



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**FİNANSAL VE ÖRGÜTSEL PERFORMANS
PERSPEKTİFİ İLE AFİLİASYON SÜRECİ YAŞAYAN
KAMU HASTANELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mehmet ÇİNİBULAK

SAĞLIK EKONOMİSİ PROGRAMI

Ankara, 2020

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**FİNANSAL VE ÖRGÜTSEL PERFORMANS
PERSPEKTİFİ İLE AFİLİASYON SÜRECİ YAŞAYAN
KAMU HASTANELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mehmet ÇİNİBULAK

SAĞLIK EKONOMİSİ PROGRAMI

Ankara, 2020

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Finansal ve Örgütsel Performans Perspektifi ile Afiliasyon Süreci Yaşayan
Kamu Hastanelerinin Değerlendirilmesi

Mehmet ÇİNİBULAK

Yüksek Lisans Tezi

17.08.2020

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nazan TORUN

Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Yıldız AYANOĞLU

Doç. Dr. Metin DİNÇER
Dr. Öğr. Üyesi Nazan TORUN

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans/Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik
ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

17.08.2020

Mehmet ÇİNİBULAK



TEŞEKKÜR

Araştırmanın yürütülmesinde zamanını, deneyimlerini, görüşlerini paylaşan, ufkumu açan, değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nazan TORUN'a,

Araştırma sürecindeki desteklerinden dolayı Selim BENER'e, Endam AKSU'ya, Prof. Dr. Murat ATAN'a, Dr. Özgür DALKIRAN'a, Rauf ALTUN'a, Gani DURUR'a

Araştırmanın gerçekleştirilmesine izin verdiklerinden dolayı, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne ve Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanlığı'na,

Yüksek lisans eğitimime ve araştırmama olan desteklerinden dolayı Sağlık Bakanlığı'na ve Kafkas Üniversitesi'ne

Araştırmama uzman görüşleri ile katkılarından dolayı değerli gönüllü katılımcılarıma,

Araştırmam boyunca ilgi, sevgi ve desteklerini benden esirgemeyen çok kıymetli aileme ve manevi desteğiyle her daima yanımda olan değerli dostlarıma, sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Afiliasyon	5
2.1.1. Afiliasyonun Uygulanma Gerekçeleri.....	6
2.1.2. Afiliasyonun Yararları ve Kazanımları	8
2.1.3. Afiliasyonun Olumsuz Yönleri.....	10
2.1.4. Afiliasyon Modelleri ve Türleri.....	11
2.1.5. Başarılı Bir Afiliasyon Modeli İçin Temel Faktörler	13
2.2. Performans	16
2.2.1. Performans Yönetim Sistemi.....	16
2.2.2. Performans Değerlendirme.....	20
2.2.3. Finansal performans	24
2.2.4. Örgütsel Performans	30
2.3. Veri Zarflama Analizi	31
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	39
3.1. Araştırmanın Amacı	39
3.2. Araştırmanın Modeli ve Yöntemi	39
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	39
3.4. Karar Verme Birimlerinin Seçimi	40
3.5. Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin Belirlenmesi.....	41
3.5.1. Finansal Performansı Ortaya Koyan Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin Belirlenmesi.....	42
3.5.2. Örgütsel Performansı Ortaya Koyan Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin Belirlenmesi.....	43
3.5.3. Veri Zarflama Analizinde Kullanılacak Modellerin Ölçeğe Göre Getiri Yönünden Belirlenmesi ve Uygulanması	43
3.6. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması.....	45

3.7. Verilerin Analizi.....	46
3.7.1. Nicel Verilerin Analizi	46
3.7.2. Nitel Verilerin Analizi.....	47
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	48
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
4. BULGULAR.....	50
4.1. Nicel Verilerin Analiz Bulguları	50
4.1.1. Hastanelerin Birleşmeden Önceki Yıla Ait Performansları	53
4.1.2. Hastanelerin Birleşmeden Sonraki Yıla Ait Performansları	60
4.1.3. Hastanelerin Birleşmeden Önceki ve Sonraki Yıllara Ait Performanslarının Karşılaştırılması	67
4.2. Nitel Verilerin Analiz Bulguları.....	72
4.2.1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler	72
4.2.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Sonuçları.....	75
5. TARTIŞMA	125
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	140
6.1. Sonuçlar.....	140
6.2. Öneriler.....	145
7. KAYNAKLAR	149
8. EKLER.....	167
Ek-1. Bildiri Kabul Mektubu	167
Ek-2. Kongre Katılım Belgesi	168
Ek-3. Sağlık Bakanlığı Veri Kullanım İzni Yazısı.....	169
Ek-4. Tez Benzerlik Raporu.....	170
Ek-5. Tez Öneri Formu Kabul Yazısı	171
Ek-6. Özgeçmiş	172

ÖZET

Finansal ve Örgütsel Performans Perspektifi ile Afiliasyon Süreci Yaşayan Kamu Hastanelerinin Değerlendirilmesi

Sağlık kurumları açısından afiliasyon, birleşme veya işbirliği modeli olarak kullanılmakta ve bir bütünleşme türü olarak kabul edilmektedir. Sağlık kurumlarında afiliasyon; büyüme, örgütsel, finansal, klinik ve operasyonel gibi farklı faktörlere bağlı olarak yapılabilmektedir. Afiliasyonu gerektiren bu faktörler arasında örgütsel ve finansal faktörlere bağlı yapılan afiliasyonlar sağlık kurumları tarafından daha çok tercih edilmektedir. Türkiye’de ise 2011 yılında mevzuat çalışması tamamlanan afiliasyon, tam anlamıyla 2013 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Bu araştırma ile Türkiye’de yedi yıldır uygulamada olan afiliasyon uygulamasının finansal ve örgütsel olarak performansını belirlemek ve bu süreçte yaşanan problemler ile sistemin sağladığı avantaj ve dezavantajları değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırmada, yöntem olarak nitel ve nicel yöntemlerin bir arada olduğu karma bir yöntem benimsenmiştir. Araştırmanın nicel bölümünde Sağlık Bakanlığı’ndan verileri temin edilen on afiliye kamu hastanesinin birleşmeden önce ve sonraki yıla ait finansal ve örgütsel performansı veri zarflama analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın nitel bölümünde ise afiliye olmuş hastanelerde görev yapan yöneticilerin deneyimlerini keşfedilmek için yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler sonucu elde edilen veriler içerik analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda; hastanelerin sabit giderleri, değişken giderleri ve toplam gelirlerinde kısmi iyileşmelerin olduğu, sahip oldukları girdi kaynaklarını etkin kullanımı sonucunda ayaktan hasta, yatan hasta ve yapılan ameliyat sayılarında artış olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışma sonucunda; afiliasyonun zorunluluğa dayalı bir ihtiyaç olarak ortaya çıktığı, afiliasyon sonrası örgütsel bağlamda problemlerin yaşandığı, afiliasyon uygulamasının avantaj ve dezavantajlarının olduğu, hastanelerin hem örgütsel hem de finansal yapısında değişim yarattığı belirlenmiştir. Son olarak çalışma sonucunda; afiliasyon uygulamasının paydaşları olan hastane, üniversite ve hastaların bu süreçte ciddi kazanımlar elde ettiği, uygulamanın geleceği adına sürecin devam ettiği, afiliasyon uygulamasının geliştirilebilmesi için tüm paydaşların katılımının sağlanması ve yetkili mercilerin gerekli düzenlemeleri yapması gerektiği ortaya koyulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Afiliasyon, hastane, finansal performans, örgütsel performans, performans, sağlık kurumları, veri zarflama analizi

ABSTRACT

Evaluation of Public Hospitals Undergoing Affiliation Process with Financial and Organizational Performance Perspective

With regards to health institutions, affiliation is utilised as a merger or cooperation model and is accepted as a type of integration. Affiliation in health institutions can be achieved depending on different factors such as growth, organisational, financial, clinical and operational. Among these factors requiring affiliation, the ones made depending on organizational and financial factors are more preferred by health institutions. Affiliation, legislative work of which was completed in 2011 in Turkey, was introduced in 2013 entirely. The current study aims to determine the financial and organisational performance of the affiliation practice that has been in effect in Turkey for seven years and to evaluate the problems experienced in this process and the advantages and disadvantages provided by the system. In the study, a mixed method that combines qualitative and quantitative methods has been adopted as a method. In the quantitative part of the study, the financial and organisational performance of ten affiliated public hospitals, whose data was obtained from the Ministry of Health, before the merger and for the next year were evaluated with DEA (Data Envelopment Analysis). In the qualitative part of the study, the data obtained as a result of semi-structured interviews conducted to discover the experiences of administrators working in affiliated hospitals were evaluated with content analysis. At the end of the study, it was determined that there were partial improvements in fixed expenses, variable expenses and total income of hospitals, and the number of outpatients, inpatients and operations performed increased as a result of the effective use of their input resources. In addition, it was determined that affiliation has emerged as an imperative need, there are problems in the organizational context after affiliation, there are advantages and disadvantages of affiliation application, and it has created changes in both the organizational and financial structure of hospitals. Lastly, it was revealed that hospitals, universities and patients, who are the stakeholders of the affiliation practice, have made significant gains in this process, the process continues for the future of the application, the participation of all stakeholders should be ensured and the necessary corrections should be made by the competent authorities in order to develop the affiliation application.

Keywords: Affiliation, hospital, financial performance, organisational performance, performance, healthcare institutions, data envelopment analysis

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KVB	: Karar verme birimleri
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SDP	: Sağlıkta dönüşüm programı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık uygulama tebliği
VZA	: Veri zarflama analizi
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Sağlık kurumlarında afiliasyonu ortaya çıkaran faktörler ve durumlar.....	7
Tablo 3.1.	Finansal ve örgütsel performans temelli oluşturulan VZA 1. ve 2. modelleri	46
Tablo 4.1.	Hastanelerin 2012 ve 2013 yıllarındaki finansal performanslarının girdi ve çıktı değişkenlerine ait değerleri	51
Tablo 4.2.	Hastanelerin 2012 ve 2013 yıllarındaki örgütsel performanslarının girdi ve çıktı değişkenlerine ait değerleri	51
Tablo 4.3.	1. modele göre 2012 yılı girdi yönelimli CCR VZA potansiyel iyileştirme sonuçları.....	53
Tablo 4.4.	2. modele göre 2012 yılı girdi yönelimli CCR VZA potansiyel iyileştirme sonuçları.....	55
Tablo 4.5.	1. modele göre 2012 yılı girdi yönelimli BCC VZA potansiyel iyileştirme sonuçları.....	57
Tablo 4.6.	2. modele göre 2012 yılı girdi yönelimli BCC VZA potansiyel iyileştirme sonuçları.....	58
Tablo 4.7.	1. modele göre 2013 yılı girdi yönelimli CCR VZA potansiyel iyileştirme sonuçları.....	60
Tablo 4.8.	2. modele göre 2013 yılı girdi yönelimli CCR VZA potansiyel iyileştirme sonuçları.....	62
Tablo 4.9.	1. modele göre 2013 yılı girdi yönelimli BCC VZA potansiyel iyileştirme sonuçları.....	64
Tablo 4.10.	2. modele göre 2013 yılı girdi yönelimli BCC VZA potansiyel iyileştirme sonuçları.....	65
Tablo 4.11.	1. modele göre 2012 ve 2013 yıllarına ait girdi yönelimli CCR VZA potansiyel iyileştirme sonuçlarının karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.12.	1. modele göre 2012 ve 2013 yıllarına ait girdi yönelimli BCC VZA potansiyel iyileştirme sonuçlarının karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.13.	2. modele göre 2012 ve 2013 yıllarına ait girdi yönelimli CCR VZA potansiyel iyileştirme sonuçlarının karşılaştırılması.....	70

Tablo 4.14. 2. modele göre 2012 ve 2013 yıllarına ait girdi yönelimli BCC VZA potansiyel iyileştirme sonuçlarının karşılaştırılması.....	71
Tablo 4.15. Katılımcıların demografik özellikleri	74



1. GİRİŞ

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Sağlık Bakanlığı’na ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin ilgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik’te afiliasyon kavramı, “Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık tesisleri ile üniversitelerin tıp ve diş hekimliği alanında lisans ve uzmanlık eğitimi veren kurumlarının eğitim, araştırma ve sağlık hizmet sunumu için insan gücü, mali kaynak, fiziki donanım, bina, tıbbi cihaz ve diğer kaynaklarının imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılması” şeklinde tanımlanmaktadır (1). Sağlık kurumlarında afiliasyon farklı faktörlere bağlı olarak yapılabilir. Afiliasyonu gerektiren bu faktörleri; büyüme, örgütsel, finansal, klinik ve operasyonellik olarak sıralayabiliriz (2). Bu faktörler, afiliasyonun yapılma amaçlarıyla doğrudan ilişkilidir. Konuyla ilgili çalışmaları incelediğimizde; afiliasyon uygulamasının en fazla sayıda Amerika’da yapıldığı ve genellikle finansal ve örgütsel faktörlere bağlı olarak yapıldığı görülmektedir (3). Çin, Portekiz, Almanya ve İngiltere gibi diğer ülkelerde de çeşitli faktörlere bağlı olarak afiliasyon uygulanmıştır (4). Finansal faktörlere bağlı olarak yapılmak istenen afiliasyonun altında yatan sebep olarak hastanelerin ölçek ekonomisinden faydalanma arzusu yatarken, örgütsel faktörlere bağlı yapılan afiliasyon ise niceliksel ve niteliksel olarak sağlık insangücü kaynağından yararlanmaya dayanmaktadır (2). Türkiye’de ise 2011 yılında yönetmeliği çıkan afiliasyon, tam anlamıyla 2013 yılında uygulanmaya başlanmış ve günümüze kadar çoğunlukla Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) olmak üzere farklı üniversiteler ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler afiliasyon protokolleri imzalayarak bu uygulamaya geçmişlerdir. Türkiye’de afiliasyon protokolleri, daha çok finansal faktörlere bağlı olarak yapılmıştır. Bu finansal faktörleri; hastanelerin giderlerini azaltma, gelirlerini yükseltme ve atıl kapasitelerini kullanma istekleri oluşturmuştur (5).

Türkiye’de, 2003 yılındaki Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan ve günümüze kadar birçok farklı uygulamanın hayata geçirilmesiyle devam eden yapısal değişiklikler, sağlık sistemi için bazı fırsatlar yaratmıştır. Bu fırsatları, sağlık hizmetleri için ayrılmış olan kıt kaynakların hakkaniyete uygun olarak tahsis edilmesi,

adil bir şekilde kullanılması, sağlık hizmeti üretim sürecinde verimliliğin maliyet etkin bir şekilde artırılabilmesi olarak sıralayabiliriz (2).

Afiliasyon bu bakımdan hem uygulanma amacı hem de kendisinden beklenen kazanımlar itibariyle Türkiye sağlık sistemi için bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Sağlık sektöründe, sağlık finansman kaynaklarının sağlık kurum ve kuruluşlarına doğru bir şekilde aktarılması önemli bir husustur.

Bu aktarımın Sağlık Bakanlığı tarafından başarıyla yapılması için; sağlık kurumlarında birleşme veya işbirliği modeli olarak kullanılan ve bir bütünleşme türü olarak kabul edilen afiliasyon, önemli bir yöntem olarak görölmektedir (5). Afiliasyonun sağlamış olduğu yararları ve katkılarına ilişkin ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, afiliasyon uygulamasının olumlu sonuçlar yarattığı ve afiliasyonun doğru bir uygulama olduğunun ortaya çıktığı görölmektedir (6,7). Afiliasyonun kullanım amaçlarına göre, sağlık kurum ve kuruluşları için birçok faydaları bulunmaktadır. Afiliasyonla birlikte sağlık kurumları; gelirlerinde artışlar ile birlikte giderlerinde disiplin sağlamaya çalışarak atıl kapasitelerini etkin kılmaya başlamışlardır (4). Türkiye’de ise yedi yıllık geçmişe sahip bir uygulama olan afiliasyonun yürütülmesinde karşılaşılan sorunların, ortaya çıkan başarı düzeyinin ve bunun ardından yarattığı sonuçların doğru bir şekilde analiz edilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, bu tez çalışması ile Türkiye’de yedi yıldır uygulamada olan afiliasyon uygulamasının finansal ve örgütsel olarak performansını belirlemek ve bu süreçte yaşanan problemler ile sistemin sağladığı avantaj ve dezavantajları değerlendirmek amaçlanmıştır.

Öncelikle literatürde Türkiye’deki sağlık kurum ve kuruluşlarının uygulamaya konulan afiliasyonu, finansal ve örgütsel performans temelinde değerlendiren bir çalışmanın henüz yapılmadığı tespit edilmiştir. Araştırma konusuyla ilgili literatür incelendiğinde; konuya ilişkin çok sayıda çalışmanın olmadığı ve yapılan çalışmaların ise afiliasyon uygulamasını finansal ve örgütsel performans temelinde değerlendirmediği görölmüştür. Bu bakımdan, yapılması planlanan bu araştırmanın literatürdeki önemli bir boşluğu dolduracağı ve bu konuda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Araştırmada, yöntem olarak nitel ve nicel yöntemlerin bir arada olduğu karma bir yöntem benimsenmiştir. Araştırmanın nicel boyutunu, afiliye hastanelerin Sağlık Bakanlığı’ndan alınan finansal ve örgütsel verileri oluştururken,

araştırmanın nitel boyutunu ise afiliye hastanelerde görev alan yöneticilerle yapılan görüşmeler oluşturmuştur.

Afiliasyon uygulaması ile hastanelerden beklenen performans istenilen düzeyde midir ve afiliasyonun uygulanma amacı gerçekleşmiş midir gibi soruların cevaplarının bilinmemesi, araştırmanın temel problem cümlesini oluşturmaktadır. Bu temel problem cümlesine yönelik oluşturulan araştırma soruları:

- Afiliasyon uygulamasıyla kamu hastanelerinde finansal yönden ne gibi değişimler yaşanmıştır?
- Afiliasyon uygulamasıyla kamu hastanelerinde örgütsel yönden ne gibi değişimler yaşanmıştır?
- Uygulama öncesinde ve sonrasında finansal ve örgütsel performans yönünden farklılık var mıdır? Varsa bu farklılıklar nelerdir?
- Hastanelerin afiliasyon sonrasında finansal ve örgütsel performanslarını artırmak için hangi değişkenlerde iyileştirmeler yapılmalıdır?
- Afiliasyon sürecinde yaşanan problemler neler olmuştur?
- Afiliasyon uygulamasının sağladığı avantaj ve dezavantajlar nelerdir?

Araştırma, temel problemi ve cevap bulmaya çalışacağı araştırma soruları doğrultusunda şu amaçlara sahiptir:

- Hastanelerin finansal ve örgütsel performanslarını afiliasyondan önce ve sonraki yılları baz alarak karşılaştırmak,
- Afiliasyon sürecinin hastanelere yaşattığı olumlu ve olumsuz değişimleri belirlemek,
- Afiliasyon uygulamasının tüm paydaşlar için sağladığı avantaj ve dezavantajları belirlemek,

Araştırma beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde afiliasyon, performans ve veri zarflama analizi (VZA) kavramları açıklanmıştır. İkinci bölümde araştırmanın metodolojisiyle ilgili bilgilere yer verilmiştir. Üçüncü bölümde araştırma sürecinde elde edilen nicel ve nitel verilere uygulanan VZA ve içerik analizi sonucunda bulunan bulgulara yer verilmiştir. Tezin dördüncü bölümünde, araştırmanın bulguları yerli ve yabancı literatürde araştırma konusuna yönelik yapılmış olan benzer çalışmalar

kapsamında değerlendirilmiştir. Tezin beşinci bۆlۆmۆnde ise araştırma sonuçlarına yer verilerek afiliasyon sۆrecinin paydaşlarına yۆnelik çeşitli ۆnerilerde bulunulmuştur.



2. GENEL BİLGİLER

Sağlık kurumlarında ortak girişim, ortak işletme anlaşması, birleşme, satın alma ve afiliasyon gibi örgütsel strateji modelleri kullanılmaktadır. Kurumların bu strateji modellerini tercih etmesinin temel sebebi, kurumun mevcut örgütsel gücünü başka bir kurumla birleştirmek, sektörde daha güçlü bir konuma ulaşmak ve diğer kurumlara karşı rekabet gücünü yükseltmek istemesidir (2,5). Yukarıda ifade edilen örgütsel strateji modelleri içerisinde afiliasyon uygulaması son zamanlarda sağlık kurumları tarafından sık tercih edilen bir alternatif konumuna gelmiştir. Bu doğrultuda tezin bu bölümde afiliasyon kavramı, afiliasyonun uygulanma gerekçeleri, afiliasyonun yararları ve kazanımları, afiliasyonun olumsuz yönleri, afiliasyon modelleri, başarılı bir afiliasyon modeli için temel faktörler, performans, performans değerlendirme, finansal ve örgütsel performans ve VZA hakkında genel bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Afiliasyon

Afiliasyon, kelime kökeni olarak Latince evlat edinme anlamına gelirken, günümüzde örgütler arası işbirliği anlamında kullanılmaktadır (8). WHO'na göre afiliasyon, insanların gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerinden minimum maddi kaynağa katlanarak ve istediği sonuçları alacak şekilde faydalanabilmesi için sağlık kurumlarının ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve yönetimidir (9). Ayrıca afiliasyon uygulama olarak; bir örgütte insan kaynağı yeterliliği (üniversite), diğer örgütte ise fiziki mekan ve teknik donanım yeterliliği (hastane) olduğunda, birinci örgütte çalışan personelin diğer örgüte dahil olarak orada hizmet sunumuna katılması, eğitim ve araştırma faaliyetlerini yürütmesi olarak nitelendirilmektedir (10).

Afiliye sağlık hizmeti kavramı ise, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılama, kurumsal hizmet kapasitesini toplum ihtiyacına göre ayarlama, sunulan sağlık hizmetini koordine ve entegre edebilme, sağlık hizmeti sunum süreci içerisindeki sağlık hizmet sunucularını, sağlık hizmet kullanıcılarını ve ödeyici kurumları birleştiren bilgi sistemlerine sahip olabilme, maliyet, çıktı, hasta memnuniyeti ve kalite hakkında paydaşlara bilgi sağlayabilme, güçlükleri aşabilme, yönetebilme, doktorları ve diğer hizmet sunucularını organize etmek için finansal teşvik ve örgütsel yapıyı

kullanabilme, sunduğu sağlık hizmetini sürekli geliştirebilme ve problemlerin cözümü için ekip calışmasına yatkın ve istekli olabilme şeklinde tanımlanmaktadır (11).

Türkiye’de 2011 yılında yayımlanan ilk afiliasyon yönetmeliğinde afiliasyon kavramı şu şekilde ifade edilmiştir: “işbirliğinde yer alan hastane ve üniversite taraflarının görev ve hizmet sunumlarının yapılması, ortak hedef ve yararların sağlanması için tarafların eğitim, hizmet, teknik gibi alanlarda birlikte hareket etmesi, yardımlaşması ve calışmasıdır” (12).

Bu yönetmelikten sonra bazı değişiklikler yapılarak 2014, 2016, 2017 ve 2018 yıllarında yayımlanan afiliasyon ile ilgili yönetmeliklerde de bu kavram aynı şekilde tanımlanırken, 2020 yılında yayımlanmış olan yönetmelikte ise afiliasyon “Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık tesisleri ile üniversitelerin tıp ve diş hekimliği alanında lisans ve uzmanlık eğitimi veren kurumlarının eğitim, araştırma ve sağlık hizmet sunumu için insan gücü, mali kaynak, fiziki donanım, bina, tıbbi cihaz ve diğer kaynaklarının imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılması” şeklinde tanımlanmıştır (1,12-16). Bu yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı afiliasyon uygulamasına iki yenilik kazandırmıştır. Bu yenilikler, bir hastanenin birden fazla üniversite ile afiliye olmasına fırsat tanınması ve tıp fakültelerinin öğretim üyeleri ve diğer personeli ile sözleşme imzalanacak olmasıdır.

Dünyada afiliasyon uygulaması sağlık sektörü özelinde farklı kurumlar arasında yani sağlık kurumları kendi arasında veya sağlık kurumları ile eğitim kurumları arasında gerçekteştirilmektedir. Türkiye’de ise afiliasyon farklı paydaşları biraraya getirecek şekilde protokollerin oluşturulmasıyla uygulanmaktadır. Türkiye’de afiliasyonun örneklerine bakıldığında; uygulamanın, farklı kamu ve özel hastaneler ile farklı kamu ve özel üniversiteler arasında yapıldığı ortaya çıkmaktadır (7).

2.1.1. Afiliasyonun Uygulanma Gerekçeleri

Mevcudiyetlerini ve operasyonel faaliyetlerini devam ettirmek hedefiyle son zamanlarda birçok organizasyon; küçölme, birleşme veya el değiştirme süreçleri yaşamış ve bu süreç zarfında birçok yeni kavram ve modeller ile tanışmıştır. Sağlık

kurumları tarafından günümüzde ortak girişim, ortak işletme anlaşması, birleşme, satın alma ve afiliasyon gibi birleşme ve işbirliği modelleri tercih edilmektedir (9).

Bu modellerin tercih edilmesindeki ana gaye; iki örgütün mevcut kapasite ve yeteneklerini bir araya getirmek, sektörde daha güçlü olabilmek, mevcudiyetlerini devam ettirebilmek, imkanları ölçüsünde büyüeyebilmek ve diğer sağlık kurumlarına karşı hizmet üstünlüğü sağlayabilmektir (10). Yukarıda ifade edilen modeller içerisinde afiliasyon, en çok tercih edilen, etkili sonuçlar veren ve güçlü bir bütünleşme çeşidi olarak ön plana çıkmaktadır (2,9). Afiliasyon; organizasyonel süreçlerde hedeflenen finansal ve örgütsel performans sonuçlarına ulaşmak, ölçek ekonomisinin üretimi artırırken maliyetin düşürülmesi avantajından faydalanmak, çalışan ve hasta memnuniyetini yükseltmek gibi amaçlarla hayata geçirilen bir modeldir (17). Sağlık kurumlarının afiliasyon yapmasını gerektiren çeşitli faktörler ve afiliasyonu ortaya çıkaran durumlar Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Sağlık kurumlarında afiliasyonun ortaya çıkaran faktörler ve durumlar (2,18).

Faktörler	Afiliasyonu Ortaya Çıkaran Durumlar
Büyüme	- Stratejik hamlelere rağmen, pazar payının korunamaması ya da genişletilememesi - Pazar alanındaki rakiplerin hizmet sunum alanında daha agresif olması ve buna karşın ilgili hastanelerde etkili bir cevap oluşmaması
Örgütsel	- Hekimlerin ağırlıklı olarak diğer sağlık kurumlarını tercih etmesi - Alanında uzman ve deneyimli doktorların kurum değişiklikleri - Sağlık kurumlarının sağlık insan gücü temininde problemlerin oluşması
Finansal	- Sağlık kuruluşunun uzun dönemli finansal tahminlerin olumsuz seyretmesi - Sağlık kurumlarının projeler hayata geçirmek için ihtiyaç duyduğu sermaye ihtiyacını sağlayamaması
Klinik	- Sağlık kurumlarının hizmet üretim kalitesi; diğer sağlık kurumlarından geride kalması ve bu seviyenin yükseltilememesi - Sağlık kurumlarının yarı kamusal hizmet niteliğinin sağlanabilmesi için doktor meslek grubunun kamuya ait sağlık kurumlarına getirilememesi - Sağlık kurumlarına erişimin sınırlı düzeyde kalması - Sağlık kurumlarının hizmet üretim süreçlerinde gereksinim duyduğu girdi kaynaklarına yeterli düzeyde ulaşamaması
Operasyonel	- Sağlık kurumlarının finansal performanslarını yükseltmek ve girdi maliyetlerini minimize etmek amacıyla ölçek ekonomisinden yararlanma isteği - Sağlık insan kaynaklarının sunduğu sağlık hizmetlerine kıyasla personel ücretlerinin istenilen düzeyde olmaması sebebiyle kuruma bağlanamamaları ve yeni insan kaynağı temininde güçlükler yaşanması - Sağlık kurumlarında personel devir hızının üst seviyede olması ve bunun çözülemeyen problemler arasında yer alması

Türkiye’de ise sağlık kurum ve kuruluşlarının afiliye olma amaçları;

- Üst düzey nitelikte sağlık insangücü oluşturmak,
- Güncel ve yeni bilimsel bilgiler ortaya çıkarmak,
- Kaliteli, hızlı ve en az maliyetle sağlık hizmeti sunmak,
- Hizmet üretim maliyetlerini olabildiğince minimize etmek,
- Tüm konularda iyileştirme ortamı oluşturarak çalışan personelin kişisel ve mesleki gelişimlerine ortam yaratmak,
- Üniversite hastanelerindeki yönetim, işletme, eğitim ve araştırma bölümlerinde görevli insan kaynaklarının iş yükünü azaltmaktır (7).

2.1.2. Afiliasyonun Yararları ve Kazanımları

Sağlık sektöründe stratejik işbirliği olarak nitelendirilen afiliasyon uygulaması, kurumlar açısından bazı yararlar ve kazanımlar oluşturmaktadır. Konuyla ilgili olarak literatür incelendiğinde; afiliasyon uygulamasının kurumlarda performans ve verimliliğe katkı sağlayarak sinerjik bir etki yarattığı görülmüştür (11,17). Örneğin, Türkiye’de 2003 yılındaki Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve devlet hastaneleri arasında ortak kullanım uygulaması olarak başlatılan sürecin kurumda sinerjik bir etki yarattığı bilinmektedir (19). ABD’de sağlık sektöründe afiliasyon ve benzeri stratejik uygulamaların sektörde tekelleşme karşısı olarak bilinen antitröst bir yapı kurmak için gerçekleştirildiği bilinmektedir (20).

Hastaneler açısından afiliasyondan beklenen fayda, kurumların mevcut şartlarından kaynaklanan dezavantajlı durumlarını ortadan kaldırmak ve sektördeki yeni fırsatlarından faydalanabilmeye dayanmaktadır (21). Afiliasyonun uygulanması sürecine; paydaşların stratejik ortaklık olarak baktığı, stratejik amaçlarını gerçekleştirmeyi hedeflediği ve böylece afiliasyonla beraber hastanelerinin etkinliğini artırdıkları ortaya konulmuştur (22). Aynı zamanda esnek bir operasyonel model olarak da ifade edilen afiliasyon, sektörde sık tercih edilen bir strateji alternatifi haline dönüşmüştür.

Sağlık sektörü içerisinde daha etkili bir çevrede hizmet sunumu gerçekleştirmek isteyen hastaneler, mevcut potansiyellerini geliştirerek rekabet güçlerini yükseltmede gerekli kabiliyetleri elde etmek için afiliasyon uygulamasına

yönelmektedir (23). Aynı zamanda hastanelerin yeniden yapılanması da bu süreçte gerçekleşmektedir. Afiliasyon sürecinde daha iyi kaynak tahsisi sağlamak ve bu şekilde afiliasyonun potansiyel maliyet faydalarını ortaya çıkarmak gereklidir.

Maliyet tasarrufu oluşturmak, kurumsal başarı sağlamak bu durumu örneklendirebilir (24). Afiliasyonun; üst düzey nitelikte insan gücü kaynağı yetiştirmek (eğitim), bilimsel bilgi üretmek (araştırma), bütünsel bir sağlık hizmeti sunabilmek (hizmet), hizmet üretim giderlerini azaltmak, personel gelişimini desteklemek, paydaşların kendi aralarında birbirlerinin yönetsel ve klinik güçlerinden faydalanarak toplumsal ihtiyaçları daha iyi cevaplamak gibi önemli yararları bulunmaktadır (25-27).

Birçok dünya ülkesinde üniversiteler ile hastaneler arasında afiliasyon ve benzeri uygulamalar gerçekleşmektedir. Üniversiteler, tıp fakültelerinde sadece eğitim ve araştırma kadrosu bulundurarak, klinik eğitimlerini başka bir kuruma ait hastanede yaptırmaktadırlar (28). ABD’de Harvard Üniversitesi dahil pek çok üniversite afiliasyon uygulaması yürütmektedir. Bu sayede üniversiteler, bir hastane yönetimi ve işletmesi ile uğraşmayıp yalnızca tıp ve sağlık bilimleri eğitimine ve araştırmalarına odaklanmaktadırlar (29).

Afiliasyon uygulamasının hayata geçirilmesi ve yaygınlaştırılması; hizmet sunum gücünü artıracığından, sağlık hizmetleri için bilimsel çalışmalara ve eğitim uygulamalarına ortam sunacağından, eğitim araştırma faaliyetleri için önemlidir. Türkiye’de yakın zamanda kurulmuş ve hastanesi olmayan çok sayıda tıp fakültesinin hastane eksikliğinin giderilmesi açısından da işlevsel bir uygulama olarak nitelendirilebilir. Bu uygulama, hem sağlık insan gücünün niteliğini yükseltmekte hem de yeni bir sağlık kurumu için gerekli altyapı ihtiyacına cevap olmaktadır (30,31).

Türkiye özelinde Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) afiliye hastaneler açısından değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi eğitim ve araştırma hastanelerine göre yaklaşık %20-25, devlet hastanelerine göre ise yaklaşık %100 daha yüksek tutarlardadır (2). Bu bilgiden hareketle, bir hastanenin sağlık hizmeti üretim geliri açısından afiliasyonun pozitif bir etkisi olduğu görülmektedir. Ayrıca hastanelerin en büyük gider kalemleri, personel harcamaları ve sağlık hizmeti üretim

(ilk madde ve malzeme gideri) giderleridir (32). Bu önemli gider kalemlerinin yönetiminde afiliasyonun etkili olduğu bilinmektedir (33).

Ayrıca hastaneler ve eğitim kurumları arasında konsolidasyon sağlamak noktasında da afiliasyon uygulaması ön plana çıkmaktadır. Özellikle son zamanlarda sağlık reformları ülkelerdeki hastane konsolidasyon ve entegrasyonuna yönelik eğilimi hızlandırmıştır. Sağlık kurumunun sunduğu sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde etkisi olduğu ortaya konan afiliasyon, hastaneleri bu bağlamda etkilemektedir (27). Aynı zamanda afiliasyon ve benzeri uygulamaların zor bir süreç olduğu ve fazla iş hacmi yarattığı kurum yöneticileri tarafından unutulmamalıdır (25).

2.1.3. Afiliasyonun Olumsuz Yönleri

Afiliasyon uygulamasının kurumlar için oluşturduğu birçok yarar ve kazanımın olmasının yanında uygulama sürecinde çeşitli örgüt içi ve örgüt dışı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan bazı olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Afiliasyonun uygulanma süreçlerine bağlı olarak farklılaşan bu olumsuz yönleri şu şekilde sıralanabilir (34-36):

- Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan yönetmeliklere rağmen, afiliasyonun uygulanma sırasında ortaya çıkan görev tanımlarındaki eksikler
- Afiliasyon için biraraya gelen paydaş kurumların yöneticileri arasında görülen yetki çatışmaları
- Hastanelerin afiliasyon uygulamasına geçtikten sonra mevcut hizmet fonksiyonlarıyla beraber eğitim ve araştırma fonksiyonunu da benimsediğinde ortaya çıkan karışıklıklar
- İki kurumun personeli arası yaşanan iletişimsizlik, çatışma gibi örgüt içerisinde yaşanan sorunlar
- Hastane döner sermayesinden sağlık personeline aktarılan ek ödeme tutarlarındaki eşitsizlik durumları
- Afiliasyonun uygulanması sürecinde çalışma huzurunu bozan örgütsel problemlerin yaşanması ve bu problemlere bağlı olarak çalışanların iş motivasyonlarının düşmesidir.

2.1.4. Afiliasyon Modelleri ve Türleri

Dünya’da birçok sağlık sisteminde ve bunlara ait çeşitli örgütsel yapılarda eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sunum fonksiyonları; üniversiteler, üniversite hastaneleri ve kamu hastanelerinin stratejik olarak işbirliği, birlikte kullanım veya birleşmelerinin gerçekleşmesinde etkili olmaktadır (37). Bu stratejik durumları oluşturan birçok farklı örgütsel model geliştirilmiştir. Bunlar; üniversitelerden kısmen bağımsız yapıya sahip hastaneler, üniversitelerin bir parçası olan hastaneler, tek bir yönetim altında bileşen kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleri ile tamamen ayrık olan hastaneler olarak sıralanabilir. Bu örgütsel modellerin farklılıkları ise sağlık sistemlerinin kendilerine özgün yapısına, sağlık kurumlarının karakteristik özelliklerine, kültürel bağlam farklılıklarına, yerel kurumsal koşullara ve zaman içerisinde yöneticiler tarafından verilen değişik stratejik kararlara dayanmaktadır (38). Bu farklılıkların bir neticesi olarak, dünyada çeşitli hastanelerde ve üniversitelerde birçok afiliasyon modelleri uygulanmaktadır. Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, afiliasyon modellerinin farklı yapılarda olduğu görülmektedir. Bu afiliye modeller:

1. Fonksiyonel Entegrasyon: Üniversite akademik faaliyetleri, tıp fakültesi ve bağlı hastanelerdeki uygulamaların her birinin farklı liderler, ayrı ve bağımsız kurullar tarafından yönetildiği esnek bir afiliye modelidir.

2. Tam Entegrasyon: İnsan kaynakları, finansal yönetim, stratejik planlama, bilgi yönetimi ve kalite geliştirme gibi fonksiyonların örgütün bütün faaliyet birimlerini kapsayacak şekilde koordinasyonuna dayanan bir modeldir. Hastanelere ilişkin ortak misyonların yani hizmet sunumu, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin tek bir yönetici ve tek bir yönetim kurulu tarafından yönetilmektedir.

3. Örgütsel Entegrasyon: Hangi tür hizmetin hangi miktarda üretileceği ve sağlık kurumları arasında hangi hizmetlerin verileceğini belirleyen model türüdür.

4. Profesyonel Entegrasyon: Afiliasyon uygulamasına dahil olan sağlık hizmet sunucuları arasındaki örgüt içi ve örgütler arası ilişkileri düzenleyen modeldir.

5. Hizmet ya da Klinik Entegrasyon: Sağlık kurumlarının hasta hizmet ve bakım servislerinin nasıl koordine edileceğini belirleyen modeldir.

6. Normatif Entegrasyon: Misyon, vizyon, değerler ve örgütsel kültürün paylaşıldığı model çeşididir.

7. Sistemik Entegrasyon: Afiliasyon uygulaması sürecindeki kurumun bütün örgütsel düzeylerinde kurallar, politikalar ve teşviklerin ahenk içinde olduğu modeldir (2,38,39).

Aktan’a göre; yedi farklı yapıda bulunan afiliasyon modelleri doğrultusunda sağlık sistemlerinde uygulanan üç tür afiliasyon türü bulunmaktadır (8). Bu afiliasyon türleri:

- *Akademik Afiliasyon:* Hastanın faydası adına farklı sağlık ve sağlık eğitimi kurumlarının bilgi, birikim ve tecrübelerinden en yüksek seviyede faydalanabilmek amacıyla ortaya çıkan afiliasyon çeşididir.
- *İnsangücü Afiliasyonu:* Eğitim amacıyla insan kaynağı değişimi veya transferinin oluşması için ortaya çıkan afiliasyon çeşididir.
- *Teknolojik Afiliasyon:* Bir kurumun sahip olmadığı teknolojinin başka bir kurumdan sevk edilmesiyle sağlık hizmeti alınmasına olanak tanıyan afiliasyon çeşididir (2,39,40).

Türkiye’de afiliasyona uygulamasına geçen kamu hastaneleri, SBÜ ile afiliye olan hastaneler hariç, fonksiyonel entegre modele göre afiliasyon olmuştur. SBÜ ile afiliye olan hastaneler ise tam entegre modele göre afiliasyon olmuştur (28). Yani, Türkiye’de gerçekleştirilen afiliasyon uygulamaları genel olarak fonksiyonel entegre model kapsamında gerçekleşmiştir. Ayrıca, Türkiye’deki afiliasyon uygulamaları daha çok akademik afiliasyon türü şeklinde gerçekleşmiştir.

Türkiye’de afiliasyonun mevzuatsal olarak ortaya çıkışı, 1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na gitmektedir. 3359 sayılı kanun’da Ek-9. madde’de, “*Sağlık Bakanlığı’na ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık tesisleri ile üniversitelerin ilgili birimleri, il düzeyinde ilgili valilik ile rektörlüğün birlikte kullanım protokolünü imzalaması halinde, tıp lisans eğitimi ve/veya tıpta uzmanlık eğitimi için protokol kapsamında sağlık tesislerini birlikte kullanabileceği*” ifade edilmiştir (49).

İlgili kanunun aynı maddesinde sağlık tesisinin birlikte kullanımı usul ve esasa bağlanarak mevzuat hükümleri çerçevesinde personele yapılacak ek ödemelere ilişkin esaslar Maliye Bakanlığı'nın görüşü alınmak suretiyle Yükseköğretim Kurulu (YÖK) ve Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanacak yönetmelikle belirleneceğine dair bir ibare yer almıştır. Ardından 2014 yılında yeni bir afiliasyon yönetmeliği yayımlanmıştır. Bu yönetmelikle, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlara ait sağlık tesislerinin üniversitelerin ilgili birimleri ile birlikte kullanmasına ve döner sermaye gelirlerinden personele yapılacak ek ödemeye ilişkin usul ve esaslar düzenlenmiştir (50). İlgili afiliasyon yönetmeliğinin 7. maddesinin 3. bendinde: *“Birlikte kullanıma geçilen sağlık tesislerinin döner sermaye hesapları, sadece birlikte kullanılan birimlerle sınırlı olmak kaydıyla aktif ve pasifleriyle beraber birleştirilir. Birlikte kullanım sona erdiğinde döner sermaye hesabı, hukuki ve fiziki olarak ayrılması ve bölünmesi mümkün olmayanlar hariç olmak üzere, birlikte kullanıma geçildiği tarihteki aktif ve pasif oranları dikkate alınmak sureti ile ayrılır.”* ifadesine yer verilmiştir.

Böylece, kamu hastaneleri ile üniversitenin ilgili birimleri, döner sermayesi ve kurumları ayrı ve bağımsız yapı oluşturmuş olup, buna karşın eğitim, sağlık hizmeti üretimi, araştırma ve kamu sağlığını geliştirme gibi alanlarda işbirliği yapan kurumlar haline gelmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” adıyla yayımlanan afiliasyon yönetmeliklerinde, afiliasyon uygulamasını hayata geçiren hastaneler sundukları sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi açısından üniversite hastanesi statüsünde sayılmıştır (12-16). Bu sebeple afiliye hastanelerin sağlık hizmeti üretimlerinin ödemeleri, üniversite hastanesi kapsamını ifade eden U1 hastane statüsüne göre, diğer eğitim ve araştırma hastanelerinin ödemeleri ise genel eğitim hastanesi olarak kabul edilen E1 hastane statüsüne göre gerçekleşmiştir (51,52).

2.1.5. Başarılı Bir Afiliasyon Modeli İçin Temel Faktörler

Sağlık kurumlarının yaşadıkları örgütsel eksiklikler ve finansal güçlükler sebebiyle ortaya çıkan afiliye olma ihtiyaçları, başarılı bir afiliasyon uygulamasında olması gereken özelliklerin neler olabileceği konusunu öne çıkarmaktadır. Bu

doğrultuda ilgili literatür incelendiğinde, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanabilecek başarılı bir afiliasyon modeli için bazı faktörlerin önemli olduğu ortaya konulmuştur (41-48);

1. Sağlık Hizmeti Sürecinde Sunulan Yüksek Nitelikli ve Kapsamlı Hizmetler:

Afiliasyon uygulamasının ilkelerinden biri sağlık ile ilgili hizmetlerin verildiği kapsamlı bir faaliyet alanı oluşturmaktır. Afiliasyon uygulamasıyla birlikte, hizmet sunulan kitleye uygun sağlık hizmetlerinin planlanması, sağlanması ve koordine edilmesi belirlenmektedir. Bu koordinasyonun sağlanması için gerekli afiliasyon uygulaması örgütün amaç, misyon ve vizyonuna göre düzenlenmelidir.

2. Hastaya Odaklanma:

Sağlık kurumlarının gereksinimlerinden ziyade hastaların gereksinimlerini karşılamak afiliye sağlık hizmetinin gerekçesidir. Bu doğrultuda sağlık kurumunun, hastaya odaklanması, popülasyona göre hizmet planlanması yapması, hasta memnuniyetini ve sağlık çıktılarını geliştirebilmek için örgütsel süreçlerini yeniden düzenlemesi gerekmektedir.

3. Coğrafi Kapsam:

Afiliye sağlık kurumlarını sundukları hizmetlerde gereksiz tekrarları minimize etmek ve hastaların hizmete erişimini maksimize etmek için coğrafi kapsam modeli uygulamaktadır. Bu da uygulamanın belirli bir coğrafi alandaki popülasyonun sorumluluğunu taşıdığını göstermektedir.

4. Disiplinlerarası Profesyonel Ekipler Aracılığıyla Standart Sağlık Hizmeti

Sunumu: Profesyonel sağlık ekipleri tarafından sunulan hizmet sürecinin sürekliliği sağlanmalıdır. Bu profesyonel ekipler sayesinde bütün ekip üyelerinin etkililik ve performans hedeflerine ulaşılması sağlanabilir. Ancak başlangıçta ekip üyelerinin rol ve sorumlulukları net bir şekilde belirlenmelidir.

5. Performans Yönetimi:

Afiliasyon uygulamasının başarısı, farklı seviyelerdeki çıktıları ölçebilen ve iyi geliştirilmiş performans sistemine bağlıdır. Hastanelerin performans düzeyinde maliyet etkililik odak noktadır. Hizmet çıktılarının ölçümü ve bunların raporlanması performans yönetim sürecinin önemli bir parçasıdır.

6. Bilgi Sistemleri:

Süreçlerdeki veri yönetimi, çıktıların etkin izlenmesine imkan veren ve geniş bir ağa sahip bilgi sistemleri ile mümkün olmaktadır. Kaliteli bilgi sistemleri aynı zamanda örgütün iletişim kapasitesini yükseltmekte ve örgüt

içerisinde bilgi akışını desteklemektedir. Elektronik sağlık kayıtları aracılığıyla sağlık kurumları, hastalar ve geri ödeme kurumları hizmet sürecinde biraraya gelmekte ve etkileşim içerisinde olmaktadır. Bilgi sistemleri, hasta kayıt ve zamanlama koordinasyonlarıyla beraber klinik verilerin yönetimini de kolaylaştırmaktadır. Bu bağlamda bilgi sistemleri, klinik ve finansal bilgilerin entegrasyonu ve hizmetlerin planlanması açısından önemlidir.

7. Örgütsel Kültür ve Liderlik: Afiliasyon modeline geçilmesi ve uygulanması, örgütün misyonu ve vizyonu ile uyumlu olan örgüt kültürü ve liderlik becerisi gerektirmektedir. Çatışan örgüt kültürleri, sürekli tartışma ortamlarında bulunan örgüt liderleri ve doktorlar ile sağlık ekibinin diğer üyeleri arasındaki uyumsuzluklar afiliasyon çabalarının başarısız olma nedenleri arasındadır. Farklı kültürlere sahip örgütleri bir araya getirmek, etkin bir iletişim süreci ile birlikte kararlı, güçlü ve şeffaf bir liderlik gerektirmektedir. Liderler afiliasyon sürecini çalışanlara anlatmalı ve bu yeni sürecin onlar tarafından benimsenmesi için çalışmalar yürütmelidir.

8. Doktorların Entegrasyonu: Doktorların yeni sürece etkili bir şekilde entegre olmaları ve afiliasyon modelinin uygulanmasında, örgüt içindeki baskın rollerini yerine getirmeleri gerekmektedir. Zorluklar, prestij zedelenmesi, gelir kaybı ve uygulama tarzındaki yeni süreçle ortaya çıkan farklılıklar, doktorlar açısından değişime karşı dirence sebep olmaktadır. Bu farklılıklar, doktorların yeni sürece entegre olamamalarının veya olmak istememelerinin nedenlerindendir. Doktorların ekonomik olarak desteklenmesi, finansal teşvikler ve tazminat mekanizmalarının geliştirilmesi, örgüt içindeki performansları için önemlidir.

9. Yönetim Yapısı: Örgütlerin sözleşme ve protokollere dayalı ilişkileri uzun süreli sürdürebilmesi için yönetim yapılarının koordinasyonu sağlayacak şekilde geliştirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla, yönetimde yer alan sağlık profesyonelleri tarafından sağlık hizmet sunum sürecinde hizmet paylaşımı bölümlendirilmiş olmalıdır. Duyarlı, bağımsız ancak sorumluluk özelliğine sahip bir örgütsel yapı, personelinin uzmanlık düzeyindeki bilgi ve yeteneklerini etkin bir şekilde kullanarak afiliasyonu güçlendirebilir.

10. Finansal Yönetim: Ülkelerin sağlık sistemlerinde uygulanan afiliasyonlarda maliyet kontrolü önem arz etmektedir. Uygulamaya geçtikten sonra

afilie olmuş sağlık kurumlarının ölçek ekonomisinin avantajlarından ve maliyet dşşşünden faydalanacağı beklenmektedir.

2.2. Performans

Bu bölümde; araştırmanın konusu afiliasyon modeline geçen hastanelerin performansını incelemek olduğu için bu doğrultuda hareket ederek yerli ve yabancı literatür kapsamında performans, performans yönetimi ve değerlendirme konusunda bilgilere yer verilmiştir.

Hizmet veya mal üreten bütün organizasyon ve örgütlerin karşı karşıya kaldığı önemli bir sorun; çalışanlarının görevlerini ne derece yerine getirdiğinin saptanmasıdır. Bu sorun sebebiyle de performans ve performans yönetimi kavramları alanda ne çıkan ve önemsenen kavramlar olmuşlardır (53). Fransızca kökenli bir kelime olan performans, Türk Dil Kurumu tarafından dilimize ‘başarım’ olarak çevrilmiştir (54). Performans kavramının kesin ve net bir tanımını yapmak zor olmakla birlikte literatürü incelediğimizde çeşitli tanımlar karşımıza çıkmaktadır. Akal’a göre (55) performans, örgütün belirli bir zaman periyodunun ardından üretilen çıktısı ya da gerçekleştirdiği tüm çalışmaların sonucudur. alık’a göre (56) performans kavramı; örgütün veya organizasyonun mevcut sahip olduğu kaynaklarını kullanması sonucu ortaya çıkardığı sonucun ölçümüdür. Luecke ise (57) performans kavramının ortaya çıkması ve performanstan bahsedebilmek için işgörenin çaba sarf etmiş olması, yeterli yeteneğe sahip olması ve eyleminin organize edilmiş olmasının gerekli olduğunu ifade etmiştir.

Bölümün bundan sonraki kısmında performans kavramı ile ilgili olarak; performans yönetim sistemi, performans değerlendirme, finansal performans, örgütsel performans ve performans yönetiminin ilişkili olduğu örgütsel konulara değinilmiştir.

2.2.1. Performans Yönetim Sistemi

Performans yönetim sistemi; örgütsel hedeflerin tespit edilmesi, değerimlerinin takip edilmesi, geri bildirimlerle revizelerinin yapılması ve insan kaynaklarının gelişimi gibi birçok faaliyet ve süreci kapsayan bir sistem olarak tanımlanmaktadır

(58,59). Performans yönetim sistemi, ulaşılması hedeflenen örgütsel amaçlara ve bu doğrultuda emek sarf eden insan kaynaklarının ideal performans düzeylerine ilişkin ortak bir mentaliteyi örgüte oturtmak ve genel amaçlara erişilmesi için gösterilen ortak gayretlere insan kaynaklarının yapacakları katkının seviyesini yükseltici bir şekilde yönetim süreçlerinin gerçekleştirilmesini ifade etmektedir (60). Ayrıca, performans yönetim sistemi insan kaynaklarının etkinlik derecelerini yükseltmek sürecinde kullanılan bir yöntem olarak literatürde karşımıza çıkmaktadır (61).

Her kurum için uygulanabilecek standart bir performans yönetim sisteminin varlığından bahsedebilmek güçtür. Lakin kurumun seçerek uygulayacağı bu sistem, kendisinin mevcut stratejik planları, amaç ve hedefleriyle çelişmemeli ve o paralelde olması gereklidir (62). Bu sistemin olmazsa olmazlarından biri de ortaya çıkan performans sonuçlarının ardından personeli güdüleyici unsurları içermesi ve onların gelişmeye koşullandıran düzenlemelerin yapılabilmesidir (63). Ayrıca kurumlar performans yönetim sistemini başarılı bir şekilde uyguladıkları takdirde istedikleri örgüt kültürünü inşa etmede önemli bir adım atmış olacaklardır (64).

Performans yönetim sisteminin; örgütten, ekiplerden ve çalışanlardan daha iyi sonuçlar elde etmenin bir aracı olarak kullanılması gerekmektedir. Bu sistemde, amaç ve hedefler ile standartlar kapsamında performansı anlayıp yönetmek esas olmalıdır. Aynı zamanda, performans sisteminin örgüt içerisinde çalışanlara benimsetilmesi önemlidir. Aksi durumda, sistemden hedeflenen kazanımların ortaya çıkması güçleşecektir. Dolayısıyla, örgütlerin performans sistemini hem çalışanlarına benimsetmek hem de başarılı bir şekilde uygulamaları için belirli bir zamana ihtiyacı olacaktır (65).

Örgütlerin kendi içyapılarında performans yönetim sistemi oluştururken göz önünde bulundurmaları gereken bazı temel noktalar vardır. Bu temel noktalar, örgütün performans sistemini oluşturmasında ve başarıyla uygulamasında kritik unsurlar olarak ifade edilmektedir (66).

Performans yönetim sisteminin başarıya ulaşmasında dört kritik unsur bulunmaktadır. Bunlardan ilki, hem çalışanların hem de örgütün olası performans potansiyellerinin saptanması gerektiğidir. Bu sayede örgütün kısa ve orta vadeli periyotta gerçek potansiyelini ortaya çıkarması amaçlanır. İkinci kritik unsur, örgütün

genel amaçlarını belirlenmesi ve tüm örgütün bu amaçları sahiplenmesi ve onlar için adanmışlık göstermesidir. Ayrıca amaçlar belirlenirken ulaşılabilir mükemmellik ifade eden amaçların oluşturulması önemlidir. Üçüncü kritik unsur ise planlanmış olan amaçları elde etmek için çaba sarf etmek ve oluşan performansı sürekli olarak iyileştirmeye çalışmaktır. Bu iyileştirme, istenen davranışları ödüllendirme, iş akışlarını kolaylaştırma, bütçeleme ve raporlama sisteminin yaratılmasıyla mümkün olabilmektedir. Dördüncü kritik unsursa örgüt içerisinde iyi performans sergileyen çalışanların ödüllendirilmesidir (67-69). Örgüt içerisinde performans yönetim sisteminin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için bazı ön koşulların yerine getirilmesi önem arz etmektedir. Bunlar;

- Hizmet veya ürünün sunumunda çalışan yeteneğinin kullanılmasının etkisi yüksek olmalıdır.
- Stratejik girişimlerin eylemsel kararlara daha çok ve hızlı bir şekilde dönüştürülmesi gereklidir.
- Yönetimin tüm basamaklarında başlangıç performansının üzerinde bir benimseme ve adanma gereklidir.
- Örgüt kendini değişimlere her zaman için hazırlıklı tutmalıdır (70-72).

Performans yönetim sistemiyle birlikte performans standartlarının oluşturulması ve bunların yazılı hale getirilmesi de önem arz etmektedir. Ayrıca yöneticilerin ve çalışanların yetkinlik profillerinin çıkarılması önemlidir.

Performansla ilgili süreçlerin yürütülmesinde güdülen nihai gaye, hem kurumların hem de insan kaynaklarının başarı düzeylerinin sürekli iyileştirilerek yükseltilmesi ve örgütsel yetki ve sorumluluklarının adil ve eşit dağılımını sağlamaktır (73). Performans yönetim sisteminin bu amacı haricinde kurumların performansı yönetimini uygulamasının diğer başka amaçları da mevcuttur:

- İnsan kaynaklarına etkin ve sürekli geri bildirim ve desteğin sağlanması,
- Kendi personelinin performansını yüksek tutmak ve yüksek performanslı bir örgüt oluşturmak,
- Kurumun stratejik planına uygun olarak performansı yükseltmek (71),
- Standart hale getirilen nesnel kriterlere göre insan kaynaklarının performansını değerlendirmek (74),

- İhtiyaçlar doğrultusunda planlanacak olan hizmet içi ve hizmet dışı eğitimlerle personelin hem performansını yükseltmek hem de gelişimini sağlamak.
- Yönetim, personel ve diğer iç ve dış paydaşlar arasında yüksek etkileşim ve kaliteli iletişim oluşturmak,
- Örgütün kurumsal amaçlarıyla personelin bireysel amaçlarını bütünleştirmek,
- Personelin kendi performanslarını sistem aracılığıyla takip etmesini sağlamak,
- Örgüt bünyesinde açık bir iletişim ağı oluşturmaktır (68-72).

Örgütler ve organizasyonların etkin ve başarılı bir şekilde yürütecekleri performans yönetim sistemi sayesinde hem kurum yöneticileri hem de kurumun insan kaynakları önemli yararlar elde edecektir. Bu yararları şu şekilde ifade edebiliriz (62,63,70,73):

- Personel, kurumunun kendisinden ne beklediğine ilişkin daha fazla bilgi sahibi olur.
- Personelin performansını yükseltmesi için nasıl bir yol haritası izleyeceği kurum tarafından ortaya koyulmuş olur.
- Hem yöneticilerin hem de personelin gelişim ihtiyaçları belirlenmiş olur ve bu doğrultuda gerekli hazırlıklar yapılır.
- Kurum yöneticilerine, personelinin performansını takip etmesinde ve onlara geri bildirim sağlamasında büyük kolaylık sağlar.
- Tüm kurum bu süreç sayesinde örgütsel öğrenme kültürüyle tanışmış olur.
- İş ortamında sağlıklı iş ilişkilerinin inşası gerçekleştirilir.
- Mevcut iş süreçleri üzerinde yönetimin denetim imkanını yükseltir.
- Mevcut ve potansiyel sorunların erken tespitini yakalama olasılığını artırır.
- Kurumun organizasyonel tüm süreçlerine şeffaflık ve objektiflik sağlar.
- İnsan kaynaklarının gelişimine ve motivasyonuna doğrudan etki eder.
- Bireysel katkıların tespitiyle personelin kariyer planlarının yapılması gerçekleşmiş olur. Aynı zamanda kuruma artı anlamda bir dinamizm kazandırılmış olur.

Performans yönetimi sistemi, yönetici konumundan olan kişilerle birlikte çalışan astların etkinlik ve başarı düzeylerini yükseltebilmektedir. Aynı zamanda bu sistem, örgütlerde ortaya çıkan performans boşluklarının tanımlanmasını sağlayıp bu boşlukların kapatılması için fırsatlar yaratmaktadır. Çünkü bu sistem sayesinde yöneticilerin elinde bunu gerçekleştirebileceği araçlar bulunmaktadır (53,57). Özetle; performans yönetim sistemi hem örgüt hem de örgütün insan kaynağı için önemli yararlar yaratmaktadır. Bu yararların ortaya çıkması içinse örgütün gerçekten bir bütün olarak bu sistemi anlaması ve uygulaması gereklidir.

2.2.2. Performans Değerlendirme

Performans değerlendirme, performans yönetim sisteminin bir parçasıdır. Performans yönetim sisteminde, performans değerlendirmenin önemli bir konu olduğu literatürde vurgulanmaktadır (64,65). Günümüze kadar örgütlerin çoğu, hatalı bir perspektifle performans değerlendirmeyi tek bir boyuttan ele almıştır. Oysa örgütler, bir sistem içerisinde bu kavramı ele almazlarsa önemli problemler oluşturma potansiyeline sahiptir (69). Bu sebeple, performans değerlendirme, performans yönetim sistemi içerisinde bir basamak olarak ele alınmalıdır. Yalnızca insan kaynaklarının bir aracı olarak ele alınmamalıdır.

Performans değerlendirme kavramı ortaklaşa bir çalışmaya, karşılıklı bilgi aktarımına, bütün iş süreçlerinde sorumluluk paylaşımına ve sürekli öğrenim ve gelişime imkan veren dinamik bir sistemdir (68). Aynı zamanda performans değerlendirme, örgütte görev alan çalışanların iş süreçlerindeki başarısını, bu süreçlerde sergilemiş oldukları tutum ve davranışları ve organizasyonda oluşturdukları katma değerleri inceleyen bir yönetim aracı olarak tanımlanmaktadır (62). Performans değerlendirme, sadece örgüt için değil çalışanlar içinde önemlidir. Yüksek performanslı çalışanların ödül beklentileri ve düşük performans sergileyen diğer çalışanlarla aynı değerlendirilmemeleri gerektiği örgütsel adaleti sağlamada performans değerlendirmenin önemli bir faaliyet olduğunu belirtmektedir (63).

Performans değerlendirmenin asıl amacı; çalışanların kişisel hedeflerini birlikte konuşabilmek, başarılı performans gösterimi konusunda onları motive etmek, etkin ve yapıcı geribildirimde bulunmak ve sürekli bir gelişim için gerekli örgütsel

mekanın oluşturulmasını sağlamaktır. Örgütler performans değerlendirmelerini genelde yılda bir kez ve yıl sonunda olmak üzere gerçekleştirirler (75). Başarılı bir şekilde yapılan performans değerlendirmesi, örgütün ücret artışları ve terfi konularında daha kolay karar vermesine katkı sağlamaktadır. Performans değerlendirmenin özünde, örgütün personeline yapmış olduğu yatırımı değerlendirme işi yaptığı söylenebilir (76).

Performans değerlendirme yukarıdaki paragrafta ifade edilen asıl amacı dışında şu amaçlara da sahiptir:

- Her bir kurum çalışanının iş performansı ile ilgili yönetime bilgi sunulması amaçlanır.
- Örgütsel anlamda insan kaynakları departmanları için stratejik öneme sahip bilgiler ortaya koymaya çalışır.
- Ödüllendirme, cezalandırma, eğitim ihtiyacı, destekleme veya disipline etme gibi çalışanlara ilişkin kararların verilmesine yardımcı olması beklenir.
- Hem örgütsel problemlerin belirlenmesine hem de bunların çözümü için bir yol haritası çıkarılmasına destek olması beklenir (56,72-74).

Örgütler kendi içlerinde performans değerlendirmeyi başarılı bir şekilde uygulayarak kurumları için bazı faydalar oluşturmayı arzu ederler. Örgütlerin performans değerlendirmeden elde etmek istedikleri faydalar Palmer'e göre şunlardır (67):

- Örgütün iş süreçlerinde öncelik belirlenmesine katkı sunar.
- Örgüt içi ve örgüt dışı paydaşlarla etkin bir geri bildirim süreci yaşanmasını sağlar.
- Örgütlerin sahip oldukları misyon ve vizyonların aktif olarak hayata geçirilmesine destek olur.
- Örgüt içi ücret standartlarının belirlenmesi ve performans artışlarının ödüllendirilmesi daha kolay ve adaletli olarak yapılır.
- Örgüt çalışanlarının, iş süreçlerindeki performans durumlarını ortaya koyma, bilgilendirme ve gerekirse uyarı yapmada kolaylık sağlar.

- Performans değerlendirme süreci, bir taraftan tüm örgütün toplam etkinliğinin belirlenmesine yardımcı olurken diğer yandan da bu süreç sonunda ortaya çıkan tablo sayesinde kurumları yeni atılımlara teşvik eder (60-63).

Performans değerlendirme süreci, birçok farklı amaca ve çeşitli faydalara sahipken öte yandan birtakım sınırlılıkları da içerisinde bulundurulur. Eğer performans değerlendirme süreci etkin yönetilemezse ve örgüt tarafından önemi benimsenmezse olumsuz durumlar yaratabilir. Bu olumsuz durumlara, sürecin nesnellikten öznelliğe doğru kayması, güvenilir sonuçlar yaratmaması ve kişisel ile örgütsel hedefler arasında bir uçurum oluşması gibi durumlar örnek verilebilir (71).

Ayrıca performans değerlendirmenin sınırlılıklara takılmadan kendisinden beklenen amaç ve faydaların sağlanması, bu sürecin bir plan doğrultusunda hayata geçirilmesine endekslidir. Bu noktada, değerlendirmenin hedef kitlesi, zaman aralığı, yöntemi şeffaf ve doğru bir biçimde ortaya konulmalıdır (72).

Performans değerlendirme, kendi içinde bazı evreler içeren bir süreç olarak değerlendirilmektedir (60). Etkili ve başarılı bir performans değerlendirmesi şu sekiz evreyi içermelidir:

1. Hazırlık
2. Performans değerlendirme toplantısının yapılması
3. İyi ve kötü performansın tanımlanması
4. Performans boşluklarının ardından yatan sebeplerin belirlenmesi
5. Performans boşluklarını doldurmak amacıyla planlamanın yapılması
6. Performans hedeflerinin tekrardan değerlendirilmesi
7. Sürecin kayıt altına alınması
8. Sürecin takibinin gerçekleştirilmesi (62).

Örgütün yaptığı performans değerlendirmesi, bütün örgüt tarafından benimsenmesi ve objektif bir tavırla yapılması halinde bir değer ve öneme sahip olur. Aksi takdirde çalışanların yer almak istemediği ve zaman kaybı yaratan bir bürokratik süreç olmanın ötesine geçemez.

Örgütlerin performans değerlendirme yapmaları için çok sayıda ve farklı yapılarda yaklaşımlar ve yöntemler oluşturulmuştur. Bunların arasında ilk ve en eski yöntemler de vardır, son zamanlarda alanla ilişkili olarak ortaya konulmuş çağdaş yöntemler de bulunmaktadır. Bu noktada, örgütlerin hangi yöntemi hatta yöntemleri kullanması gerektiği sorusu akıllara gelmektedir. Örgütlerin kendi özel yapılarına, insan kaynağı özelliğine ve hedeflerine göre bir eliminasyon yapıp kendisi için en doğru yöntemi seçmesi gereklidir (65).

Literatürü incelediğimizde performans değerlendirme yöntemleri üç başlıkta özelliklerine göre sınıflandırılmıştır:

1. Bireysel Performans Standartlarına Dayalı Yaklaşım
 - Hedeflerle Yönetim
 - Çalışma Standartları Yaklaşımı
 - Doğrudan Endeks Yöntemi
 - Metin Değerlendirmesi (55).
2. Ortak Performans Kriter ve Standartlarına Dayalı Yaklaşım
 - Kritik Olay Değerlendirmesi
 - Grafik Değerlendirme Ölçekleri
 - Kontrol Listesi
 - Zorunlu Tercih Sınıflaması
 - Davranışsal Temellere Dayalı Dereceleme Ölçekleri (BARS)
3. Kişilerarası Karşılaştırmalara Dayalı Yaklaşım
 - Birbirinin Yerini Alma-Alternatif Sıralama
 - Çiftli Karşılaştırma
 - Zorunlu Dağılım (60).

Bu yöntemler arasında örgüt tarafından seçilip kullanılacak olan yönetimin belirlenmesi noktasında; üç farklı yaklaşıma ait çok sayıda yöntemin olduğu görülmektedir. Bu yöntemlerin tamamının çok sık kullanılmadığı bilinmelidir. Grafik derecelendirme yöntemi en sık kullanılan yöntemdir (59). Bu yöntemle birlikte metin değerlendirme yöntemi de kullanılabilir. Sık kullanılan bir başka yöntem de kontrol listeleridir (57,58). Bunların haricinde örgütler tarafından sıralama ve karşılaştırma yöntemleri, zorunlu seçim, kritik olaylar ve davranışsal yöntemler gibi

diğer yöntemler de kullanılmaktadır (54). Ayrıca kullanılacak yöntemle birlikte o yöntemin örgüt içerisinde kim veya kimler tarafından kullanılacağı da önemli bir diğer husustur. Yöntemlerin kullanım süreçlerinde çalışanlara geribildirim sağlanması da unutulmamalıdır. Performans değerlendirme yapılırken bu süreçte örgütler, gerçekleşmesi muhtemel sorunlar ve uygulama yanlışlıklarıyla da karşı karşıya kalabilmektedir. Ancak bu problemler yöntem seçimiyle ilişkilendirilmemelidir (68).

Performans değerlendirmede önemli olan diğer bir nokta; performansın ödüllendirmesi ve geliştirilmesidir. Örgüt içerisinde iyi performansların ödüllendirilmesi önem arz eder. Günümüz modern organizasyonlarında; bilgiye, performansa ve genel katkıya dayalı ücret sistemi oluşturulmasının doğru olduğu benimsenmiş ve bunu hayata geçirmek için çalışmalar yürütülmektedir (75).

Performansa dayalı ücret sistemi, örgüt çalışanlarının kurumsal performansa katkıları oranında ödül alması olarak tanımlanmaktadır (68). Sistemin mantığı, ücret konusunun iş performansına etkisi üzerine dayanmaktadır. Örgütlerde bu sistemin çalışma felsefesinin, ücretin çalışanlar için bir hak olduğu değil, işe yönelik çabalarının bir sonucu olarak eriştikleri değerli bir ödül olduğu görülmektedir (62).

Örgütlerin bu sistemi uyguladıklarında göz önünde bulundurmaları gereken bazı hususlar vardır. İlk olarak, çalışanlara ücret artışı yapacakları zaman bireysel performans seviyelerinin tespiti gereklidir. Ardından önemsenen yetkinliklerin ve profesyonel iş bilgilerinin ödüllendirilmesi şarttır. Diğer bir husus ise gerekli olduğunda ve doğru zamanda prim dağıtılmasıdır (58).

2.2.3. Finansal performans

Finansal performans, geleneksel performansın temeli olarak nitelendirilmektedir (32). Finansal performansın belirlenmesinin esas hedefi, karar vericilere örgütün ekonomik yapısı, durumu ve gelişimi ile ilgili gerekli bilgileri sağlamaktır (76). Finansal analizlerle yapılan performans ölçümü, yöneticilere geleceğe yönelik yönetim ve yatırım kararları almalarında ve işletme ile ilgili yatırım tercihlerini değerlendirmelerinde yardımcı olur (77). Bu bağlamda finansal performans sonuçları sadece organizasyonları değil paydaşları, ve çalışanları da ilgilendirmektedir. Örgütler genellikle, rekabet koşullarında rakiplerine karşı güçlü bir

konumda bulunabilmek, sahip oldukları örgütsel itibarlarını yükseltmek ve uzun vadede devamlılıklarını muhafaza edebilmek amacıyla yüksek finansal performansa sahip olmak isterler (78). Bu doğrultuda örgüt yöneticilerinin, kurumlarının finansal performansını doğru bir şekilde yansıtacak verileri belirlemeleri ve bu verilerle belirli zaman aralıklarında finansal analiz yapmaları gerekmektedir.

Finansal Performansın Hastaneler İçin Önemi

Hastaneler sağlık hizmeti sunumu ve üretiminde önemli bir role sahiptir. Hastaneler yüksek maliyetli tıbbi teknolojiyle beraber yüksek oranda insangücü istihdamı yaparlar ve sağlık harcamalarının büyük bir paya sahiptirler. Özellikle kamuya ait hastanelerde mevcut kaynaklarla artan talebe karşılık verebilmenin gittikçe zorlaşması ve maliyetlerin yükselmesi finansal performans analizi yapmayı gerekli kılmaktadır (79). Hastanelerde finansal performans değerlendirmesinin temel amacı, hastanelerin varlıklarını sürekli kılabilmek için performans ve verimlilik felsefesini benimsetmek, yapılan faaliyetlerin sonuçlarını analiz ederek elde edilen bilgilerin örgüt içindeki ve dışındaki kişilerle paylaşılmasını sağlamaktır.

Hastanelerin finansal performansını yükseltmek için; pazar payını arttırmak, sistem afiliasyonu gerçekleştirmek, yüksek ücretlendirmeden kaçınmak, maliyet kontrolü uygulamak, aşırı borçlanmadan sakınmak, gelir yüzdesini yükseltmek gibi stratejik unsurlar sıralanabilir (80). Türkiye'deki kamu hastanelerinde finansal performans çalışmaları geçmişte oldukça kısıtlı olmasına rağmen son zamanlarda bu alanda yapılan çalışmaların arttığı bilinmektedir. Bu durum, hastane yöneticilerinin finansal performansın önemini kavramaları ve hizmet sunumunda maliyet bilinci oluşturmaları açısından önemli bir husustur.

Hastanelerin Finansal Performansı Etkileyen Faktörler

Bir hastanenin finansal performansı; devlet politikaları ve müdahaleleri, sağlık sisteminin durumu, hastanelerin yönetim yapısı, hizmet sunumu için katlandığı maliyetler, sahip olduğu personelinin niteliği ve ülkenin genel ekonomik durumu gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler, organizasyonel ve çevresel etkenli faktörler olmak üzere iki grupta incelenmektedir (81).

Organizasyonel Faktörler

Kurum yöneticilerinin müdahale edebilme imkanının olduğu ve kurumsal kaynaklı faktörler olduğu için organizasyonel faktörler olarak adlandırılmaktadır. Bu faktörler; kurumun yönetimi ve denetimi altındadır (82). Bu faktörlerin etki alanı; ürün veya hizmetin niteliğine, sektörden sektöre, örgütten örgüte ve kurumların yönetim yapısına göre değişebilmektedir (83). Bu bağlamda, hastanelerin finansal performansının etkileyen organizasyonel faktörler; hastanenin büyüklüğü, hastanenin mülkiyeti, hastane faaliyetleri, hizmet maliyetleri, yönetim yapısıdır (84).

Hastanenin Büyüklüğü

Hastanelerin büyüklükleri; yatak sayısı, varlıkları, gelirleri, personel veya verilen hizmetlerin sayısı gibi faktörlere göre sınıflandırılmaktadır (85). Yatak kapasitesi ise hastanelerin hasta yükünü idare edebilmek, yeteneklerini değerlendirebilmek için kullanılan en yaygın hastane büyüklük ölçüsüdür (86). Gereğinden fazla yatak sayısı kapasite kullanım oranını düşüreceği için hastanenin finansal performansını olumsuz yönde etkilemektedir (87).

Hastanenin Mülkiyeti

Hastanelerin sergileyeceği finansal performansları üzerinde sahip oldukları mülkiyeti yapısı etkili olabilmektedir (88). Özellikle finansal amaçları birbirinden çok farklı olan bir kamu hastanesi ile özel bir hastane arasında bu etki net bir şekilde görebilmektedir. Kamu hastanelerinin ekonomik anlamda kar etme amacı bulunmamakta ve sahip olduğu kaynakları etkin ve verimli bir şekilde kullanmak şartıyla hizmet sunumunun sürekliliği hedeflenmektedir (32). Oysa özel hastaneler de bu durum daha farklıdır. Bir özel hastanenin kuruluş amacı sağlık sektöründe ticari bir işletme şeklinde faaliyet göstererek kar elde etmektir (79). Fakat özel hastanelerin de ekonomik amaçlarıyla hizmet sunum fonksiyonunu dengede tutması gerekmektedir. Bu doğrultuda farklı amaçlarla hizmet sunumu gerçekleştiren hastanelerin finansal performans seviyeleri de farklılaşabilmektedir.

Hastane Faaliyetleri

Hastaneler, hastalarına sundukları hizmet çeşidi, kapsamı ve boyutuna göre devlet, eğitim ve araştırma, dal hastaneleri gibi kollara ayrılırlar. Hastaneler faaliyet alanları doğrultusunda, farklı içeriklere sahip finansal süreçler yürütürler (84). Yataklı tedavi hizmeti veren hastaneler, sadece ayaktan tedavi hizmeti veren sağlık kuruluşlarına göre, eğitim ve araştırma hastaneleri de devlet hastanelerine göre farklı tür ve miktarda gider türlerine sahiptir. Bu doğrultuda, hastanelerin hizmet sunum ve diğer fonksiyonları için yürüttükleri faaliyetler hastanelerin finansal performansını etkilemektedir (85).

Hizmet Maliyetleri

Hizmet kavramı soyut bir kavram olduğu için kullanılacak hizmetin biriktirilmesini ve stoklanmasını engelleyerek, daha sonraki bir zaman diliminde kullanılmasını imkansızlaştırmaktadır. Hastanelerde direkt ilk madde ve malzeme giderlerini, hangi hastaya ne kadar kullanıldığı tespit edilebilen, enjektör, ilaç, protez, kan, serum gibi tıbbi malzemeler için yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Hastanelerde direkt işçilik giderleri, kurum çalışanlarına yapılan maaş ödemelerini içermektedir (82). Yani hastanelerdeki işgücünü oluşturan doktor, hemşire, diyetisyen gibi sağlık personelinin maliyetleri bu gruba girmektedir. Hastanelerdeki genel üretim giderlerini ise yardımcı malzeme ve işletme malzemeleri, elektrik, su, gaz, haberleşme giderleri, sigorta, kira giderleri, vergi, resim ve harçlar, amortisman ve tükenme payları, finansman giderleri oluşturmaktadır (83). Ayrıca, hastanelerin duran varlık yatırımlarının miktarı da finansal performansını etkilemektedir (78).

Yönetim Yapısı

Hastaneler yönetim yapısı olarak çok boyutlu örgütlenmenin özel bir türü olarak nitelendirilen matriks organizasyon yapısına sahiptir. Kendilerine özgü çalışma sistemleri, farklı örgütsel özellikleri, uzmanlaşma ve ekip anlayışına dayalı iş süreçleri gibi özelliklerinden dolayı hastaneler yönetimi zor olan organizasyonlardır (89). Ayrıca, yönetim modeli ve yönetim yapısı olarak hastaneler kendi içlerinde büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Örneğin, bir devlet hastanesi ile bir üniversite hastanesi veya bir özel hastane arasında yönetsel açıdan farklılıklar bulunmaktadır.

Dünyanın gelişmiş ülkelerinde sağlık kurumlarının yönetimi, sağlık yönetimi eğitimi almış yöneticiler tarafından gerçekleştirilirken, sağlık statüsü düzeyinin iyi olmadığı ve sağlık sektörünün yeterince gelişmediği ülkelerde sorunlarının büyük bir bölümü yönetim yanlışlarından kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlarının çözümünde; sağlık ekonomisi, finans yönetimi, insan kaynakları yönetimi, kalite yönetimi, sağlık mevzuatı ve hukuku, sosyal güvenlik ve sağlık hukuku gibi konularda eğitim almış kişilerin sorumluluk üstlenerek görev alması önemlidir (84). Türkiye’de uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile kamu hastanelerinin yöneticilerine, hastanelerin finansal yönetimini başarılı bir şekilde gerçekleştirmeleri için daha fazla otonomi ve esneklik sağlanması hedeflenmiştir (87).

Çevresel Faktörler

Hastanelerin finansal performansını etkileyen organizasyonel faktörler dışın da bazı çevresel faktörler de hastaneleri bu anlamda etkileyebilmektedir. Bu faktörler; sağlık sistemi ve devlet müdahaleleri, demografik yapı, genel ekonomik durum ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarının varlığı olarak nitelendirilebilir. Örgütler sahip oldukları misyonlar doğrultusunda amaçlarına ulaşmaya çalışırken çevresel faktörlerle etkileşim içerisinde olup onlardan etkilenmektedirler (79). Hastanelerin finansal performansı üzerinde etkili olan çevresel faktörleri; şu şekilde sıralayabiliriz (80).

Sağlık Sistemi ve Devlet Müdahaleleri

Ülkelerin sağlık sistemlerinin şekillenmesinde kamunun rolü oldukça önemlidir. Otorite olarak devlet kurumu, sağlık hizmetlerinin sunulmasında, hizmete erişim eşitliğinin sağlanmasında, koruyucu sağlık hizmetlerini sunulmasında ve finansman kaynağı yaratılmasında aktif rol üstlenmekte ve sisteme yönelik çeşitli müdahalelerde bulunmaktadır (90).

Son yıllarda Türkiye’de uygulanan SDP çerçevesindeki sağlık reformu politikaları, hastanelerin finansal yapılarına ve dolayısıyla finansal performansına etki etmiştir. SDP ile sağlık sisteminde ortaya çıkan değişiklikler, hastanelerin örgüt yapısı, insan kaynakları finansmanı gibi süreçlerinde radikal değişimler ve dönüşümler gerçekleştirmiştir (91).

Demografik Yapı

Sağlık finansmanının sürdürülebilirliğini etkileyen nüfusun yaş yapısı, bağımlılık oranı ve hanehalkı yapısı gibi demografik yapıdaki değişimler sağlık hizmetlerine olan talebi belirleyen temel değişkenlerdendir. Nüfus arttıkça sağlık hizmetlerine olan talep de artacak, nüfus yaşlandıkça kronik hastalıklar artacak, bu yüzden de sağlık hizmetlerinin yükü büyüyecektir. Bu durum da sağlık kurumlarının finansal performansını etkileyecektir (92,93).

Genel Ekonomik Durum

Hizmet sektörleri, ekonomik alanda oluşan değişimlerden doğrudan etkilenmektedir (94). Aynı zamanda bu değişimlerden ülkenin gelişmişlik düzeyine göre hanehalkının ekonomik durumu, bireylerin hastane tercihindan sağlık harcamalarına kadar birçok konu özelinde sağlık sektörü de etkilenmektedir. Geri kalmış ya da gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamaları içerisinde, daha çok enfeksiyon hastalıkları ve genç nüfusa yönelik sağlık harcamaları ağırlıktayken gelişmiş ülkelerde ise kronik hastalıklar ve yaşlı kesime ilişkin harcamalar yüksek oranlardadır (95).

Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Varlığı

Sağlık sektöründeki rekabet seviyesi diğer sektörlerle oranla farklılık göstermektedir. Sağlık kurumları için reklam ve tanıtım faaliyetleri yasal şartlarla sınırlı olduğu için sağlık kurumları, diğer sektörler gibi etkin ve açık bir şekilde rekabet güçlerini ortaya koyamamaktadır (85,96). Bunun yanında diğer hastanelerin varlığı bir hastane finansal durumu üzerinde etkili olabilmektedir. Özellikle bu durum kamu hastaneleri için sınırlı olsa da özel hastaneleri için güçlü bir etken olarak kabul edilmektedir. Çünkü rekabet anlamında diğer hastanelerin varlığı, hastanenin sunduğu hizmet miktarını ve dolayısıyla gelirini etkilemektedir (89,97). Yaşanan bu durum da hastane yönetimlerini, yaptıkları harcamalar ve giderleri üzerinde maliyet yönetimi yaparak kontrol sağlamasına ve farklı hizmetler sunarak gelirlerini artırma faaliyetleri yürütmesine sebep olmuştur.

2.2.4. Örgütsel Performans

Örgütsel performans, bir örgüt veya kurumun gerçekleştirmekte olduğu faaliyetler aracılığıyla varmak istediği stratejik hedeflere ve arzuladığı çıktılara ulaşma derecesinin bir ölçüsü olup, belli bir sürecin ve çok çeşitli emeklerin bir sonucudur (98). Bir başka tanımda ise örgütsel performans; belirli bir dönemsel zamanın sonucunda sahip olunan çıktıların sonucuna göre örgütün amaçlarını ve görevlerini yerine getirme derecesinin belirlenmesidir (99). Bir organizasyonun sahip olduğu amaçlarıyla ilişkili olarak örgütsel davranışlarıyla ilgili girdileri, çıktıları, dönüşümleri ve geri bildirimleri sonucu oluşan etkileri şeklinde dört sistemik süreçle baş edebilme yeteneği olarak ifade edilen örgütsel performans kavramı; yüksek performans gösteren bir organizasyonun öncelikli görevlerini etkin olarak başarmanın yanında, örgütün mevcut olan devamlılığını ve aynı zamanda örgütün uyum gösterme işlevini etkin bir şekilde yerine getirmesiyle de ilişkilendirilmektedir (100).

Lenz'e göre (69) örgütsel performans, organizasyonlarda çevre ve organizasyonel yapı arasındaki uyumun derecesine bağlıdır. Organizasyonlar, örgütsel performans değerlendirmesi yaparak şunları hedeflemektedir:

1. Örgütün genel olarak başarı düzeyinin belirlenmesini sağlamak,
2. Örgütlerin dış çevreden kendilerine yönelik gelen talep ve istekleri ne derece karşılayıp ne derece karşılayamadıklarını ortaya koymak,
3. Örgütün yapmakta olduğu faaliyetleri hakkında farkındalık ve bilinç sahibi olmasına katkıda bulunmak, yürütülen süreç ve faaliyetlerin doğruluğunu onaylayabilmek ve henüz kavranmamış olanları ortaya çıkarmak,
4. Örgütteki problem unsuru alanları ortaya çıkarmak ve bunların çözümü üzerine çalışmalar gerçekleştirmek,
5. Örgüt içinde yönetim düzeyinde ve diğer düzeylerde alınan kararların, duygusal, sezgisel, inanışlara veya varsayımlara dayalı olarak değil, kanıta dayalı verileri göz önünde bulundurarak alınmasına katkı sunmak,
6. Örgütün faaliyet ve süreçlerinde geleceğe yönelik bir gelişme planlamış olması durumunda bunun gerçekleşip gerçekleşmediğini tespit etmek (101,102).

Organizasyonlar örgütsel performans düzeylerine göre yukarıda ifade edilen amaçlara ulaşabilmektedir. Aynı zamanda organizasyonların örgütsel performanslarının yüksek olması durumunda Yüreğir ve Nakıboğlu'na göre (99), örgütsel performans ölçümü organizasyonlara şu faydaları sağlamaktadır:

- Örgüt yöneticilerini, iç ile dış müşterilerin ve paydaşların gereksinimlerinden ve memnuniyet dereceleri hakkında bilgilendirerek örgütün çıktı kalitesine ilişkin özgün değerler oluşturup ürün ve hizmetlerin kalitesini yükseltilmesini sağlamaktadır.
- İşsel süreçlerinin daha iyi algılanmasını sağlamakta ve mevcut süreçlerdeki sorunların tespitine ve süreçlerin iyileştirilmesine katkı sunmaktadır.
- Örgütsel süreçlerin yönetiminde nesnel ve nicel karar verme tekniklerinin birlikte kullanılmasını imkan sağlayıp daha yüksek nitelikte karar verme ortamı yaratmaktadır.
- Örgütün stratejik planlarını ve amaçlarını desteklemektedir.
- Yanlılıktan uzak, objektif bir performans değerlendirme yöntemi oluşturarak hesap verme sorumluluğu sağlayarak çalışanların işlerine yönelik yüksek motivasyon sahibi olmalarını sağlamaktadır.
- Örgütler için planlama yapılmasına ve bütçe hazırlanmasına yardımcı olmaktadır.
- Örgütlerin iş süreçlerini diğer örgütlerin iş süreçleriyle kıyaslamasını yaparak başarılarını ölçmeye imkan vermektedir.
- Örgütsel performans ölçümü, olası problemlerinin önüne geçerek onların ortaya çıkmadan önce çözümünü sağlamaktadır (70,71).

2.3. Veri Zarflama Analizi

Bu bölümde; araştırma sürecinde elde edilen nicel verilerin değerlendirilmesinde yöntem olarak kullanılan VZA yerli ve yabancı literatür kapsamında ele alınmıştır.

Günümüzde performans, etkinlik, etkililik ve verimlilik kavramları organizasyonların ve örgütlerin yönetim felsefelerinin temelini oluşturmaktadır. Fakat bu kavramların çok anlamlı oluşu ve uygulama süreçlerinde çeşitli zorluk ve güçlükler içermesi bu konuda bir standardizasyonun sağlanmasına engel teşkil etmektedir. Özellikle bu durum, ticari mal üretim işletmelerinden ziyade hizmet sektöründe bulunan işletmeler için daha büyük bir sorun alanı haline gelmiştir. Bu sorun alanının çözümü ise, standart, gelişmiş ve güvenilir bir ölçüm ve değerlendirme sisteminin ortaya konulmasında yatmaktadır. Bu çözüm için yeni arayışlar doğrultusunda farklı yöntemler ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasından en çok tercih edilen ve kullanılan yöntemlerden birisi de VZA'dır (103).

Performans değerlendirme çalışmalarında, hangi birimin etkin olduğunun bulunması, etkin olmayan birimlerin etkin hale gelebilmeleri için ne gibi aksiyonların alınması gerektiği belirlenmelidir (104). Bu husus, çok sayıda girdi ve çıktının söz konusu olduğu sistemlerde oldukça zordur. Birçok farklı yöntemle birlikte hastanelerin performans değerlendirmesinde VZA yaygın bir sıklıkta kullanılmakta olan bir metottur (105). VZA, girdilerin ve çıktılarının olduğu organizasyonel sistem ve süreçlerde, parametrik yöntemlerde bulunan bir üretim fonksiyonu olmadan ölçüm gerçekleştirebilmeyi sağlamaktadır (106). Bu bakımdan, VZA çalışmaları sağlık sektöründe performans değerlendirme konusunda önemli bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (107).

VZA; mal ve hizmet üretimi açısından birçok girdi ve çıktıya sahip benzer ekonomik karar birimlerinin sahip olduğu girdi ve çıktılarının nesnel olarak bir indeks içerisinde birleştirilemediği durumlarda, etkinlik ölçümü yapmak amacıyla kullanılan parametrik olmayan bir performans ölçütüdür (108). VZA, belli bir standarda sahip süreç ve faaliyetlerin yürütüldüğü, benzer girdi kaynaklarının kullanılmasıyla benzer çıktılarının ortaya konulduğu, aynı örgütsel yapının olduğu karar verme birimlerinin (KVB) etkinliklerinin ölçülmesinde kullanılmaktadır (109). Aynı zamanda VZA, belirli sınırlılıklar çerçevesinde çok sayıdaki değişkeni eş zamanlı olarak değerlendirebilen matematiksel özelliğe sahip bir metottur (110).

VZA, örgütlerin kullandıkları girdi ve çıktı kaynaklarının bileşimine dayanan bir yöntem olarak doğrusal programlama temeline dayanmaktadır. Doğrusal programlama, optimal kaynak dağılımıyla ilgili problemlerin çözümünde

kullanılmaktadır. Bu doğrultuda VZA, örgütlere ait girdi ve çıktı değişkenleri için bir doğrusal programlama modeliyle her bir gözlem için tek bir etkinlik skoru oluşturmaktadır (111). Doğrusal programlama neticesinde ise amaç fonksiyonuna ait değer '1' ise karar verme birimi etkili ve verimli, '1'den küçük ise karar verme birimi etkili değil ve verimsiz olarak sınıflandırılmaktadır (112).

Etkinlik= Çıktıların Ağırlıklı Toplamı / Girdilerin Ağırlıklı Toplamı

$$e = \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}}$$

Burada;

e: Etkinlik,

y_{rj} : j. işletmenin r. çıktı miktarı,

u_r : r. çıktı için verilen ağırlık,

x_{ij} : j. işletmenin kullandığı i. girdi miktarı,

v_i : i. girdi için verilen ağırlıktır (113).

VZA'ya ait etkinlik formülünden de görüldüğü üzere bu yöntemin esası, her bir gerçek üretici için en iyi sanal üreticiyi belirlemeye dayanmaktadır (114). VZA analizi neticesinde ortaya çıkan sonuçlar, her bir karar verme birimine ait performans, verimlilik, etkinlik düzeyleri, optimal girdi ve çıktı miktarları, başarısız KVB'lerin etkin ve verimli olması için kaynak kullanımında nasıl değişiklikler yapması gerektiği hususunda bir örgüt yöneticisine ihtiyaç duyduğu bilgileri sunmaktadır (115). Parametrik yöntemlere alternatif olan VZA, üretim fonksiyonlarında analitik bir yapının olduğuna dayanmaz ve bu sebeple esnek ve çoklu girdi ve çıktıya sahip üretim birimlerinde etkinlik, verimlilik ve performans için ideal bir yapıya sahiptir (116).

VZA, üretim çıktılarının ölçüm şekillerinden bağımsız olması, üretim fonksiyonun yapısı hakkında varsayım gerektirmemesi, KVB'ler için verimli-verimsiz/etkin-etkin olmayan/yüksek performanslı-düşük performanslı gibi ayrımlar yapabilmesi ve iyileştirme stratejisi sunması açısından güçlü yönleri olan bir yöntemdir (117). Diğer taraftan VZA parametrik olmayan bir yöntem olduğu için de bazı sınırlılıklara sahiptir. Bu bağlamda, verileri esas alan bir yöntem olduğu için aşırı değerlere ve ölçüm hatalarına duyarlı olması, aşırı girdi ve çıktı değerlerinden etkilenmesi, değerlerin çıkarılması durumunda hatalı sonuçlar üretebilmesi gibi sınırlılıkları bulunmaktadır (118).

Birden fazla girdi ve çıktıya sahip KVB'ler için etkinlik analizi yapan VZA, parametrik olmayan bir ölçüm tekniği olarak günümüzdeki işleviyle ilk olarak Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından 1978 yılında European Journal of Operations Research dergisinde yayınlanan bir makale literatüre girmiştir (119). Daha sonra ise yönetim biliminde kamu sektörünün karar alma birimlerinin etkinlik analizinde yeni bir yöntem olarak benimsenmiş ve kullanım alanı bulmuştur (120). 40 yılı aşkın bir geçmişe sahip VZA yöntemi, parametrik olmayan bir analiz yöntemi olarak hem teorik hem de metodolojik olarak hızlı bir gelişim süreci göstermiştir (121).

Herhangi bir bilimsel araştırmada VZA'yı yöntem olarak kullanmak isteyen bir araştırmacı, çalışmanın analiz sürecinde için sırasıyla şu adımları uygulamalıdır:

1. Adım: Analize girecek olan için karar verme birimi sayısının ve bunlara ait rollerin belirlenmesi,
2. Adım: Analiz amacının tanımlanması,
3. Adım: Girdi ve çıktıların seçiminin yapılarak pilot bir çalışmanın uygulanması,
4. Adım: Verilerin toplanmasıyla model oluşturma ve oluşturulan modelin programda işletilmesi,
5. Adım: Analiz yapılarak sonuçların elde edilmesi,
6. Adım: Örgüt yönetiminin analiz sonuçlarını incelemesi,
7. Adım: Yönetimin yaptığı değerlendirme sonucunda geleceğe yönelik stratejilerin oluşturulması (114-116).

Bilimsel çalışmalarda VZA'nın kullanılmasına karar verildiği durumlarda araştırmacının çalışması için tercih edebileceği iki model vardır (112,120):

CCR (Charnes, Cooper, Rhodes) Modeli: Bu modelin tasarımında ölçek miktarına göre sabit getiri hipotezi kullanılarak analiz yapılmaktadır. Bu modelim girdi ve çıktı yönelimli olmak üzere iki türü bulunmaktadır. Girdi yönelimli türünün odak noktası, üretilen çıktı miktarının sabit düşünülerek bu çıktı seviyesine daha optimal bir girdi bileşimiyle nasıl ulaşılabileceğidir. VZA'nın girdi yönelimli CCR modeli ve amaç fonksiyonu şu şekilde formüle edilmektedir (113,114);

$$E_o = \max \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{ro}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{io}}$$

Kısıtlar:

$$\frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}} \leq 1, j= 1,2,...,n$$

$$v_i, u_r \geq 0 \quad r=1,2,...,s \quad i= 1,2,...,m$$

n: KVB sayısı

s: Çıktı sayısı

m: Girdi sayısı

u_r : r. çıktıya verilen ağırlık değeri

v_i : i. girdiye verilen ağırlık değeri

x_{io} : o. KVB'nin kullandığı i. girdi miktarı

y_{ro} : o. KVB'nin elde ettiği r. çıktı miktarı

x_{ij} : j. KVB'nin kullandığı i. girdi miktarı

y_{rj} : j. KVB'nin elde ettiği r. çıktı miktarı

Kesirli programlama modeli ise şu şekilde ifade edilmektedir:

$$E_o = \max \sum_{r=1}^s u_r y_{ro}$$

Kısıtlar:

$$\sum_{i=1}^m v_i x_{io} = 1$$

$$\sum_{r=1}^s u_r y_{rj} \leq \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} \quad j=1,2,...,n$$

$$v_i u_r \geq \varepsilon \quad r=1,2,...,s \quad i= 1,2,...,m$$

ε : yeterince küçük bir sayı

CCR modelinin çıktı yönelimli türünün odak noktası; karar verme biriminin sahip olduğu mevcut girdi kaynaklarının sabit olduğu varsayımı altında, karar verme biriminin oluşturduğu çıktı miktarında artış sağlamaktır. Çıktı yönelimli CCR modeli şu şekilde formüle edilmektedir (119,120);

$$E_o = \min \frac{\sum_{i=1}^m v_i x_{io}}{\sum_{r=1}^s u_r y_{ro}}$$

Kısıtlar:

$$\frac{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}}{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}} \geq 1, \quad j= 1,2,...,n$$

$$v_i, u_r \geq \varepsilon \quad r= 1,2,...,s \quad i= 1,2,...,m$$

BCC (Banker, Charnes, Cooper) Modeli: Modelin esası, ölçek miktarına göre değişken getiri hipotezine dayandırılarak oluşturulmuştur. Yine bu modelde de girdi ve çıktı yönelimli iki tür bulunmaktadır. Bu modelin girdi yönelimli türündeki amaç, girdilerin minimizasyonunu sağlamaktır. Girdi yönelimli BBC modeli şu şekilde formüle edilmektedir (122);

$$E_o = \max \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{ro} - u_o}{\sum_{i=1}^m v_i x_{io}}$$

Kısıtlar:

$$\frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj} - u_o}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}} \leq 1 \quad j=1,2,\dots,n \quad i=1,2,\dots,m$$

$$v_i u_r \geq \varepsilon \quad r=1,2,\dots,s$$

Modelde;

$u_o = 0$. KVB'ye ait serbest işaretli değişken

Kesirsel programlama modeli ise aşağıdaki gibidir;

$$\max \sum_{r=1}^s u_r y_{ro}$$

Kısıtlar;

$$\sum_{i=1}^m v_i x_{io} = 1$$

$$\sum_{r=1}^s u_r y_{rj} - u_o \leq \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} \quad j=1,2,\dots,n$$

$$v_i u_r \geq \varepsilon \quad r=1,2,\dots,s \quad i=1,2,\dots,m \quad (122, 123);$$

VZA'da BCC modelin çıktı yönelimli türünün amacı, KVB'lerin oluşturdukları çıktı miktarında maksimizasyon sağlamaktır. Çıktı yönelimli BBC modeli şu şekilde formüle edilmektedir (117);

$$E_o = \min \frac{\sum_{i=1}^m v_i x_{io} - v_o}{\sum_{r=1}^s u_r y_{ro}}$$

Kısıtlar:

$$\frac{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij} - v_o}{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}} \geq 1 \quad j=1,2,\dots,n$$

$$v_i, u_r \geq \varepsilon \quad r=1,2,\dots,s \quad i=1,2,\dots,m$$

$v_o = 0$. KVB'ye ait serbest işaretli değişken.

VZA, yöneticiler tarafından organizasyonlardaki yönetim süreçlerinde kullanılan bir analiz türü olarak bilinmelidir. Bu analizin kullanımındaki başarı, örgütlerin ürün ve hizmet üretim süreçlerinde girdi ve çıktı kaynaklarının

tanımlanması, tamamlanması, sürekli bir performans ölçüm ve değerlendirmesinin gerçekleştirilmesi, yönetimin stratejik planları ve hatta örgüt kültürüyle yakından ilişkilidir (110-112). Genel olarak değerlendirdiğimizde VZA, eğitim sektöründen, sağlık sektörüne, bankacılıktan, askeri faaliyetlere, tarım işletmelerinden madencilığe kadar çok farklı ve çeşitli faaliyet alanlarında tercih edilmekte ve kullanılmaktadır. Analiz türü olarak VZA'nın kullanılmış olduğu çalışmalarda, örgütlerde verimlilik, etkinlik ve performans adına iyileştirmeler sağlamak amacıyla uygulanması gereken stratejileri, analiz sonucu etkin çıkan KVB'ler referans gösterilerek öneride bulunulur. Öneriler doğrultusunda örgüt yönetimlerine, etkin olmadığı ortaya çıkan karar birimlerinin girdi ve çıktı miktarlarında nasıl bir değişim olması gerektiği hususunda bir değerlendirme yapılmasına imkan verir (113). KVB'lerdeki bu uygulamaların süreklilik kazanması halinde yönetsel açıdan daha doğru ve etkin kararların alınabileceği düşünülmektedir (120).

VZA, bütün ekonomik alanların ve sağlık sektörünün değerlendirilmesinde önemli bir yaklaşımdır. VZA'nın, genel olarak sağlık sektörü ve özellikle hastanelerde geniş bir uygulama alanına sahip olduğu bilinmektedir (123). Bu uygulama alanları üç farklı şekilde gruplandırılmaktadır. Bunlar arasında birinci grupta, hastanelerin verileri aracılığıyla yapılan etkinlik analizi çalışmaları yer almaktadır. İkinci grup, hastanelerin mülkiyeti gibi yönetsel şartların kurumun verimliliği üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan analiz çalışmalarıdır. Üçüncü grubu ise, sağlık sistemlerinde gerçekleşen sağlık reformu gibi benzeri sistem değişikliklerinin sağlık sistemlerinin ve hastanelerin performanslarını nasıl etkilediğini ortaya koymak amacıyla yapılan analizler oluşturmaktadır. Ayrıca sağlık sektöründe VZA ile yapılan çalışmalarda, KVB'ler için önerilen modelin birden fazla zaman aralığında tutarlı bir şekilde iyi performans gösteren ölçütler oluşturabildiği ortaya konulmuştur (124-126). Genel olarak sağlık alanında VZA; sağlık sistemleri, hastaneler ve sağlık hizmetlerine odaklı olarak verimlilik, etkinlik ve performans değerlendirmesi ve geliştirilmesi amacıyla ve sağlık yönetimi uygulamalarının incelenmesinde kullanım alanına sahiptir.

Politika yapıcıların etkili ve hedefli politikalar tasarlamak için nicel bilgilere ve kantitatif analizlere ihtiyaç duyması noktasında VZA ön plana çıkmaktadır. Bu doğrultuda sağlık sektöründe VZA yöntemiyle yapılan çalışmalar sonucu, VZA'yi

gelecek adına bilimsel bir yöntem olmasının yanında yöneticiler ve politika yapıcılar tarafından kullanılan bir yönteme dönüşebileceği öngörülmektedir. Her metodolojik yöntemin olduğu gibi VZA’nda bazı sınırlılıkları ve zayıf yönlerinin olduğu gerçeğinden hareketle, bundan sonraki süreçte VZA’nın yöntem olarak seçilip kullanıldığı çalışmaların metodolojik olarak farklı yöntemlerle desteklenmesi ve mevcut VZA yönteminin geliştirilmesi önerilmektedir (127).



3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, 2013 yılında afiliasyon modeline geçen kamu hastanelerin afiliasyon öncesi ve sonrası performanslarını finansal ve örgütsel açıdan incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca araştırmada; afiliye olmuş hastanelerde görev yapan yöneticilerin, değişim sürecinde yaşamış oldukları deneyimlerden yararlanarak bu süreçte yaşanan olumlu ve olumsuz durumları ve afiliasyon uygulamasının tüm paydaşlar için sağladığı avantaj ve dezavantajları belirlemek amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Modeli ve Yöntemi

Araştırmada yakınsayan bir karma yöntem deseni kullanılmıştır. Bu desen, nitel ve nicel verilerin paralel olarak toplanıp, ayrı ayrı analiz edildiği ve daha sonra birleştirildiği bir desen türüdür (128). Kantitatif ve kalitatif yöntemlerin güçlerini birleştirmek ve sınırlılıklarını telafi etmek için karma yöntemler kullanılır (129). Bu araştırmada da nicel sonuçları yorumlamak ve desteklemek için nitel sonuçların ilgili yerleri kullanılmıştır. Ayrıca nitel sonuçlar bu süreçte yaşanan güçlükler ve kazanımları belirlemek için kullanılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Türkiye’de, SBÜ ve 2010 yılı ve sonrasında kurulan tıp fakültelerinin bulunduğu üniversiteler başta olmak üzere diğer birçok farklı üniversite, çeşitli Sağlık Bakanlığı hastaneleriyle protokoller imzalayarak afiliasyon uygulamasına geçmiştir. Mevcut durumda toplam 36 farklı şehirdeki 83 sağlık tesisinde afiliasyon uygulamasına geçilmiştir (130). Bu sayılara, bütün üniversitelerin farklı hastane türleriyle (devlet hastanesi, eğitim araştırma hastanesi ve ağız-diş sağlığı hastanesi) yaptığı afiliasyon uygulamaları dahildir. Bu afiliasyon uygulamalarının çoğu, SBÜ ile Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastaneleri arasında gerçekleşmiştir. SBÜ, 19 farklı şehirdeki 55 sağlık tesisine 2015 yılında afiliasyon uygulaması başlatmıştır. Bu afiliasyon sürecinde üniversite ile Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler aynı il sınırlı içerisinde bulunmamakta olup toplu olarak afiliye olmuşlardır. SBÜ, 2015 yılında

TBMM’de kabul edilen 6639 sayılı kanun kapsamında, İstanbul ilinde yeni bir üniversite ve makro organizasyon modeli olarak tüm ülke genelini kapsayacak şekilde kurulmuştur (131). SBÜ kurulana kadar bir tıp fakültesi ile aynı ilde dal hastaneleri hariç olmak üzere en fazla 2 eğitim araştırma hastanesi afiliye olabilirken SBÜ’nün kurulmasıyla birden fazla afiliasyonun önü açılmıştır (132). SBÜ’nün afiliasyonları farklı amaçlarla toplu olarak yapılmıştır. Aynı zamanda diğer üniversitelerin afiliasyon uygulaması fonksiyonel entegre model özelliği taşıırken SBÜ’nün afiliasyon uygulaması tam entegre model niteliği taşımaktadır. SBÜ haricindeki diğer üniversiteler ise Sağlık Bakanlığı’na bağlı aynı il sınırları içerisinde bulunan 21 şehirdeki 26 sağlık tesisiyle protokol imzalayarak afiliasyon uygulamasına geçmiştir. Ayrıca bütün bu afiliasyon uygulamaları haricinde, 2 farklı şehirde bulunan 2 ağız ve diş sağlığı hastanesinde de afiliasyon uygulamasına geçilmiştir (51).

Araştırmanın evreni, aynı il sınırları içinde tam entegre model yoluyla toplu olarak afiliye olmayan 26 afiliye genel kamu hastanesidir. Araştırmada, SBÜ’yle afiliasyon uygulamasına geçen kamu hastanelerinin örneklem dışında tutulmasının sebebi, afiliasyon sürecini yaşayan hastane ile üniversitesinin aynı şehir sınırları içerisinde olması koşulunu sağlamamasıdır (42). Bu doğrultuda, SBÜ ve ağız diş sağlığı hastaneleri araştırmanın evrenine dahil edilememiştir. Araştırmanın örneklemine ise Sağlık Bakanlığı’ndan verileri temin edilebilen 10 afiliye kamu hastanesi oluşturmaktadır.

Araştırmanın nitel bölümünün çalışma grubu ise seçkisiz örneklem yöntemlerinden amaçlı örneklem yöntemiyle belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilen katılımcılar, afiliye kamu hastanelerinde yönetici olarak çalışan (öğretim üyesi, uzman doktor, idari personel, sağlık personeli) personelden oluşmaktadır.

3.4. Karar Verme Birimlerinin Seçimi

Aynı girdileri kullanarak benzer çıktılar üreten organizasyonlar KVB olarak ifade edilmektedir (113). KVB’lerin seçiminde iki nokta önemlidir (114): Seçilecek olan KVB’ler girdi ve çıktıları yönünden homojenlik göstermelidir. Yani girdi ve çıktılar KVB’lerin performansını benzer şekilde yansıtabilmelidir. Diğer nokta ise; karşılaştırılacak olan KVB’lerin sayısının uygulanacak VZA yönteminin amacına bağlı olmasıdır. KVB sayısının tespit edilmesi hususunda;

- KVB sayısı fazla olduğu zaman, etkin performans gösteren birimlerin etkinlik sınırı üzerindeki yoğunluğu fazla olacaktır. Aynı zamanda, değişkenler arasındaki ilişkinin açıklanması zorlaşacaktır.
- Etkin ve etkin olmayan KVB'leri birbirinden ayırmak için KVB sayısının girdi ve çıktı sayısından çok olması gerekmektedir (111).

Bu doğrultuda KVB'lerin homojen olması için aynı il sınırları içerisinde olan fonksiyonel entegre modele göre afiliye olan hastaneler KVB olarak belirlenmiştir. Seçilen KVB ait hastanelerin verilerini temin etmek için T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı'na, resmi yazı ile talepte bulunulmuştur. Yapılan talep, araştırmanın evreninde yer alan hastanelere ait afiliasyon uygulamasının öncesi ve sonrasına ait zaman dilimini kapsayan finansal ve örgütsel verileri içermektedir. Yapılan talep sonucu, verisi istenilen 26 afiliye kamu hastanesi arasından farklı coğrafi bölgelerde bulunan, 10 (on) afiliye hastanenin 2012 ve 2013 yıllarına ait finansal ve örgütsel verileri temin edilmiştir. Bu 10 (on) hastane, afiliasyon uygulamasına 2013 yılında geçmişlerdir (133). Böylece araştırmada KVB olarak, farklı coğrafi bölgelerde bulunan ve aynı yılın aynı ayı içerisinde afiliasyon uygulamasına geçen 10 afiliye kamu hastanesi seçilmiştir.

3.5. Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin Belirlenmesi

Araştırma kapsamında, KVB'lerin finansal ve örgütsel performanslarını en uygun şekilde yansıtabilecek girdi ve çıktı değişkenleri belirlenmiştir.

Araştırmada, afiliasyon uygulamasına geçen kamu hastanelerinin finansal ve örgütsel performanslarının birlikte değerlendirilmesi amaçlanmış ve bu şekilde uygulamanın hastanelerde yarattığı değişimin kapsamlı olarak belirlenmesi hedeflenmiştir. İlk olarak, afiliye hastanelerin uygulama öncesi ve sonrası finansal ve örgütsel performans durumlarını analiz etmek için girdi ve çıktı değişkenleri belirlenmiştir. Bu değişkenler belirlenirken, araştırmadaki KVB'lerin hastane olmasından dolayı onlara özgü değişkenler seçilmiştir. Bu seçimde, afiliye hastanelere ait verilerin Sağlık Bakanlığı'ndan temin edilebilmesi göz önünde bulundurulmuştur.

3.5.1. Finansal Performansı Ortaya Koyan Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin Belirlenmesi

Bir hastanenin harcama kalemlerini gerçekleştirdiği giderler oluşturmaktadır. Bu giderler sabit ve değişken giderler olarak sınıflandırılmaktadır (77). Giderler içinde sabit giderlerin değişken giderlere göre ağırlığının daha yüksek olduğu bilinmektedir (79). Sağlık hizmetlerinde sabit giderler yani teknolojik malzeme ve ekipmanlar çok pahalıdır. Ölçek ekonomisi doğrultusunda yapılan birleşmelerdeki amaç sabit giderleri azaltmaktır. Değişken giderleri ise ortak kullanarak azaltmaktır. Değişimde bunu görmek için araştırma kapsamında giderler sabit ve değişken giderler olarak ikiye ayrılmıştır. Nitekim; sağlık sektöründe afiliasyon gibi stratejik bir yöntem olarak değerlendirilen hastane birleşmeleri ve satın almaları VZA yöntemi ile değerlendirilen çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, hastanelerin uygulama sonrası performansını, verimliliğini ve etkinliğini farklı boyutlarıyla incelemek ve ölçek ekonomisinin maliyet anlamındaki potansiyel kazanımlarını ortaya çıkarmak amacıyla hastanelerin gider kalemleri bazen genel olarak bazen de sınıflandırılarak değişken olarak belirlenmiştir (134,135). 2019 yılında Miguel ve arkadaşları tarafından İspanya'daki mülkiyeti kamu özel ortaklığı olan hastanelerin etkinliklerinin değerlendirilmesi için yaptıkları çalışmada, Kohl ve arkadaşlarının 2019 yılında hastanelerin performansının ölçmeye yönelik yaptıkları araştırmalarında VZA yöntemi kullanılmış, girdi ve çıktı değişkenlerinde hastanelere ait gelir ve gider kalemleri seçilmiştir (124,125). 2020 yılında Torun, Ayanoğlu ve Atan tarafından Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı 825 hastanenin VZA yöntemiyle finansal etkinliğinin incelendiği başka bir çalışmada ise girdi ve çıktı değişkenleri olarak hastanelere ait gider ve gelir kalemleri seçilmiştir (136). Aynı zamanda hastaneler sundukları sağlık hizmeti miktarına göre gelir elde etmektedir. Hastaneler, tahakkuk tutarlarıyla ilişkili olarak gelir oluşturmaktadır. Bir hastane için gelirin önemli bir performans göstergesi olduğu bilinmektedir (32). Bu doğrultuda araştırmada finansal performansı belirlemek amacıyla toplam sabit giderler, toplam değişken giderler girdi değişkeni olarak toplam gelir ise çıktı değişkeni olarak belirlenmiştir. Sabit giderlerde; hizmet alım gideri, personel gideri, kanuni yükümlülükler ve sabit işletme gideri bulunurken, değişken giderlerde ise yatırım gideri, tıbbi malzeme, ilaç, laboratuvar malzeme giderleri ve değişken işletme giderleri bulunmaktadır. Toplam gelirden ise

hastanenin hizmet sunumundan elde etmiş olduğu gelirler (bağışlar gibi dışarıdan sağlanan gelirler bulunmamaktadır) bulunmaktadır.

3.5.2. Örgütsel Performansı Ortaya Koyan Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin Belirlenmesi

Bir hastanenin sunduğu sağlık hizmeti, tedavi ettiği hasta sayısı ile ilişkilidir. Hastalara ayaktan ve yatarak sunulan sağlık hizmetleri, hastanelerin sağlık hizmeti üretim gücünü göstermektedir (81). Aynı zamanda bu hizmetler hastanelerin sundukları sağlık hizmetlerinin somut çıktıları olarak ifade edilmektedir. Hastanelerin sağlık hizmeti sunumu için sahip oldukları sağlık insangücü, tıbbi malzeme, tıbbi teknoloji ve yatak sayısı önemli girdilerdir (77). Literatürde sağlık sektörüne yönelik VZA'yla ilgili yapılan çalışmalarda örgütsel girdi değişkeni olarak toplam yatak sayısını, çıktı değişkeni olarak ise yatan hasta sayısının, ayaktan muayene sayısının ve ameliyat sayısının kullanıldığı görülmüştür (137-141). 2018 yılındaki Stefko ve arkadaşlarının Slovakya'daki hastanelerde sağlık hizmeti sunumunun etkinlik düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ve Li ile Dong'un 2015 yılında Çin'deki kamu hastanelerinin verimliliği üzerine yaptıkları çalışmada VZA yöntemi kullanılmış, girdi ve çıktı değişkeni olarak yatak sayısı ve hasta sayısı seçilmiştir (142,143). Bu doğrultuda araştırmada örgütsel performansı belirlemek amacıyla toplam yatak sayısı girdi değişkeni olarak; yatan hasta sayısı, ayaktan muayene sayısı ve ameliyat sayısı ise çıktı değişkeni olarak tespit edilmiştir.

3.5.3. Veri Zarflama Analizinde Kullanılacak Modellerin Ölçeğe Göre Getiri Yönünden Belirlenmesi ve Uygulanması

VZA'nın içeriğinde birçok matematiksel programlama modeli vardır. Bu modellerden yaygın kullanılanlar arasında CCR (Charnes, Cooper, Rhodes) ve BCC (Banker, Charnes, Cooper) modelleri yer almaktadır (108). Bu modeller etkin sınır tipleri açısından, CCR; ölçeğe göre sabit getiri modeli ve BCC; ölçeğe göre değişen getiri modeli olarak bilinmektedir. Ölçeğe göre sabit getiri modelde, girdideki her artış çıktı da aynı oranda görülmekteyken, ölçeğe göre değişen getiri modeldeyse, girdideki her artış çıktı da farklı oranlarda görülmektedir (115). Aynı zamanda, bu iki modelin girdi ve çıktıya yönelik iki farklı türü vardır. Girdiye yönelik VZA modelleri, belirli

bir çıktı bileşimini en etkin şekilde üretebilmek amacıyla kullanılacak en uygun girdi bileşiminin nasıl olması gerektiğiyle ilgilenir. Çıktıya yönelik VZA modellerinde ise, belirli bir girdi bileşimi ile en fazla ne kadar çıktı bileşimi elde edilebileceği araştırılır (120).

Araştırmada her iki modelin de girdi yönelimli türü tercih edilmiştir. Modellerin çıktı yönelimli türü yerine girdi yönelimli türlerinin seçilmesinin gerekçesi, sağlık kurumlarının kendilerine özgü bir yapılarının olmasıdır. Çünkü sağlık kurumları, kullandıkları girdiler ve ürettikleri çıktılar açısından değerlendirildiğinde daha çok girdilerinde bir değişiklik yapma güçlerinin olduğu bilinmektedir. Yani sağlık kurumları çıktılarından ziyade kullandıkları girdiler de daha fazla söz sahibidir (63). Sağlık kurumları hizmet üretim faaliyetlerini gerçekleştirirken çok çeşitli ve büyük miktarlarda girdi kullanmaktadır. Bu girdilerin doğru bir şekilde, doğru zamanda ve miktarda yani optimum tercihlerle temin edilmesi önemli bir husustur. Bu temin sürecinde sağlık kurumları yöneticileri yetki sahibidir. Başta hekimler olmak üzere diğer bütün sağlık personelinin bu doğrultudaki isteklerini değerlendirerek süreci yönetirler (63). Sağlık kurumlarının ürettikleri çıktılar değerlendirildiğinde, öncelikle hizmet üretiminde bir standardizasyon olmadığı ve sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirsiz olduğu görülmektedir (23). Sağlık kurumları ürettikleri hizmetin karşılığını doğrudan temin edemezler. İlgili geri ödeme kurumu yapacağı inceleme sonucu sağlık kurumlarına uygun gördüğü ödemeyi gerçekleştirmektedir (40). Bu ödemelerde çeşitli kesintiler olabilmektedir. Hizmet üretiminde kullanılan tıbbi malzeme ve ekipmanın tamamının maddi karşılığı alınamamaktadır. Bunun sebebi SUT'ta bunların yer almamasıdır. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'nın global bütçe sistemine geçmesinin sebebi, sağlık kurumlarının gelir artırıcı faaliyetlere odaklanmasının aksine gider azaltıcı faaliyetlere yani maliyetleri minimize etmeye yönelmesi gerektiğindendir (87). Sağlık alanında VZA yöntemi kullanılarak hastanelerin performansının değerlendirildiği birçok çalışmada, CCR ve BCC modellerinin birlikte kullanıldığı ve bu modellerin girdi yönelimli türlerinin tercih edildiği görülmektedir. Örneğin; 2019 yılında Mut, Kutlu ve Turgut (141) tarafından, Türkiye'de sağlık alanında VZA kullanılarak yapılan çalışmaların incelendiği bir araştırmada, 2000-2018 yılları arasında VZA yönteminin kullanıldığı 79 çalışmanın 32'sinde CCR ve BCC modellerinin birlikte kullanıldığı görülmektedir. Yine aynı araştırmada, VZA yönteminin kullanıldığı 79 çalışma içerisindeki 44

çalışmada, modellerin girdi yönelimli türlerinin tercih edildiği ifade edilmektedir. Torun, Ayanoglu ve Atan tarafından Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı 825 hastanenin VZA yöntemiyle finansal etkinliğinin incelendiği başka bir çalışmada ise verilerin analizinde girdi yönelimli CCR ve BCC modellerinin seçildiği görülmektedir. (136). 2017 yılında Jia ve Yuan’ın branş hastanelerinin operasyonel etkinliklerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, kullanılan VZA yönteminin girdi yönelimli CCR ve BCC modelleri tercih edilmiştir (144). Kristensen ve arkadaşlarının 2010 yılında Danimarka’da yaşanan hastane birleşmelerinden sonra hastanelerin potansiyel kazanımlarını tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada, VZA yönteminin girdi yönelimli CCR ve BCC modelleri kullanılmıştır (145).

3.6. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın nicel verileri, girdi (toplam sabit giderler toplam değişken giderler, toplam yatak sayısı) ve çıkı değişkenler (toplam gelir, yatan hasta sayısı, toplam ayaktan hasta sayısı ve ameliyat sayısı) olarak listelenerek T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nün İstatistik, Analiz, Raporlama Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı’ndan resmi yazı ile talep edilmiştir. İlgili başkanlıktan, 10 (on) hastanenin afiliasyondan önceki (2012) ve sonraki (2013) yıllara ait talep edilen verileri temin edilmiştir.

Araştırmanın nitel verileri ise afiliye olan hastanelerde görev yapan yöneticilerle yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerden temin edilmiştir. Görüşmeler için hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu iki bölümden oluşturulmuştur. Formun birinci bölümünde; katılımcılara ait tanıtıcı özellikleri belirlemeye yönelik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, çalışılan kurum, kurumdaki görev, mesleki unvan, mesleki tecrübesi, yöneticilik tecrübesi ve afili hastanedeki çalışma süresi, afili hastanedeki yöneticilik tecrübesi) 11 soru maddesi bulunmaktadır. İkinci bölümde ise; literatürde daha önce yapılan çalışmalar incelenerek hazırlanan, katılımcıların çalıştıkları hastanelerdeki afiliasyon uygulamasına yönelik görüşlerini belirlemeye yönelik (afiliasyon uygulamasına geçilmeden önceki öngörüler, uygulama sonrası çalışanların tutumu, hastanelerde idari ve finansal yönetim açısından yaşanan değişimlerin neler olduğu, uygulamanın yarattığı örgütsel sorunların olup olmadığı, uygulamanın ortaya çıkardığı avantajlar ve dezavantajların neler olduğu, hastanelerin

finansal ve örgütsel performans açısından bu süreçten nasıl etkilendiği ve uygulamanın bundan sonraki sürecine yönelik önerilerinin olup olmadığı) 9 açık uçlu soru yer almaktadır.

Görüşmeye başlamadan önce katılımcılar, araştırmacı tarafından araştırmayla ilgili olarak bilgilendirilip gönüllü katılım formları aracılığıyla onayları alınmıştır. Ardından katılımcılar ile araştırmacı arasında yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiş ve görüşme soruları katılımcılar tarafından cevaplandırılmıştır. Görüşmeler, katılımcıların çalıştıkları kurumlarda araştırmacı tarafından yapılmıştır. Görüşmelerde ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşmelere, Mart-Ağustos 2019 tarihleri arasında veri doygunluğu elde edilene kadar devam edilmiştir. Görüşmelerin süresi, 30-60 dakika arasında değişkenlik göstermiştir.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırma sürecinde hem nitel hem de nicel türde olmak üzere iki tür veri elde edilmiştir. Elde edilen bu verilere de iki farklı analiz yöntemi uygulanmıştır.

3.7.1. Nicel Verilerin Analizi

Afiliye hastanelerin Sağlık Bakanlığı'ndan temin edilen nicel verileriyle, finansal ve örgütsel performansı belirlemek için VZA yöntemiyle iki farklı model oluşturulmuştur.

Tablo 3.1. Finansal ve örgütsel performans temelli oluşturulan VZA 1. ve 2. modelleri.

1. MODEL		2. MODEL	
Finansal Performans		Örgütsel Performans	
Girdi	Çıktı	Girdi	Çıktı
Toplam Sabit Giderler Toplam Değişken Giderler	Toplam Gelir	Toplam Yatak Sayısı	Toplam Ayaktan Hasta Sayısı Toplam Yatan Hasta Sayısı Toplam Ameliyat Sayısı

1. model, finansal performansı belirlemek için iki girdi ve bir çıktıdan olmak üzere üç değişkenden oluşmaktadır. Bu değişkenlerden toplam sabit giderler ve toplam değişken giderler modelin girdilerini oluştururken, toplam gelir ise modelin çıktısı

olarak belirlenmiştir. İkinci model, örgütsel performansı belirlemek için bir girdi ve üç çıktıdan olmak üzere dört değişkenden oluşturulmuştur. Bu modelde girdi değişkeni olarak toplam yatak sayısı seçilmiş, çıktı değişkeni olarak ise toplam yatan hasta sayısı, toplam ayaktan hasta sayısı ve toplam ameliyat sayısı seçilmiştir. Bu modellerin de hastanelerin kendine özgü örgütsel ve finansal yapılarından dolayı VZA'nın girdi yönelimli türleri seçilmiştir. Ardından bu iki modele, "Efficiency Measurement System (EMS) 1.3" paket program yazılımı aracılığıyla VZA uygulanmıştır. Yapılan analizde ilk olarak; 10 hastanenin afiliasyon uygulamasına geçmeden önceki yıla ait (2012), iki model aracılığıyla finansal ve örgütsel performanslar ortaya konulmuştur. Ardından uygulama sonraki ilk yıl olan 2013 yılına ait finansal ve örgütsel performanslar belirlenmiştir. Daha sonra iki yılın performansları karşılaştırılmış ve son olarak bütün hastanelerin kendi aralarında genel karşılaştırmaları yapılmıştır. Yani 2012 ve 2013 yılları baz alınarak afiliye hastanelerin finansal ve örgütsel açıdan performansları karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

3.7.2. Nitel Verilerin Analizi

Araştırma sürecinde afiliye kamu hastanelerinin yöneticileriyle görüşmeler yapmak için Türkiye'de farklı coğrafi bölgelerdeki 7 farklı ilde gidilmiştir. Bu 7 farklı ilde gönüllü 30 katılımcı ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşme formlarındaki açık uçlu sorulara verilen cevaplardan elde edilen veriler, NVIVO 12 Pro nitel veri analiz programı aracılığıyla içerik analizi yapılmıştır. Bu süreçte görüşmelerin ses kayıtlarının dökümleri yapıldıktan sonra bilgisayar ortamında programa aktarılmıştır. Veriler defalarca okunduktan sonra değerlendirilmiş ve her bir kelime ile cümleden çıkabilecek kodlar oluşturulmuştur. Böylece nitel özellikteki veriler çözümlenmiştir. Analiz sonucunda ana temalar ve alt temalar belirlenmiştir. Daha sonra ise ortaya çıkan bulgular yorumlanarak rapor haline getirilmiştir.

Katılımcılara ait tanıtıcı özelliklere ilişkin sürekli değişkenlerin (yaş, mesleki tecrübe, yöneticilik tecrübesi, afili hastanedeki çalışma süresi, afili hastanedeki yöneticilik tecrübesi) normal dağılıma uygunluğu SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) veri analiz programında incelenmiştir. Yapılan normallik testi sonuçlarında Kolmogorov-Smirnov değerleri dikkate alınmıştır. Bu testin ilgili değerlerine bakıldığında; katılımcılara ait yaş, mesleki tecrübe, afili kurumdaki

Çalışma süresi ve yöneticilik tecrbesi değişkenlerinin normal dağıldığı tespit edilmiştir. Bu yüzden, bu dört değişkene ilişkin tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma ile gösterilmiştir. Değişkenler arasındaki afiliye hastanedeki yöneticilik tecrbesi değişkeninin ise normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Bu değişkene ait tanımlayıcı istatistikler ise ortanca minimum-maximum değerleriyle gösterilmiştir. Katılımcıların görüşme formlarındaki bilgilerinde yer alan kategorik değişkenlerin (cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, çalışılan kurum, kurum görevi, mesleki unvan) gösteriminde ise sayı ve yüzde kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için gerekli olan etik onay, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 10 Ekim 2018 tarihli 672 sayılı toplantıdaki karar ile alınmıştır. Araştırmadaki tüm prosedürler bilimsel etik ilkelere uygun olarak uygulanmıştır. Görüşmeler, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen katılımcılar ile gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye başlamadan önce katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve katılımcıların araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onamları alınmıştır. Görüşme sırasında katılımcıların kimlikleri gizlenmiş ve araştırma bulgularında ise isimleri kullanılmamıştır. Görüşmelerden yapılan alıntılar, araştırmacı tarafından belirlenen kodlarla (No:1, E; No:2, K; No:3, ... vb.) aktarılmıştır. Ayrıca hastanelerinin adlarının gizli tutulması için hastanelere kodlar (A, B, C, ... vb.) verilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamında öncelikle, Sağlık Bakanlığı'ndan 26 afiliye hastanesinin 2012-2019 yılları arasındaki finansal ve örgütsel verileri talep edilmiştir. Fakat Sağlık Bakanlığı, 10 hastanesinin 2012 ve 2013 yıllarına ait verilerini vermiştir. Bu nedenle hastanelerin sadece afiliasyon sonrası ilk yıla ait performansı değerlendirebilmiştir. Ayrıca, veri talebi sürecinde hastanelerin örgütsel performansını yansıtmak amacıyla hastanelerin insan gücüne ait veriler (hekim sayısı, hemşire sayısı vb.) istenmiş ancak bu veriler Sağlık Bakanlığından temin edilememiştir. Bu nedenle araştırmada örgütsel performansı girdi değişkeni açısından temsil edecek en yakın değişken olan yatak sayısı kullanılmıştır.

Araştırmanın ikinci sınırlılığı olarak, afiliasyon uygulamasına geçen kamu hastanelerin bulunduğu 21 şehir arasında 7 şehre gidilebilmiştir. Bu farklı şehirlerde görüşme yapılan hastaneler ile SB'dan verileri temin edilen 10 hastanenin aynı hastaneler olup olmadığı veri gizliliği dolayısıyla bilinmemektedir. Araştırmanın maddi herhangi bir desteği olmaması ve zaman açısından kısıtlı olması nedeniyle araştırma sonuçları diğer afiliye hastaneleri kapsamamaktadır. Yapılan görüşmeler ise sadece görüşme yapılan yere ait genel değerlendirmeler olarak ele alınmıştır. Sonuç olarak, araştırmadan elde edilecek olan sonuçlar; afiliye olmuş on kamu hastanesinin, 2012 ve 2013 yıllarına ait finansal ve örgütsel verileri ile 7 farklı afiliye hastanedeki 30 gönüllü katılımcıyla yapılan görüşmelerden elde edilen veriler ile sınırlıdır. Bu yüzden araştırmanın sonuçları tüm afiliye olan hastaneler için genellenemez. Ayrıca hastanelerin isimleri, gizliliği sağlamak için Sağlık Bakanlığı tarafından kodlanarak verilmiştir. Bu nedenle araştırmanın nicel bölümünde yer alan hastaneler ile nitel bölümünde yer alan hastaneler aynı hastaneler olup olmadığı bilinmemektedir. Ancak bu sınırlılığı en aza indirebilmek için hem nicel hem de nitel bölümde yer alan hastaneler, 7 farklı coğrafi bölgelerde bulunan hastaneler arasından seçilmiştir.

Son olarak araştırmada ele alınan 2012 ve 2013 yılında Sağlık Bakanlığı'nın örgütsel yapısında bir takım değişimler olmuştur. Bu değişimlerden bir tanesi hastane yöneticilerin verimlilik puanlarına göre görevlerine devam etme durumudur. Bu yeni yapıda hastane yöneticileri görevlerine devam edebilmek için performanslarını yüksek tutmak durumunda kalmışlardır. Bu nedenle afiliasyon sonrası performans değişikliği sadece afiliasyondan değilde bu yeni örgütsel yapının değişiminden kaynaklanabilir. Buna benzer olarak 2013 yılında SUT'ta işlem fiyatına zam yapılmıştır. Afiliasyon sonrası hastanelerin gelirlerindeki artışın nedenlerden biri SUT'ta meydana gelen değişimlerden kaynaklanabilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sürecinde yapılan analizlerin sonuçlarına göre elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Birinci bölümde, araştırma için temin edilen nicel verilere VZA'nın uygulanmasıyla ortaya çıkan bulgulara yer verilmiştir. İkinci bölümde ise araştırma sürecinde gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen nitel verilerin içerik analizi sonucunda ortaya çıkan bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Nicel Verilerin Analiz Bulguları

Araştırmada kullanılan on kamu hastanesine ait finansal ve örgütsel performansa ait girdi ve çıktı değişkenleri Tablo 4.1 ve Tablo 4.2'de gösterilmiştir. Afiliye olan on hastaneden sadece 2 (D ve I hastanesi) hastane hariç diğer hastanelerin yatak sayısı afilyasyondan sonra değişmemiştir. D hastanesinin yatak sayısı afilyasyon öncesinde 366 iken afilyasyon sonrası bu sayı artarak 431'e ulaşmıştır. Bu durumun tam aksine I hastanesinin afilyasyon öncesi 677 olan yatak sayısı, afilyasyon sonrasında azalarak 484 olmuştur. Afilyasyon sonrasında yatak sayısı değişmeyen hastanelerden en fazla yatak sayısına sahip olan hastane 1110 yatak sayısı ile A hastanesi iken en az yatak sayısına sahip olan hastanesinin ise 273 yatak sayısı ile E hastanesi'dir.

Tablo 4.1. Hastanelerin 2012 ve 2013 yıllarındaki finansal performanslarının girdi ve çıktı değişkenlerine ait değerleri.

FİNANSAL PERFORMANS						
Hastaneler	Girdi Değişkenleri				Çıktı Değişkeni	
	Toplam Sabit Giderler		Toplam Değişken Giderler		Toplam Gelir	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
A Hastanesi	123.716.082,2	139.455.751,4	53.101.957,6	55.518.296,94	183.772.933,6	192.454.883,8
B Hastanesi	39.243.869,48	39.646.971,54	18.679.355,46	18.679.355,46	59.336.286,68	68.461.350,61
C Hastanesi	64.669.158,97	67.501.871,07	30.507.019,45	30.507.019,45	98.239.498,97	128.028.115,2
D Hastanesi	53.833.710,07	61.947.666,31	22.807.633,6	30.060.272,14	78.100.324,09	86.454.042,41
E Hastanesi	11.975.021,01	23.509.083,67	5.114.953,35	9.716.379,51	16.538.737,73	28.312.666,06
F Hastanesi	36.929.904,64	39.267.112,19	10.650.812,48	10.588.501,84	58.370.774,16	57.505.245,55
G Hastanesi	27.629.002,43	43.262.336,79	10.742.805	11.638.902,8	42.958.300,44	92.788.626,52
H Hastanesi	96.451.554,75	101.630.883,7	34.696.121,25	40.355.827,36	131.565.978,2	150.157.387,3
I Hastanesi	114.367.249,4	131.543.570,4	53.054.352,61	61.260.441,58	141.449.796,5	179.644.969,6
J Hastanesi	33.440.453,81	36.532.377,01	11.197.825,52	81.170.656,34	47.731.079,54	48.455.959,84

Tablo 4.2. Hastanelerin 2012 ve 2013 yıllarındaki örgütsel performanslarının girdi ve çıktı değişkenlerine ait değerleri.

ÖRGÜTSEL PERFORMANS								
Hastaneler	Girdi Değişkeni		Çıktı Değişkenleri					
	Toplam Yatak Sayısı		Yatan Hasta Sayısı		Ayaktan Hasta Sayısı		Ameliyat Sayısı	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
A Hastanesi	1.110	1.110	55.790	56.244	1.523.064	1.584.123	122.421	85.932
B Hastanesi	501	501	23.944	24.743	649.735	704.399	34.350	41.327
C Hastanesi	600	600	30.908	39.539	879.123	1.270.599	78.602	90.018
D Hastanesi	366	431	37.853	37.365	814.405	857.017	41.372	55.614
E Hastanesi	273	273	8.998	18.216	269.182	520.771	9.044	16.279
F Hastanesi	338	338	29.012	27.217	949.572	979.825	18.132	19.304
G Hastanesi	423	423	20.034	30.042	640.878	861.427	9.760	13.390
H Hastanesi	682	682	43.784	42.814	1.284.320	1.581.310	24.229	24.144
I Hastanesi	677	484	30.638	32.201	1.224.027	1.240.057	41.622	41.791
J Hastanesi	426	426	22.674	20.036	781.105	792.377	13.022	10.280

Afiliye olan hastaneler toplam sabit gider değişkeni açısından değerlendirildiğinde; hem afiliasyon öncesi hem de afiliasyon sonrasında en fazla toplam sabit gidere sahip olan hastanenin A hastanesi, afiliasyon öncesinde ve afiliasyon sonrasında en az toplam sabit gidere sahip olan hastanenin E hastanesi olduğu görülmüştür (Tablo 4.1).

Afiliye olan hastaneler toplam değişken gider değişkeni açısından değerlendirildiğinde afiliasyon öncesi durum ile benzerlik göstermektedir. Afiliasyon öncesinde en fazla toplam değişken gidere sahip olan hastanenin A hastanesi, en az toplam değişken gidere sahip olan hastanenin ise E hastanesi'nin olduğu görölmüştür. Afiliasyon sonrasında ise en fazla toplam değişken gidere sahip olan hastanenin J hastanesi, en az toplam değişken gidere sahip olan hastanenin ise E hastanesi olduğu görölmüştür (Tablo 4.1).

Hastaneler, ürettikleri sağlık hizmeti açısından değerlendirildiğinde; hem afiliasyon öncesi hem de afiliasyon sonrası ayaktan hasta sayısı ve yatan hasta sayısı bakımından A hastanesi'nin en yüksek hizmet sayılarına sahip olduğu belirlenmiştir. A hastanesi afiliasyon öncesinde; 1523064 ayaktan hastaya, 55790 yatan hastaya hizmet vermiştir. Aynı hastane afiliasyon sonrasında ise 1584123 ayaktan hastaya, 56244 yatan hastaya hizmet sunumu gerçekleştirmiştir. E hastanesi'nin ise hem afiliasyon öncesi hem de afiliasyon sonrasında ayaktan ve yatan hasta sayısı bakımından en düşük hizmet sayılarına sahip olduğu belirlenmiştir. E hastanesi afiliasyon öncesi, 269182 ayaktan hastaya, 8998 yatan hastaya, afiliasyon sonrasında ise 520771 ayaktan hastaya ve 18216 yatan hastaya hizmet vermiştir. Ameliyat sayısı bakımından ise afiliasyon öncesi en fazla ameliyat gerçekleştiren hastanenin 122.421 ameliyat sayısı ile A hastanesi, en az ameliyat gerçekleştiren hastanenin 9044 ameliyat sayısı ile E hastanesi iken afiliasyon sonrasında en fazla ameliyat gerçekleştiren hastanenin 90018 ameliyat sayısı ile C hastanesi, en az ameliyat gerçekleştiren hastanenin 10280 ameliyat sayısı ile J hastanesi olduğu görölmüştür (Tablo 4.2).

Hastaneler ürettikleri sağlık hizmetleri için elde ettikleri gelir bakımında incelendiğinde ise; afiliasyon öncesi en fazla gelir elde eden hastanenin A hastanesi olduğu, en az gelir elde eden hastanenin ise E hastanesinin olduğu belirlenmiştir. Afiliasyon sonrasında ise en fazla gelir elden hastane yine A hastanesi iken en az gelir elde eden hastane E hastanesi'dir (Tablo 4.1).

Hastanelerde afiliasyon uygulamasına geçilmeden önceki yıl olan 2012 ile afiliasyon uygulamasına geçildikten sonraki ilk yıl olan 2013 yılları baz alınarak VZA analizi yapılmıştır. Nicel verilerin analizlerinde girdi yönelimli hem CCR hem de BCC VZA modeli kullanılmıştır. Önce hastanelerin birleşmeden önceki finansal performansı (1. Model) ve örgütsel performansı (2. Model) değerlendirilmiş

sonrasında ise hastanelerin birleşmeden sonraki yıla ait finansal ve örgütsel performansları değerlendirilmiştir. Son olarak, birleşmeden önceki ve sonraki yıllara ait hastanelerin performansları karşılaştırılmıştır.

4.1.1. Hastanelerin Birleşmeden Önceki Yıla Ait Performansları

Birleşmeden önce hastanelerin finansal ve örgütsel performanslarının değerlendirilmesi için girdi yönelimli hem CCR hem de BCC VZA modeli uygulanmıştır.

Girdi Yönelimli CCR VZA 1. Model Sonuçları

Hastanelerin afiliasyon uygulamasına geçmeden önceki 2012 yılına ait finansal etkililiğini ortaya koymak için yapılan girdi yönelimli CCR VZA sonuçları Tablo 4.3’de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. 1. modele göre 2012 yılı girdi yönelimli CCR VZA potansiyel iyileştirme sonuçları (%).

Afiliye Hastaneler	GİRDİLER			ÇIKTILAR
	Skor	Toplam Sabit Giderler (+.-)	Toplam Değişken Giderler (+.-)	Toplam Gelir (+.-)
A	0.9398	-6.02	-36.85	0
B	0.9566	-4.34	-42.04	0
C	0.9611	-3.89	-41.24	0
D	0.9179	-8.21	-37.52	0
E	0.8738	-12.62	-41	0
F	1	0	0	0
G	0.9837	-1.63	-27.03	0
H	0.863	-13.7	-30.81	0
I	0.7825	-21.75	-51.35	0
J	0.9031	-9.69	-22.22	0

1. modelde girdi yönelimli CCR VZA sonuçlarına göre hastanelerin 2012 yılındaki finansal performansı değerlendirildiğinde; analizi yapılan afiliye hastanelerden (F) hastanesi dışındaki diğer hastanelerin kullandıkları girdi kaynaklarını görece olarak finansal anlamda etkin ve verimli kullanmadıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.3). CCR VZA modelinde, tüm girdilerin etkin olması gerektiği

varsayımı göz önünde bulundurularak yapılan analiz sonucunda; F hastanesi dışındaki diğer dokuz hastanede kullanılan girdilerin çeşitli oranlarda azaltılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Yani hastaneler içerisinde girdilerinde herhangi bir azaltma ya da iyileştirme yapması gerekmeyen tek hastanenin F hastanesi olduğu görülmüştür. Girdiler açısından hastanelerin en fazla toplam değişken giderlerini azaltması gerektiği, en az ise toplam sabit giderlerini azaltması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Girdilerini azaltma noktasında, hastaneler içerisinde en fazla iyileştirme yapması gereken hastane I hastanesi iken en az iyileştirme yapması gereken hastane G hastanesi'dir.

Toplam değişken giderlerinde göreceli olarak en az azaltma yapması gereken hastanenin %22.22 oranıyla J hastanesi iken en fazla azaltma yapması gereken hastanenin ise %51.35 oranıyla I hastanesi olduğu görülmüştür. Geriye kalan diğer hastaneler incelendiğinde; B hastanesi'nin %42.04 oranında, C hastanesi'nin %41.24, E hastanesi'nin %41, D hastanesi'nin %37.52, A hastanesi'nin %36.85, H hastanesi'nin %30.81 ve G hastanesi'nin %27.03 oranlarında değişken giderlerinde azaltma yapımları gerektiği belirlenmiştir.

Toplam sabit giderlerinde göreceli olarak en az azaltma yapması gereken hastane %1,63 oranıyla G hastanesi iken en fazla azaltma yapması gereken hastanenin ise %21.75 oranıyla I hastanesi olduğu görülmüştür. Toplam sabit giderlerinde en az azaltma yapması gereken hastane ise %1.63 oranıyla G hastanesi'dir. Geriye kalan diğer hastaneler incelendiğinde; H hastanesi'nin %13.7 oranında, E hastanesi'nin %12.62, J hastanesi'nin %9.69, D hastanesi'nin %8.21, A hastanesi'nin %6.02, B hastanesi'nin %4.34 ve C hastanesi'nin ise %3.89 oranlarında sabit giderlerinde azaltma yapımları gerektiği tespit edilmiştir.

Girdi Yönelimli CCR VZA 2. Model Sonuçları

Hastanelerin afilyasyon uygulamasına geçmeden önceki 2012 yılına ait örgütsel etkililiğini ortaya koymak için yapılan girdi yönelimli CCR VZA sonuçları Tablo 4.4'de gösterilmiştir.

Tablo 4.4. 2. modele göre 2012 yılı girdi yönelimli CCR VZA potansiyel iyileştirme sonuçları (%).

Afiliye Hastaneler	GİRDİLER		ÇIKTILAR		
	Skor	Toplam Yatak Sayısı (+.-)	Yatan Hasta Sayısı	Ayaktan Hasta Sayısı	Ameliyat Sayısı
A	0.861662	-6.02	3.21	0	0
B	0.7183679	-4.34	42.07	18.96	0
C	1	-3.89	0	0	0
D	1	-8.21	0	0	0
E	0.5347729	-12.62	67.8	20.68	82.47
F	1	0	0	0	0
G	0.5642932	-1.63	6.73	0	62.14
H	1	-13.7	0	0	0
I	0.8431976	-21.75	89.3	3.03	50.09
J	0.8039507	-9.69	11	0	13.89

2. modelde girdi yönelimli CCR VZA sonuçlarına göre, hastanelerin 2012 yılındaki örgütsel performansı girdi kaynakları açısından değerlendirildiğinde; analizi yapılan afiliye hastanelerden A, B, E, G, I ve J hastanelerin kullandıkları girdi kaynaklarını görece olarak örgütsel anlamda etkin ve verimli kullanmadıkları tespit edilmiştir. Bu hastaneler dışındaki diğer dört hastanenin (C, D, F, H) ise girdi kaynaklarına görece olarak etkin ve verimli kullandıkları görülmüştür (Tablo 4.4). Yani hastaneler içerisinde girdilerinde herhangi bir iyileştirme yapması gerekmeyen hastanelerin C, D, F ve H hastanelerinin olduğu belirlenmiştir. CCR VZA modelinde, tüm girdilerin etkin olması gerektiği varsayımı göz önünde bulundurularak yapılan analiz sonucunda; altı hastanede (A, B, E, G, I, J) kullanılan girdilerin çeşitli oranlarda azaltılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Girdiler açısından görece olarak hastanelerin sahip oldukları atıl durumdaki toplam yatak sayılarını daha etkin kullanarak ya da varsa gereğinden fazla yatak sayılarını azaltarak iyileştirme yapmaları gerektiği belirlenmiştir. Girdilerinde değişiklik yapma noktasında hastaneler içerisinde görece olarak en az iyileştirme yapması gereken hastane A hastanesi iken en fazla iyileştirme yapması gereken hastane E hastanesi'dir. Toplam yatak sayısında en az iyileştirme yapması gereken hastanenin ise %13.83 oranıyla A hastanesi'nin olduğu görülmektedir. Toplam yatak sayısında en fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastane ise %46.52 oranıyla E hastanesi'dir. Geriye kalan diğer hastaneler incelendiğinde; G hastanesi'nin %43.57 oranında, B hastanesi'nin %28.16, J hastanesi'nin %19.61 ve I

hastanesi'nin %15.68 oranlarında yatak sayılarında iyileştirme yapmaları gerektiği saptanmıştır.

2. modelde girdi yönelimli CCR VZA sonuçlarına göre hastanelerin 2012 yılındaki örgütsel performansı çıktı sonuçları açısından değerlendirildiğinde; analizi yapılan afiliye hastanelerden A, B, E, G, I ve J hastanelerinin ürettikleri çıktı sonuçlarını görece olarak örgütsel anlamda etkin ve verimli bir şekilde oluşturmadıkları tespit edilmiştir. Bu hastaneler dışındaki diğer dört hastanenin (C, D, F, H) ise çıktı sonuçlarını görece olarak etkin ve verimli bir şekilde oluşturdukları görülmektedir (Tablo 4.4). Yani hastaneler içerisinde çıktıları herhangi bir iyileştirme yapması gerekli olmayan hastanelerin C, D, F ve H hastanelerinin olduğu görülmüştür. Ayrıca yapılan analiz sonucunda; altı hastanede (A, B, E, G, I, J) üretilen çıktıların çeşitli oranlarda artırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Çıktılar açısından görece olarak hastanelerin ürettikleri çıktı miktarlarını artırarak iyileştirme yapmaları gerektiği belirlenmiştir. Çıktılarında iyileştirme yapma noktasında hastaneler içerisinde en fazla iyileştirme yapması gereken hastane E hastanesi iken en az iyileştirme yapması gereken hastane ise A hastanesi'dir.

Yatan hasta sayısında görece olarak en az iyileştirme yapması gereken hastanenin ise %3.21 oranıyla A hastanesi iken en fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastane %89.3 oranıyla I hastanesi olduğu görülmüştür. Geriye kalan diğer hastaneler incelendiğinde; E hastanesi'nin %67.8 oranında, B hastanesi'nin %42.07, J hastanesi'nin %11 ve G hastanesi'nin %6.73 oranlarında yatan hasta sayılarında iyileştirme yapmaları gerektiği belirlenmiştir.

Ayaktan hasta sayısında görece olarak en az iyileştirme yapması gereken hastane ise %3.03 oranıyla I hastanesi iken en fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastanenin ise %20.68 oranıyla E hastanesi olduğu görülmüştür. Ayrıca, B hastanesi'nin %18.96 oranında ayaktan hasta sayısında iyileştirme yapması gerektiği görülmüştür.

Toplam ameliyat sayısında görece olarak en az iyileştirme yapması gereken hastane %13.89 oranıyla J hastanesi iken en fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastanenin ise %82.47 oranıyla E hastanesi olduğu görülmüştür. Ayrıca, G

hastanesi'nin %62.14 ve I hastanesi'nin %50.09 oranlarında toplam ameliyat sayısında iyileştirme yapmaları gerektiği tespit edilmiştir.

Girdi Yönelimli BCC VZA 1. Model Sonuçları

Hastanelerin afiliasyon uygulamasına geçmeden önceki 2012 yılına ait finansal etkililiğini ortaya koymak için yapılan girdi yönelimli BCC VZA sonuçları Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. 1. modele göre 2012 yılı girdi yönelimli BCC VZA potansiyel iyileştirme sonuçları (%).

Afiliye Hastaneler	GİRDİLER			ÇIKTILAR
	Skor	Toplam Sabit Giderler (+.-)	Toplam Değişken Giderler (+.-)	Toplam Gelir (+.-)
A	1	0	0	0
B	0.9581	-4.19	-41.23	0
C	0.9977	-0.23	-20.85	0
D	0.9396	-6.04	-24.02	0
E	1	0	0	0
F	1	0	0	0
G	1	0	0	0
H	1	0	0	0
I	0.8256	-17.44	-26.92	0
J	0.9131	-8.7	-8.7	0

1. modelde girdi yönelimli BCC VZA sonuçlarına göre hastanelerin 2012 yılındaki finansal performansı girdi kaynakları açısından değerlendirildiğinde; afiliasyon uygulamasına geçmeden önce B, C, D, I ve J hastanelerinin kullandıkları girdi kaynaklarını görece olarak finansal anlamda etkin ve verimli kullanmadıkları tespit edilmiştir. Bu durumun aksine diğer beş hastanenin ise (A, E, G, ve H) girdi kaynaklarını görece olarak finansal anlamda etkin ve verimli kullandıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Yani A, E, F, G ve H hastanelerinin girdilerinde herhangi bir azaltma ya da iyileştirme yapmasının gerekli olmadığı görülmüştür. BCC VZA modelinde; karar verme biriminin etkin sayılması için bütün girdileri arasında sadece birinin etkin olmasının yeterli olduğu varsayımı göz önünde bulundurularak yapılan analiz sonucunda; B, C, D, I ve J hastanelerinin kullandıkları girdi miktarlarını çeşitli oranlarda azaltılmaları gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Girdiler açısından hastanelerin

en fazla toplam değişken giderlerini azaltması gerektiği, en az ise toplam sabit giderlerini azaltması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Girdilerini azaltma noktasında hastaneler içerisinde en fazla iyileştirme yapması gereken hastane I hasanesi iken en az iyileştirme yapması gereken hastane C hastanesi'dir.

Toplam değişken giderlerinde göreceli olarak en az azaltma yapması gereken hastane %8.7 oranıyla J hastanesi iken en fazla azaltma yapması gereken hastanenin ise %41.23 oranıyla B hastanesi olduğu görülmüştür. Diğer hastaneler incelendiğindeyse; I hastanesi'nin %26.92 oranında, D hastanesi'nin %24.02 ve C hastanesi'nin %20.85 oranlarında değişken giderlerinde azaltma yapmaları gerektiği Tablo 4.5'te saptanmıştır.

Toplam sabit giderlerinde göreceli olarak en az azaltma yapması gereken hastane %0.23 oranıyla C hastanesi, en fazla azaltma yapması gereken hastane ise %17.44 oranıyla I hastanesi'dir. Diğer hastaneler incelendiğindeyse; J hastanesi'nin %8.7 oranında, D hastanesi'nin %6.04 ve B hastanesi'nin ise %4.19 oranında sabit giderlerinde azaltma yapmaları gerektiği tespit edilmiştir.

Girdi Yönelimli BCC VZA 2. Model Sonuçları

Hastanelerin afilyasyon uygulamasına geçmeden önceki 2012 yılına ait örgütsel etkililiğini ortaya koymak için yapılan girdi yönelimli BCC VZA sonuçları Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. 2. modele göre 2012 yılı girdi yönelimli BCC VZA potansiyel iyileştirme sonuçları (%).

Afiliye Hastaneler	GİRDİLER		ÇIKTILAR		
	Skor	Toplam Yatak Sayısı (+,-)	Yatan Hasta Sayısı	Ayaktan Hasta Sayısı	Ameliyat Sayısı
A	1	0	0	0	0
B	0.7185	-28.15	47.31	32.04	0
C	1	0	0	0	0
D	1	0	0	0	0
E	1	0	0	0	0
F	1	0	0	0	0
G	0.7301	-26.99	0	0	45.58
H	1	0	0	0	0
I	1	0	0	0	0
J	0.8272	-17.28	30.68	23.36	41.2

2. modelde girdi yönelimli BCC VZA sonuçlarına göre, hastanelerin 2012 yılındaki örgütsel etkinliği girdi kaynakları açısından değerlendirildiğinde; B, G ve J hastanelerinin kullandıkları girdi kaynaklarını görece olarak etkin ve verimli kullanmadıkları, girdilerini çeşitli oranlarda azaltmaları gerektiği tespit edilmiştir. Bu hastaneler dışındaki diğer yedi hastanenin (A, C, D, E, F, H, I) ise girdi kaynaklarına görece olarak etkin ve verimli kullandıkları, yani girdilerinde herhangi bir iyileştirme yapmaları gerekmediği görülmüştür (Tablo 4.6). Girdiler açısından görece olarak hastanelerin sahip oldukları atıl durumdaki toplam yatak sayılarını daha etkin kullanarak ya da varsa gereğinden fazla yatak sayılarını azaltarak iyileştirme yapmaları gerektiği belirlenmiştir. Girdilerinde iyileştirme yapma noktasında görece olarak hastaneler içerisinde en az %17.28 oranla iyileştirme yapması gereken hastane J hastanesi iken en fazla %28.15 oranla iyileştirme yapması gereken hastane B hastanesi'dir. G hastanesi'nin ise yatak sayısında %26.99 oranında iyileştirme yapması gerektiği saptanmıştır.

2. modelde girdi yönelimli BCC VZA sonuçlarına göre hastanelerin 2012 yılındaki örgütsel performansı çıktı sonuçları açısından değerlendirildiğinde; B, G ve J hastanelerinin ürettikleri çıktı sonuçlarını görece olarak etkin ve verimli bir şekilde oluşturmadıkları, çeşitli oranlarda artırması gerektiği tespit edilmiştir. Bu hastaneler dışındaki diğer yedi hastanenin (A, C, D, E, F, H, I) ise çıktı sonuçlarını görece olarak etkin ve verimli bir şekilde oluşturdukları, çıktılarında herhangi bir iyileştirme yapmalarının gerekli olmadığı görülmüştür (Tablo 4.6). Çıktılar açısından incelendiğinde; en az oranda artırılması gereken çıktının toplam ayakta hasta sayısının, en fazla artırılması gereken çıktının ise toplam ameliyat sayısı olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Çıktılarında iyileştirme yapma noktasında görece olarak en az iyileştirme yapması gereken hastane J hastanesi iken hastaneler içerisinde en fazla iyileştirme yapması gereken hastanenin ise B hastanesi olduğu görülmüştür.

Tablo 4.6'daki bulgulara göre,yatan hasta sayısında en fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastane %47.31 oranıyla B hastanesi'dir. Yatan hasta sayısında en az iyileştirme yapması gereken hastanenin ise %30.68 oranıyla J hastanesi'nin olduğu görülmektedir. Ayaktan hasta sayısında görece olarak en az iyileştirme yapması gereken hastane ise %23.36 oranıyla J hastanesi'dir. Ayaktan hasta sayısında en fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastane %32.04 oranıyla B hastanesi'dir. Toplam

ameliyat sayısındagörelili olarak en az iyileştirme yapması gereken hastanenin ise %41.2 oranıyla J hastanesi'sinin olduğu belirlenmiştir. Toplam ameliyat sayısında en fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastane %45.58 oranıyla G hastanesi'dir.

4.1.2. Hastanelerin Birleşmeden Sonraki Yıla Ait Performansları

2013 yılında afiliasyon uygulamasına geçen on kamu hastanesinde, uygulamanın ilk etkileri aynı yıl içerisinde ortaya çıkmıştır (123). Bu bölümde, hastanelerin birleşmeden sonraki finansal ve örgütsel performanslarının değerlendirilmesi için yapılan girdi yönelimli CCR ve BCC VZA sonuçları gösterilmiştir.

Girdi Yönelimli CCR VZA 1. Model Sonuçları

Hastanelerin afiliasyon uygulamasına geçtikten sonraki 2013 yılına ait finansal etkililiğini ortaya koymak için yapılan girdi yönelimli CCR VZA sonuçları Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. 1. modele göre 2013 yılı girdi yönelimli CCR VZA potansiyel iyileştirme sonuçları (%).

Afiliye Hastaneler	GİRDİLER			ÇIKTILAR
	Skor	Toplam Sabit Giderler (+,-)	Toplam Değişken Giderler (+,-)	Toplam Gelir (+,-)
A	0.6434	-35.66	-56.52	0
B	0.8051	-19.49	-54.03	0
C	0.8843	-11.57	-47.36	0
D	0.6506	-34.93	-63.92	0
E	0.5615	-43.85	-63.45	0
F	0.6828	-43.85	-31.88	0
G	1	0	0	0
H	0.6888	-31.11	-53.33	0
I	0.6367	-36.33	-63.22	0
J	0.6184	-38.16	-39.29	0

1. modelde girdi yönelimli CCR VZA sonuçlarına göre hastanelerin 2013 yılındaki finansal performansı girdi kaynakları açısından değerlendirildiğinde; G hastanesi dışındaki diğer hastanelerin kullandıkları girdi kaynaklarını görelili olarak

finansal anlamda etkin ve verimli kullanmadıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.7). CCR VZA modelinde tüm girdilerin etkin olması gerektiği varsayımı göz önünde bulundurularak yapılan analiz sonucunda; G hastanesi dışındaki diğer dokuz hastanede kullanılan girdilerin çeşitli oranlarda azaltılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Yani hastaneler içerisinde girdilerinde herhangi bir azaltma ya da iyileştirme yapması gerekmeyen tek hastanenin G hastanesi olduğu görülmektedir. Girdiler açısından hastanelerin en fazla toplam değişken giderlerini azaltması gerektiği, en az ise toplam sabit giderlerini azaltması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Girdilerini azaltma noktasında hastaneler içerisinde en fazla iyileştirme yapması gereken hastane E hastanesi iken en az iyileştirme yapması gereken hastane ise C hastanesi'dir.

Toplam değişken giderlerinde görece olarak en az azaltma yapması gereken hastanenin %31.88 oranıyla F hastanesi iken en fazla azaltma yapması gereken hastane ise %63.92 oranıyla D hastanesi'dir. Geriye kalan diğer hastaneler incelendiğinde; E hastanesi'nin %63.45 oranında, I hastanesi'nin %63.22, A hastanesi'nin %56.52, B hastanesi'nin %54.03, H hastanesi'nin %63.33, C hastanesi'nin %47.36 ve J hastanesi'nin %39.29 oranlarında değişken giderlerinde azaltma yapmaları gerektiği belirlenmiştir.

Toplam sabit giderlerinde görece olarak en az azaltma yapması gereken hastane %11.57 oranıyla C hastanesi, en fazla azaltma yapması gereken hastanenin ise %43.85 oranıyla E hastanesi olduğu görülmüştür. Geriye kalan diğer hastaneler incelendiğinde; J hastanesi'nin %38.16 oranında, I hastanesi'nin %36.33, A hastanesi'nin %35.66, D hastanesi'nin %34.93, F hastanesi'nin %31.72, H hastanesi'nin %31.11 ve B hastanesi'nin ise %19.49 oranlarında sabit giderlerinde azaltma yapmaları gerektiği tespit edilmiştir.

Girdi Yönelimli CCR VZA 2. Model Sonuçları

Hastanelerin afilyasyon uygulamasına geçtikten sonraki 2013 yılına ait örgütsel etkililiğini ortaya koymak için yapılan girdi yönelimli CCR VZA sonuçları Tablo 4.8'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. 2. modele göre 2013 yılı girdi yönelimli CCR VZA potansiyel iyileştirme sonuçları (%).

Afiliye Hastaneler	GİRDİLER		ÇIKTILAR		
	Skor	Toplam Yatak Sayısı (+.-)	Yatan Hasta Sayısı	Ayaktan Hasta Sayısı	Ameliyat Sayısı
A	0.6895	-31.05	0	0.04	26.8
B	0.6967	-30.32	0	18.13	0
C	1	0	0	0	0
D	1	0	0	0	0
E	0.7951	-20.48	0	0	28.83
F	1	0	0	0	0
G	0.8467	-15.32	0	0	157.16
H	1	0	0	0	0
I	1	0	0	0	0
J	1	-38.16	-39.29	0	0

2. modelde girdi yönelimli CCR VZA sonuçlarına göre, hastanelerin 2013 yılındaki örgütsel performansı girdi kaynakları açısından değerlendirildiğinde; afiliasyon uygulamasına geçtikten sonra A, B, E, G ve J hastanelerinin kullandıkları girdi kaynaklarını görece olarak örgütsel anlamda etkin ve verimli kullanmadıkları tespit edilmiştir. Bu hastaneler dışındaki diğer beş hastanenin (C, D, F, H, I) ise girdi kaynaklarını görece olarak etkin ve verimli kullandıkları görülmektedir (Tablo 4.8). Yani hastaneler içerisinde girdilerinde herhangi bir iyileştirme yapması gerekmeyen hastanelerin C, D, F, H ve I hastanelerinin olduğu belirlenmiştir.

CCR VZA modelinde KVB'lere ait tüm girdilerin etkin olması gerektiği varsayımı göz önünde bulundurularak yapılan analiz sonucunda; beş hastanede (A, B, E, G, J) kullanılan girdilerin çeşitli oranlarda azaltılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Girdiler açısından görece olarak hastanelerin sahip oldukları atıl durumdaki toplam yatak sayılarını daha etkin kullanarak ya da varsa gereğinden fazla yatak sayılarını azaltarak iyileştirme yapmaları gerektiği belirlenmiştir. Hastanelerin kullandıkları girdiler incelendiğinde; görece olarak en az iyileştirme yapması gereken hastanenin G hastanesi, bu konuda en fazla iyileştirme yapması gereken hastanenin ise A hastanesi olduğu belirlenmiştir.

Toplam yatak sayısında en az iyileştirme yapması gereken hastanenin ise %15.32 oranıyla G hastanesi'nin olduğu belirlenmiştir. Toplam yatak sayısında en

fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastane %31.05 oranına A hastanesi'dir. Diğer hastanelere bakıldığında; B hastanesi'nin %30.32 oranında, J hastanesi'nin %26.07 ve E hastanesi'nin %20.48 oranlarında yatak sayılarında iyileştirme yapmaları gerektiği saptanmıştır.

2. modelde girdi yönelimli CCR VZA sonuçlarına göre hastanelerin 2013 yılındaki örgütsel performansı çıktı sonuçları açısından değerlendirildiğinde; A, B, E, G ve J hastanelerinin ürettikleri çıktı miktarlarını görece olarak örgütsel anlamda etkin ve verimli bir şekilde oluşturmadıkları tespit edilmiştir. Bu hastaneler dışındaki diğer beş hastanenin (C, D, F, H, I) ise çıktı sonuçlarını görece olarak etkin ve verimli bir şekilde oluşturdukları görülmektedir (Tablo 4.8). Yani çıktılarında herhangi bir iyileştirme yapması gerekli olmayan hastanelerin C, D, F, H ve I hastanelerinin olduğu görülmüştür. CCR VZA modelinde, tüm girdilerin etkin olması gerektiği varsayımı altında, bu modelde tek bir girdinin olduğu göz önünde bulundurularak yapılan analiz sonucunda; beş hastanede (A, B, E, G, J) üretilen çıktıların çeşitli oranlarda artırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu noktada, çıktılar açısından görece olarak hastanelerin ürettikleri çıktı miktarlarını artırarak iyileştirme yapmaları gerektiği görülmüştür. Hastaneler içerisinde çıktı miktarında görece olarak en az iyileştirme yapması gereken hastane G hastanesi iken en fazla iyileştirme yapması gereken hastane A hastanesi'dir.

Afiliasyon uygulamasın geçtikten sonra hastaneler içerisinde yatan hasta sayısında iyileştirme yapması gereken tek hastanenin %8.16 oranıyla J hastanesi'nin olduğu tespit edilmiştir. Ayaktan hasta sayısında iyileştirme yapması gereken iki hastanenin olduğu ve bu hastanelerin A ve B hastaneleri'nin olduğu görülmüştür. B hastanesinin ayaktan hasta sayısında %18.13 oranında bir iyileştirme yapması gerekirken A hastanesi'nin ise %0.04 oranında bir iyileştirme yapması gerektiği belirlenmiştir.

Toplam ameliyat sayısında en az iyileştirme yapması gereken hastane ise %26.8 oranıyla A hastanesi'dir Toplam ameliyat sayısında en fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastane %157.16 oranıyla G hastanesi'dir.. Ayrıca, J hastanesi'nin %31.08 ve E hastanesi'nin %28.83 oranlarında toplam ameliyat sayılarında iyileştirme yapmaları gerektiği tespit edilmiştir.

Girdi Yönelimli BCC VZA 1. Model Sonuçları

Hastanelerin afiliasyon uygulamasına geçtikten sonraki 2013 yılına ait finansal etkililiğini ortaya koymak için yapılan girdi yönelimli BCC VZA sonuçları Tablo 4.9’da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. 1. modele göre 2013 yılı girdi yönelimli BCC VZA potansiyel iyileştirme sonuçları (%).

Afiliye Hastaneler	GİRDİLER			ÇIKTILAR
	Skor	Toplam Sabit Giderler (+.-)	Toplam Değişken Giderler (+.-)	Toplam Gelir (+.-)
A	1	-35.66	0	0
B	0.9032	-9.68	-41.57	0
C	1	0	0	0
D	0.667	-33.29	-61.91	0.01
E	1	0	0	0
F	0.9768	-3.47	-2.31	0
G	1	0	0	0
H	0.9403	-5.97	-5.97	-0.01
I	0.9513	-4.86	-17.49	0
J	1	0	0	0

1. modelde girdi yönelimli BCC VZA sonuçlarına göre, hastanelerin 2013 yılındaki finansal performansı girdi kaynakları açısından değerlendirildiğinde; afiliasyon uygulamasına geçtikten sonra B, D, F, H ve I hastanelerinin kullandıkları girdi kaynaklarını görece olarak finansal anlamda etkin ve verimli kullanmadıkları tespit edilmiştir. Bu durumun aksine diğer beş hastanenin ise (A, C, E, G, J) girdi kaynaklarını görece olarak finansal anlamda etkin ve verimli kullandıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.9). Yani girdilerinde herhangi bir azaltma veya iyileştirme yapması gerekli olmayan hastanelerin A, C, E, G ve J hastaneleri olduğu görülmüştür. BCC VZA modelinde; KVB’lerin etkin sayılması için bütün girdileri arasında sadece birinin etkin olmasının yeterli olduğu varsayımı göz önünde bulundurularak yapılan analiz sonucunda; B, D, F, H ve I hastanelerinin kullandıkları girdi miktarlarını çeşitli oranlarda azaltılmaları gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Girdiler açısından F ve H hastaneleri haricindeki diğer hastanelerin en fazla toplam değişken giderlerini azaltması gerektiği, en az ise toplam sabit giderlerini azaltması gerektiği belirlenmiştir. F hastanesi’nin, toplam sabit giderlerini değişken giderlerine oranla daha fazla

azaltması gerektiği, H hastanesi'nin ise sabit ve değişken giderlerini aynı oranda azaltması gerektiği belirlenmiştir. Girdilerini azaltma noktasında hastaneler içerisinde en fazla iyileştirme yapması gereken hastane D hastanesi iken en az iyileştirme yapması gereken hastane F hastanesi'dir.

Toplam değişken giderlerinde göreceli olarak en az azaltma yapması gereken hastanenin ise %2.31 oranıyla F hastanesi'dir. Toplam değişken giderlerinde göreceli olarak en fazla azaltma yapması gereken hastane %61.91 oranıyla D hastanesi'dir. Diğer hastanelere bakıldığında ise; B hastanesi'nin %41.57 oranında, I hastanesi'nin %17.49 ve H hastanesi'nin %5.97 oranlarında değişken giderlerinde azaltma yapımları gerektiği tespit edilmiştir. Toplam sabit giderlerinde en az azaltma yapması gereken hastane ise %3.47 oranıyla F hastanesi'dir. Toplam sabit giderlerinde en fazla azaltma yapması gereken hastane %33.29 oranıyla D hastanesi'dir. Diğer hastaneler incelendiğinde ise; B hastanesi'nin %9.68 oranında, H hastanesi'nin %5.97 ve I hastanesi'nin ise %4.86 oranlarında sabit giderlerinde azaltma yapımları gerektiği belirlenmiştir.

Girdi Yönelimli BCC VZA 2. Model Sonuçları

Hastanelerin afiliasyon uygulamasına geçtikten sonraki 2013 yılına ait örgütsel etkililiğini ortaya koymak için yapılan girdi yönelimli BCC VZA sonuçları Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. 2. modele göre 2013 yılı girdi yönelimli BCC VZA potansiyel iyileştirme sonuçları (%).

Afiliye Hastaneler	GİRDİLER		ÇIKTILAR		
	Skor	Toplam Yatak Sayısı (+.-)	Yatan Hasta Sayısı	Ayaktan Hasta Sayısı	Ameliyat Sayısı
A	1	0	0	0	0
B	0.7972	-20.27	33	33.22	0
C	1	0	0	0	0
D	1	0	0	0	0
E	1	0	0	0	0
F	1	0	0	0	0
G	0.8602	-13.97	0	9.78	119.66
H	1	0	0	0	0
I	1	0	0	0	0
J	0.8108	-18.91	37.52	25.3	88.8

2. modelde girdi yönelimli BCC VZA sonuçlarına göre hastanelerin 2013 yılındaki örgütsel performansı girdi kaynakları açısından değerlendirildiğinde; B, G ve J hastanelerinin kullandıkları girdi kaynaklarını görelî olarak örgütsel anlamda etkin ve verimli kullanmadıkları tespit edilmiştir. Bu hastaneler dışındaki diğer yedi hastanenin (A, C, D, E, F, H, I) ise girdi kaynaklarını görelî olarak etkin ve verimli kullandıkları görülmektedir (Tablo 4.10). Yani girdilerinde herhangi bir bir azaltma veya iyileştirme yapması gerekli olmayan hastanelerin A, C, D, E, F, H ve I hastanelerinin olduğu görülmüştür.

BCC VZA modelinde; KVB'nin etkin olması için bütün girdiler arasında sadece birinin etkin olmasının yeterli olduğu varsayımı göz önünde bulundurularak yapılan analiz sonucunda; üç hastanede (B, G, J) kullanılan girdilerin çeşitli oranlarda azaltılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Girdiler açısından görelî olarak hastanelerin sahip oldukları atıl durumdaki toplam yatak sayılarını daha etkin kullanarak ya da varsa gereğinden fazla yatak sayılarını azaltarak iyileştirme yapmaları gerektiği belirlenmiştir. Girdilerinde iyileştirme yapma noktasında, hastaneler içerisinde en az iyileştirme yapması gereken hastane G hastanesi iken görelî olarak en fazla iyileştirme yapması gereken hastane B hastanesi'dir.

Toplam yatak sayısında en az iyileştirme yapması gereken hastanenin ise %13.97 oranıyla G hastanesi'nin olduğu belirlenmiştir. Toplam yatak sayısında en fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastane ise %20.27 oranıyla B hastanesi'dir. J hastanesi'nin ise yatak sayısında %18.91 oranında iyileştirme yapması gerektiği tespit edilmiştir.

2. modelde girdi yönelimli BCC VZA sonuçlarına göre hastanelerin 2013 yılındaki örgütsel etkinliği çıktı sonuçları açısından değerlendirildiğinde; B, G ve J hastanelerinin ürettikleri çıktı miktarlarını görelî olarak örgütsel anlamda etkin ve verimli bir şekilde oluşturmadıkları tespit edilmiştir. Bu hastaneler dışındaki diğer yedi hastanenin (A, C, D, E, F, H, I) ise çıktı miktarlarını görelî olarak etkin ve verimli bir şekilde oluşturdukları görülmüştür (Tablo 4.10). Yani çıktılarında herhangi bir iyileştirme yapması gerekli olmayan hastanelerin A, C, D, E, F, H, I hastaneleri olduğu görülmüştür. BCC VZA modelinde KVB'nin etkin olması için bütün girdiler arasında sadece birinin etkin olmasının yeterli olduğu varsayımı göz önünde bulundurularak yapılan analiz sonucunda; üç hastanede (B, G, J) üretilen çıktıların çeşitli oranlarda

artırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Çıktılar açısından incelendiğinde; en fazla artırılması gereken çıktının toplam ameliyat sayısı ve en az oranda artırılması gereken çıktının toplam ayaktan hasta sayısının olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda üç hastanenin (B, G, J) ürettikleri çıktı miktarlarını artırarak iyileştirme yapmaları gerektiği görülmüştür. Çıktılarında iyileştirme yapma noktasında hastaneler içerisinde görece olarak en az iyileştirme yapması gereken hastane G hastanesi iken en fazla iyileştirme yapması gereken hastane ise B hastanesi'dir.

Tablo 4.10'daki bulgulara göre, görece olarak yatan hasta sayısında en az iyileştirme yapması gereken hastanenin %33 oranıyla B hastanesi olduğu görülmüştür. Yatan hasta sayısında görece olarak en fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastane ise %37.52 oranıyla J hastanesi'dir. Ayaktan hasta sayısında en az iyileştirme yapması gereken hastane ise %9.78 oranıyla G hastanesi'dir. Görece olarak ayaktan hasta sayısında en fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastane, %33.22 oranıyla B hastanesi'dir. Ayrıca J hastanesi'nin ise ayaktan hasta sayısında %25.3 oranında bir iyileştirme yapması gerektiği belirlenmiştir. Toplam ameliyat sayısında en az iyileştirme yapması gereken hastane ise %88.8 oranıyla J hastanesi'dir. Toplam ameliyat sayısında görece olarak en fazla iyileştirmeyi yapması gereken hastane %119.66 oranıyla G hastanesi'dir.

4.1.3. Hastanelerin Birleşmeden Önceki ve Sonraki Yıllara Ait Performanslarının Karşılaştırılması

Bu bölümde, hastanelerin birleşmeden önceki ve sonraki yıllara ait finansal ve örgütsel performanslarının değerlendirilmesi için yapılan girdi yönelimli CCR ve BCC VZA sonuçları karşılaştırılmıştır.

Girdi Yönelimli CCR VZA 1. Model Sonuçlarının Karşılaştırılması

Hastanelerin afiliasyon uygulamasına geçmeden önceki ve geçtikten sonraki yıllara ait finansal etkililiğini ortaya koymak için yapılan girdi yönelimli CCR VZA sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. 1. modele göre 2012 ve 2013 yıllarına ait girdi yönelimli CCR VZA potansiyel iyileştirme sonuçlarının karşılaştırılması (%).

Afiliye Hastaneler	Skor		GİRDİLER				ÇIKTILAR	
			Toplam Sabit Giderler (+.-)		Toplam Değişken Giderler		Toplam Gelir	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
A	0.9398	0.6434	-6.02	-35.66	-36.85	-56.52	0	0
B	0.9566	0.8051	-4.34	-19.49	-42.04	-54.03	0	0
C	0.9611	0.8843	-3.89	-11.57	-41.24	-47.36	0	0
D	0.9179	0.6506	-8.21	-34.93	-37.52	-63.92	0	0
E	0.8738	0.5615	-12.62	-43.85	-41	-63.45	0	0
F	1	0.6828	0	-31.72	0	-31.88	0	0
G	0.9837	1	-1.63	0	-27.03	0	0	0
H	0.863	0.6888	-13.7	-31.11	-30.81	-53.33	0	0
I	0.7825	0.6367	-21.75	-36.33	-51.35	-63.22	0	0
J	0.9031	0.6184	-9.69	-38.16	-22.22	-39.29	0	0

Tablo 4.11’de, on kamu hastanesinin afiliye olmadan önceki yıl (2012) ile afiliye olduktan sonraki ilk yıla ait (2013) finansal performanslarının girdi yönelimli CCR VZA sonuçları gösterilmiştir. Her iki yılın göreceli olarak karşılaştırılması sonucunda; genel olarak hastanelerin toplam sabit ve değişken giderlerinde bir değişim görülmüştür. G hastanesi hariç diğer hastanelerin hem toplam sabit hem de toplam değişken giderlerinde artış olduğu belirlenmiştir. Hastaneler içerisinde 2012 yılında etkin olan F hastanesi, 2013 yılında etkin olmadığı bunun aksine 2012 yılında etkin olmayan G hastanesi 2013 yılında etkin olduğu tespit edilmiştir.

Girdi Yönelimli BCC VZA 1. Model Sonuçlarının Karşılaştırılması

Hastanelerin afiliasyon uygulamasına geçmeden önceki ve geçtikten sonraki yıllara ait finansal etkililiğini ortaya koymak için yapılan girdi yönelimli BCC VZA sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. 1. modele göre 2012 ve 2013 yıllarına ait girdi yönelimli BCC VZA potansiyel iyileştirme sonuçlarının karşılaştırılması (%).

Afiliye Hastaneler	Skor		GİRDİLER				ÇIKTILAR	
			Toplam Sabit Giderler (+.-)		Toplam Değişken Giderler		Toplam Gelir	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
A	1	1	0	0	0	0	0	0
B	0.9581	0.9032	-4.19	-9.68	-41.23	-41.57	0	0
C	0.9977	1	-0.23	0	-20.85	0	0	0
D	0.9396	0.667	-6.04	-33.29	-24.02	-61.91	0	0.01
E	1	1	0	0	0	0	0	0
F	1	0.9768	0	-3.47	0	-2.31	0	0
G	1	1	0	0	0	0	0	0
H	1	0.9403	0	-5.97	0	-5.97	0	-0.01
I	0.8256	0.9513	-17.44	-4.86	-26.92	-17.49	0	0
J	0.9131	1	-8.7	0	-8.7	0	0	0

Tablo 4.12’de, on kamu hastanesinin afiliye olmadan önceki yıl (2012) ile afiliye olduktan sonraki ilk yıla ait (2013) finansal performanslarının girdi yönelimli BCC VZA sonuçları gösterilmiştir. Her iki yılın göreceli olarak karşılaştırılması sonucunda; üç hastane dışındaki (A, E, G) diğer yedi hastanenin toplam sabit ve toplam değişken giderlerinde bir değişim görülmüştür. Bu değişime göre; bazı hastanelerin toplam sabit ve toplam değişken giderlerinde artış gerçekleştiği, bazı hastanelerin ise toplam sabit ve toplam değişken giderlerinde azalış gerçekleştiği belirlenmiştir. Hastaneler içerisinde, B, D, F ve H hastanelerinin toplam sabit ve toplam değişken giderlerinde artış olduğu; C, I ve J hastanelerinin ise her iki giderinde de azalış olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca A, E ve G hastanelerinin giderlerinde herhangi bir artış veya azalış olmadığı görülmüştür. Hastaneler içerisinde A, E ve G hastanelerinin her iki yılda da etkin oldukları görülmüştür. 2012 yılında etkin olan F ve H hastanelerinin 2013 yılında etkin olmadığı görülmüş, C ve J hastaneleri ise 2012 yılında etkin değil iken 2013 yılında finansal anlamda etkin duruma geldikleri belirlenmiştir. Diğer hastaneler arasında; B ve D hastaneleri’nin 2013 yılında bir önceki yıla göre etkin olmadığı, I hastanesi’nin ise 2012 yılına göre daha etkin bir duruma geldiği tespit edilmiştir. Hastaneler arasında etkinlik durumu en çok artan hastane I hastanesi iken etkinlik durumu en çok düşen hastanenin ise D hastanesi olduğu görülmüştür.

Girdi Yönelimli CCR VZA 2. Model Sonuçlarının Karşılaştırılması

Hastanelerin afiliasyon uygulamasına geçmeden önceki ve geçtikten sonraki yıllara ait örgütsel etkililiğini ortaya koymak için yapılan girdi yönelimli CCR VZA sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 4.13'te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. 2. modele göre 2012 ve 2013 yıllarına ait girdi yönelimli CCR VZA potansiyel iyileştirme sonuçlarının karşılaştırılması (%).

Afiliye Hastaneler	Skor		GİRDİLER		ÇIKTILAR					
			Toplam Yatak Sayısı (+,-)		Yatan Hasta Sayısı		Ayaktan Hasta Sayısı		Ameliyat Sayısı	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
A	0.861662	0.6895	-13.83	-31.05	3.21	0	0	0.04	0	26.8
B	0.7183679	0.6967	-28.16	-30.32	42.07	0	18.96	18.13	0	0
C	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
D	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
E	0.5347729	0.7951	-46.52	-20.48	67.8	0	20.68	0	82.47	28.83
F	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
G	0.5642932	0.8467	-43.57	-15.32	6.73	0	0	0	62.14	157.16
H	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
I	0.8431976	1	-15.68	0	89.3	0	3.03	0	50.09	0
J	0.8039507	0.7392	-19.61	-26.07	11	8.16	0	0	13.89	31.08

Tablo 4.13'te, on kamu hastanesinin afiliye olmadan önceki yıl (2012) ile afiliye olduktan sonraki ilk yıla ait (2013) örgütsel performanslarının girdi yönelimli CCR VZA sonuçları gösterilmiştir. Her iki yılın göreceli olarak karşılaştırılması sonucunda; bazı hastanelerin girdi ve çıktı miktarlarında bir değişim yaşandığı bazı hastanelerde ise bu anlamda herhangi bir değişim yaşanmadığı görülmüştür.

Hastaneler kullandıkları girdiler açısından değerlendirildiğinde; altı hastanenin toplam yatak sayısı kullanımında değişim yaşandığı, dört hastanenin (C, D, F, H) ise yatak sayısı kullanımında herhangi bir değişim yaşanmadığı belirlenmiştir. Bu değişime göre; bazı hastanelerin hasta yatağı kullanımında artış, bazı hastanelerin yatak kullanımında bir azalış olduğu, ayrıca C, D, F ve H hastaneleri'nin yatak sayısı kullanımında ise herhangi bir artış veya azalış olmadığı tespit edilmiştir. Hastaneler ürettikleri çıktılar açısından değerlendirildiğinde, altı hastanenin (A, B, E, G, I, J) çıktılarında bir değişim yaşandığı, diğer dört hastanenin çıktılarında ise herhangi bir değişim yaşanmadığı belirlenmiştir. Bu değişime göre; altı hastanenin yatan hasta

sayısında bir artış olduğu, diğer dört hastanede ise herhangi bir artış veya azalış olmadığı görülmüştür. B, E ve I hastaneleri'nin ayaktan hasta sayısında bir artış gerçekleştiği, A hastanesi'nde bunun aksine bir azalış gerçekleştiği, ayrıca diğer altı hastanenin ayaktan hasta sayısında ise herhangi bir artış veya azalış gerçekleşmediği tespit edilmiştir. A, G ve J hastanelerinin ameliyat sayılarında bir azalış gerçekleştiği, E ve I hastanelerinin ameliyat sayılarında artış olduğu ve diğer beş hastanenin ameliyat sayısında ise herhangi bir artış veya azalış olmadığı belirlenmiştir. C, D, F ve H hastanelerinin 2012 yılındaki etkinliklerini 2013 yılında da sürdürdükleri görülmüştür. I hastanesi 2012 yılında örgütsel olarak etkin değil iken 2013 yılında etkin bir hastane durumuna gelmiştir. Diğer hastaneler arasında; A, B ve J hastaneleri 2013 yılında bir önceki yıla göre etkinlik durumundan uzaklaştığı, E ve G hastaneleri'nin ise bir önceki yıla göre daha etkin bir duruma geldiği görülmüştür. Hastaneler arasında, örgütsel performans açısından etkinliği en çok artan hastane G hastanesi iken etkinliği en çok düşen hastane ise A hastanesi'dir.

Girdi Yönelimli BCC VZA 2. Model Sonuçlarının Karşılaştırılması

Hastanelerin afiliasyon uygulamasına geçmeden önceki ve geçtikten sonraki yıllara ait örgütsel etkililiğini ortaya koymak için yapılan girdi yönelimli BCC VZA sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 4.14'te gösterilmiştir.

Tablo 4.14. 2. modele göre 2012 ve 2013 yıllarına ait girdi yönelimli BCC VZA potansiyel iyileştirme sonuçlarının karşılaştırılması (%).

Afiliye Hastaneler	Skor		GİRDİLER		ÇIKTILAR					
			Toplam Yatak Sayısı (+.-)		Yatan Hasta Sayısı		Ayaktan Hasta Sayısı		Ameliyat Sayısı	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
A	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
B	0.7185	0.797	-28.15	-20.27	47.31	33	32.04	33.22	0	0
C	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
D	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
E	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
F	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
G	0.7301	0.86	-26.99	-13.97	0	0	0	9.78	45.58	119.66
H	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
I	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
J	1	0.811	0	-18.91	0	37.52	0	25.3	0	88.8

Tablo 4.14’te, on kamu hastanesinin afiliye olmadan önceki yıl (2012) ile afiliye olduktan sonraki ilk yıla ait (2013) örgütsel performanslarının girdi yönelimli BCC VZA sonuçları gösterilmiştir. Her iki yılın göreceli olarak karşılaştırılması sonucunda; üç hastanenin (B, G, J) girdi ve çıktı miktarlarında değişim olduğu, yedi hastanenin ise girdi ve çıktı miktarında herhangi bir değişim olmadığı görülmüştür.

Hastaneler kullandıkları girdileri açısından karşılaştırıldığında; üç hastanenin toplam yatak sayısı kullanımının değiştiği, yedi hastanenin (A, C, D, E, F, H ve I) ise yatak sayısı kullanımının değişmediği belirlenmiştir. B ve G hastanelerinin hasta yatağı kullanımında artış, J hastanesinin yatak kullanımında bir azalış gerçekleştiği, ayrıca A, C, D, E, F, H ve I hastanelerinin yatak sayısı kullanımında herhangi bir artış veya azalış gerçekleşmediği tespit edilmiştir. Hastaneler ürettikleri çıktıları açısından karşılaştırıldığında; B, G ve J hastanelerinin en az iki çıktısında değişim olduğu, diğer yedi hastanenin çıktılarında ise değişim olmadığı görülmüştür. B hastanesinin yatan hasta sayısı bir artış olduğu, J hastanesi’nde ise bir azalış olduğu, ayrıca diğer hastanelerde bu bakımdan herhangi bir artış veya azalış olmadığı belirlenmiştir. B, G ve J hastaneleri’nin ayaktan hasta sayısında bir azalış olduğu, diğer yedi hastanenin ayaktan hasta sayısında ise herhangi bir artış veya azalış olmadığı tespit edilmiştir. G ve J hastaneleri’nin ameliyat sayılarında bir azalış olduğu, diğer sekiz hastanenin ameliyat sayısında ise herhangi bir artış veya azalış olmadığı tespit edilmiştir. A, C, D, E, F, H ve I hastanelerinin hem 2012 yılında hem de 2013 yılında etkin oldukları görülmüştür. B ve G hastanelerinin 2013 yılında bir önceki yıla göre daha etkin bir duruma geldikleri belirlenmiştir. J hastanesi ise 2012 yılında etkin bir durumda iken 2013 yılında göreceli olarak bu etkinliğinden uzaklaştığı görülmüştür.

4.2. Nitel Verilerin Analiz Bulguları

Bu bölümde; afiliye hastanelerin yöneticilere ve afiliasyon uygulamasından sorumlu olan yetkili kişilere ait demografik bilgiler ile katılımcıların yaşadıkları afiliasyon tecrübesinden faydalanarak oluşturulan ana ve alt temalar yer almaktadır.

4.2.1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Bu araştırmanın nitel bölümü; Türkiye’deki afiliasyon uygulamasının paydaşları olan Sağlık Bakanlığı ile il sağlık müdürlüğü, üniversitelerin tıp fakültesi

ve afiliasyonla birlikte üniversite hastanesi statüsüne kavuşan kamu hastanelerinde görev yapan yaşları 31-57 yıl arasında değişen 27'si (%90) erkek, 3'ü (%10) kadın olmak üzere toplam 30 gönüllü katılımcıyla yapılan yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşmelerle gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların; yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim seviyeleri, çalıştıkları kurumlar, bu kurumlardaki görevleri, sahip oldukları mesleki unvanlar gibi kategorik değişkenlerine ve mesleki tecrübe, afiliye kurumdaki çalışma süresi, yöneticilik tecrübesi, afiliye kurumdaki yöneticilik tecrübesi gibi sayısal değişkenlerine ilişkin bilgiler Tablo 4.15'te verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalamasının 45.1 ± 6.5 yıl olduğu ve medeni durumlarının ise 28'inin (%93.3) evli 2'sinin (%6.7) bekar olduğu görülmüştür. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; 10'unun (%33.3) doktora, 12'sinin (%40) yüksek lisans ve 8'inin ise (%26.7) lisans mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcılar arasında 15'sinin (%50) afiliye olmuş kamu hastanesinde, 6'sının (%20) afiliye tıp fakültesinde, 6'sının (%20) il sağlık müdürlüğünde ve 3'ünün ise (%10) ise Sağlık Bakanlığı'nda görev yaptığı belirlenmiştir. Katılımcıların kurumlarındaki görevlerine ilişkin olarak ise 8'sinin (%26.6) üniversite kadrosunda bulunan öğretim üyesi olduğu, 5'inin (%16.7) kamu hastanesinde doktor olarak görev yaptığı, 7'sinin (%23.3) hastane yönetiminde görevli olan sağlık yöneticisi olduğu, 4'ünün (%13.3) ise uzmanlık görevlerine sahip olduğu, 3'ünün (%10) kurumlarında idari personel olarak çalıştığı ve 3'ünün (%10) kurumunda sağlık personeli olarak çalıştığı belirlenmiştir. Katılımcıların kurumlardaki görev unvanlarının ise 4'er (%13.3) katılımcının kurumlarında müdür yardımcısı ve başkan gibi unvanlara sahip olduğunu, 3'er (%10) katılımcının dekan, doktor öğretim üyesi, uzman ve uzman doktor unvanına, 1'er (%3.3) katılımcınınsa profesör doktor, doçent doktor, il sağlık müdürü, dekan yardımcısı, müdür, başhekim, başhekim yardımcısı, sorumlu, direktör ve daire başkanı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.15. Katılımcıların demografik özellikleri.

		n (%)	Ortalama±SS	Ortanca (Min-Maks)
Yaş*			45.1±6.5	
Mesleki Tecrübe Süresi* (yıl)			18.9±6.1	
Afilie Kurumdaki Çalışma Süresi* (yıl)			7.08±3.6	
Yöneticilik Tecrübe Süresi* (yıl)			10±4.08	
Afilie Kurumdaki Yöneticilik Tecrübesi* (yıl)				4 (1-7)
Cinsiyet	Kadın	3 (10)		
	Erkek	27 (90)		
Medeni Durum	Bekar	2 (6.7)		
	Evli	28 (93.3)		
Eğitim Seviyesi	Lisans	8 (26.7)		
	Yüksek Lisans	12 (40)		
	Doktora	10 (33.3)		
Çalışılan Kurum	Hastane	15 (50)		
	Tıp Fakültesi	6 (20)		
	İl Sağlık Müdürlüğü	6 (20)		
	Sağlık Bakanlığı	3 (10)		
Görev	Öğretim Üyesi	8 (26.6)		
	Doktor	5 (16.7)		
	Sağlık Yöneticisi	7 (23.3)		
	İdari Personel	3 (10)		
	Sağlık Personeli	3 (10)		
	Uzmanlık	4 (13.3)		
Görev Unvanı	Dekan	3 (10)		
	Dekan Yardımcısı	1 (3.3)		
	Müdür	1 (3.3)		
	Müdür Yardımcısı	4 (13.3)		
	Başkan	4 (13.3)		
	Uzman	3 (10)		
	İl Sağlık Müdürü	1 (3.3)		
	Profesör Doktor	1 (3.3)		
	Doçent Doktor	1 (3.3)		
	Doktor Öğretim Üyesi	3 (10)		
	Uzman Doktor	3 (10)		
	Başhekim	1 (3.3)		
	Başhekim Yardımcısı	1 (3.3)		
	Daire Başkanı	1 (3.3)		
	Sorumlu	1 (3.3)		
	Direktör	1 (3.3)		
Toplam		30 (100)		

*ortalama, &ortanca ± standart sapma, (en küçük değer-en büyük değer)

Katılımcıların mesleki tecrübe sürelerinin ortalaması 18.9 ± 6.1 yıl (min: 10, maks: 35), afiliye kurumdaki çalışma sürelerinin ortalaması 7.08 ± 3.6 yıl (min: 1, maks: 17), yöneticilik tecrübe sürelerinin ortalaması 10 ± 4.08 yıl (min: 4, maks: 20) ve afili hastanedeki yöneticilik tecrübelerinin ortalama süresinin ise 4 yıl (1-7) olduğu belirlenmiştir.

4.2.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Sonuçları

Gerçekleştirilen görüşmelerde katılımcılar, afiliasyonu zorunluluğa dayalı bir ihtiyaç olarak ortaya çıkan model şeklinde ifade etmişlerdir. Model uygulanmaya başlandıktan sonra örgütsel bağlamda bir takım problemlerle karşılaşıldığı katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Ayrıca katılımcılar tarafından afiliasyon modelinin; kendi içinde avantaj ve dezavantajlar barındırdığı ve hem örgütsel hem de finansal yapıda değişim yarattığı ifade edilmiştir. Aynı zamanda modelin paydaşları olan hastane ve üniversitenin bu süreçte ciddi kazanımlar elde ettiği ifade edilmiştir. Son olarak modelin geleceği adına sürecin devam ettiği, tüm paydaşların katılımının sağlanması ve yetkili organların gerekli düzenlemeleri yapması durumunda modelin iyileştirilebileceği ve geliştirilebileceği ifade edilmiştir. Bütün bunlar doğrultusunda görüşmeler sonucunda 5 ana tema ve 15 alt tema oluşturulmuştur;

1. Modelin Uygulanma Gerekçesi

- İhtiyaç
- Zorunluluk

2. Örgütsel Bağlam Problemleri

- Adaptasyon Süreci
- Direnç
- Çatışma

3. Büyük Değişim

- Yönetim Yapısının Değişimi
- Finansal Yapının Değişimi
- Değişim ile Gelen Avantajlar ve Dezavantajlar

4. Prestijli Bir Kazanım

- Hastane Açısından Kazanımlar
- Üniversite Açısından Kazanımlar
- Hasta Açısından Kazanımlar

5. Modelin Geleceği

- Devamlılık Arz Eden Uzun Bir Süreç
- Üst Yönetim Desteğinin Gerekliliği
- Katılımcılık
- İyileştirilebilir ve Geliştirilebilir Bir Model

Modelin Uygulanma Gerekçesi

Bu ana tema, afiliasyon modelinin niçin ortaya çıktığının ve neden uygulanmaya başlandığının sebepleriyle ilgilidir. Katılımcılar, afiliasyon modelinin sürecin paydaşları olan hastaneler ve üniversiteler için aslında bir ihtiyaç olduğunu ama uygulamanın bir mecburiyete bağlı olarak başlatıldığını ifade etmişlerdir. Katılımcılar, afiliasyon modeline yeni açılmış ve hastanesi olmayan tıp fakültelerinin hastane ihtiyacını karşılamak ve böylece o şehre atıl bir yatırımı engellemek amacıyla geçildiğini ifade etmişlerdir. Aynı zamanda katılımcılar, afiliasyonun ortaya çıkışını kaynak kullanımıyla ilişkilendirmişler ve kaynak kullanımını etkinleştirmek için bu modelin uygulandığını ifade etmişlerdir. Katılımcılara göre, Türkiye'nin sağlık alanındaki gündemine bir devlet politikası olarak giren afiliasyon modeli ile; kaynakların verimli kullanılması, atıl kapasite oluşturulmaması, bu modelde biraraya gelecek olan öğretim üyelerinin ve uzman doktorların fiziki mekanları ortak kullanarak işbirliği yapması ve böylece sağlık hizmeti sunumunun tek elden güçlü bir şekilde yürütülmesi hedeflenmiştir. Dünyadaki benzer örneklerinden de hareketle bu iş birliğini uygulamayı isteyen Sağlık Bakanlığı tarafından, üniversite ve tıp fakültelerinin eksik olduğu alanların birbirlerinin güçlü yönleri olduğu düşüncesiyle bu modelde birbirlerini tamamlayacaklarını düşünülmüştür. Katılımcılar; Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinin başarılı yönetimi ve pozitif finansal durumlarına karşın mevcut üniversite hastanelerinin hem yönetim hem de finansal anlamda olumlu olmayan durumlarına vurgu yaparak, Sağlık Bakanlığı'nın afiliasyon

modeline geçmesinde bu durumu göz önünde bulundurduğunu ifade etmişleridir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, afiliasyon uygulamasına geçen şehirlerde, hastane ve üniversite ortaklığıyla hastalarına sunduğu sağlık hizmet gücünü artırmayı amaçlamıştır. Bu düşünceyle hastanenin sahip olduğu hizmet sunum fonksiyonunun, tıp fakültesindeki öğretim üyeleri aracılığıyla güçlendirileceği düşünülmüştür. Afiliasyon öncesinde, hastanesi olmayan tıp fakülteleri eğitim faaliyetlerini gerçekleştirmek için, tıp fakültesindeki öğretim üyelerinin ise araştırma faaliyetleri için bir hastaneye ihtiyaç duyduğunu ifade eden katılımcılar, afiliasyon modelinin bu ihtiyaçlara cevap olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca, afiliasyon modeline geçiş sürecinin siyasi bir yönü olduğunu da ifade eden katılımcılar; ülke ekonomi yönetiminin de önerisiyle, kamu hastanelerinin prestijini yükseltebilmek için bu modelin benimsendiğine değinmişlerdir. Bütün bu durumlarla birlikte, yeni bir üniversite hastanesi açmanın hem yüksek maliyeti hem de konuyla ilgili yasal şartlar doğrultusunda afiliasyon modeli uygulanmaya başlanmıştır. Bu tema, “İhtiyaç” ve “Zorunluluk” olmak üzere iki alt temadan oluşmaktadır. “İhtiyaç” alt teması modelin ortaya çıkış sebepleri ile ilgiliyken “Zorunluluk” alt teması daha çok model uygulanırken yansıyan sebepler ile ilgilidir.

İhtiyaç

Görüşmelerde yer alan katılımcılar, afiliasyon modelinin ülke sağlık sisteminin genel bir ihtiyacı olduğunu vurgulayarak, bu model ile yeni kurulmuş tıp fakültelerini etkin hale getirmek ve ilgili kamu hastanelerinin niteliğini yükseltmek için gerekli bir uygulama olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar tarafından, uygulama öncesinde hastalarının büyük bir kısmını yeterli hekim kadrosuna, tıbbi cihaz ve ekipmana sahip olmadığı için şehir dışına sevk etmek zorunda kalan hastanelerin uygulama sonrası bu problemlerini çözmeye başladıkları dile getirilmiştir. Afiliasyon öncesi şehirlerinde yeni kurulmuş ve hastanesi olmayan tıp fakültelerinin olduğunu söyleyen katılımcılar, üniversitelerin hastane ihtiyacının karşılanması noktasında afiliasyonun önemli bir çözüm olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca, afiliasyonun her iki paydaş için de bir ihtiyaç olduğunun üzerinde durulmuş ama üniversitenin hastanesi olmadığı için afiliasyon modeline geçilmesine kamu hastanelerine kıyasla daha çok ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir.

“Afiliasyon bizim hastane için bir ihtiyaç ve gereklilikti. Çünkü ilin tek büyük hastanesi ve burada üniversite kadrosunun olması gerekiyordu. Daha önce buraya gelen hastaların büyük çoğunluğu şehir dışına sevk oluyordu. Büyük ameliyatlara yapılamıyordu. Gerekli insan gücü ile tıbbi malzeme ve ekipman bulunmuyordu.” (No:3,E)

“Afiliasyon gerekli idi. Niçin gerekli idi? Biz şehrin merkezinde devlet hastanesi olarak tectik. Potansiyel yoğunluğumuz çok fazlaydı, ilçelerimizden ve diğer şehirlerin bize yakın ilçelerinden hasta akışı buraya vardı.” (No:4,E)

“Buraya bir tıp fakültesi kurulmuştu ve bunun tamamlanıp örgütlenebilmesi için bir hastaneye ihtiyaç vardı. Bunun için ya YÖK üzerinden bir üniversite hastanesi kurulacaktı buraya çok büyük bir yatırımla ya da buradaki hazır devlet hastanesiyle afiliye olunacaktı. Sonuçta daha makul bir tercihle var olan sisteme entegre olunarak hastanemizle afiliye olundu.” (No:5,E)

“Afiliasyon sektörde yeni bir sistem. Afiliasyonda, yeni açılmış bir tıp fakültesinin üniversite hastanesi yoksa ve atıl bir yatırım yapmamak için oradaki belli başlı bir sağlık tesisinde öğrencilerinin eğitim alması sağlanır. Bu da atıl kapasiteyi önleme anlamına gelir.” (No:12,K)

“Afiliasyonun yapılma gerekçesi, şehrimizi ve hastanemizi geliştirmektir. Şehirdeki sunulan tıp hizmetinin niteliğini artırmaktır. Tıp fakültesi aracılığıyla buraya önemli hekim isimler getirmek hedefleniyordu.” (No:14,E)

“Ülkemizde kamu hastanelerindeki afiliasyon süreci, hastanelerimizden ziyade üniversiteler için bir ihtiyaçtı. Bünyesinde yeni kurulan tıp fakültesinin ihtiyacı olan bina, tıbbi donanım ve personel ihtiyacını ilave bir kaynak gerektirmeden hazır ve işler bir şekilde hastanenin tüm imkânlarını kullanarak karşılamış oldu.” (No:16,K)

“Afiliasyon uygulamasının ülkemizde ortaya çıkışının sebeplerinden biriye yeni kurulan tıp fakültelerinin bir sağlık araştırma ve uygulama merkezine olan ihtiyacıdır.” (No:19,E)

“Afiliasyon bir devlet politikası olarak gündeme geldi. Kaynakların verimli kullanılması, atıl kaynak oluşturulmaması, her ilde yeniden akademik kadro ve uzman doktorların işbirliği yapması, mekanların ortak kullanılması ve böylece sağlık

hizmetleri sunumunun tek elden yürütülmesi ama aynı zamanda bu sağlık hizmeti sunan kurumlarda eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yapılıyor olması gibi çok iyi belirlenmiş amaçlarla ve iyi niyetlerle planlanmış bir süreçtir. Ben afiliasyonun baştan beri doğru bir karar olduğunu düşünüyorum ve destekledim. Sağlık Bakanlığı'nın her şehre farklı farklı ve yeni yatırımlar yapılmasını istemiyor, her bir şehirde sağlık hizmeti sunumunun tek elden ve düzenli bir şekilde yürütülmesini istiyor ve üniversitelerin hastane işletmeciliği işinde çok iyi olmadığını düşünüyor. Bakanlığında eğitim araştırma konusunda kendi hastanelerinin çok iyi düzeyde olmadığını düşünüyor ve bu iki paydaşı bir araya getirerek iki tarafın eksiklerini kapatarak hem daha iyi sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilmesi hem de kendi hastanelerindeki eğitim ve araştırma faaliyetlerinin artmasını istiyor. Dünyadaki örneklerinden de hareketle bu iş birliğini uygulamayı istiyordu. Bu işin başlangıç noktası budur.” (No:21,E)

Zorunluluk

Katılımcılar, afiliasyon modelinin ortaya çıkışını bir ihtiyaç olarak değerlendirmekle birlikte, modelin uygulanışının paydaşlar için kendini bir zorunluluk olarak gösterdiğini ifade etmişlerdir. Farklı şehirlerde yeni tıp fakültelerinin kurulması sonrasında afiliasyonun başladığını ifade eden katılımcılar; nüfusu belli bir sayının altındaki yerlerde tıp fakülteleri için üniversite hastanesi yapılmasının mümkün olmadığı ve hastane ihtiyacını afiliasyon uygulamasıyla sağlaması gerektiği ve Sağlık Bakanlığı'nın o şehirlere yeni hastaneler kurulmasını atıl kapasite yaratmak olarak değerlendirdiğini yani afiliasyonun kanuni anlamda bir zorunluluk içerdiğini dile getirmişlerdir. Katılımcılar, çalıştıkları kurumlarda afiliasyona ilişkin kendi düşüncelerine başvurulmadığını ve doğrudan üst yönetimin isteği doğrultusunda kurumlarının yeni modele geçtiğini ifade etmişlerdir. Nüfusu belli bir sayının altında olan şehirlerde tıp fakültesi kurulması durumunda oraya yeni bir hastane inşa etmek yerine afiliasyon modelinin uygulanması gerektiğinin ilgili yönetmeliklerde açıkça belirtildiğine değinen katılımcılar, bu bakımdan üniversite tarafı için afiliasyonun bir zorunluluk anlamı taşıdığını vurgulamışlardır. Ayrıca, afiliasyon modeline geçiş sürecinde ilgili yönetmeliğin hazırlanmasında üst yönetimin paydaş görüşüne çok önem vermeden tek taraflı ve hızlı bir şekilde hazırlandığını ifade eden katılımcılar, modele geçişin ise çok hızlı bir şekilde olduğu ve sürecin sağlıklı bir şekilde

yürütülmediğine değinmişlerdir. Katılımcılar, kendi kurumları için de afiliasyonu çok öngörmediklerini, modele geçişi çok istemediklerini ve uygulamayı kendileri için sürpriz bir değişiklik olarak ifade etmişlerdir.

“Afiliasyona yönelik oluşan direncin sebebi, personelin uygulamayı istenmemesi ve bu sürecin bir zorunlu tercih olarak kendilerine dayatılmalarıdır.” (No:1,E)

“Burada tıp fakültesi kurulur kurulmaz afiliasyon başlamıştı. Çünkü nüfusu belli bir sayının altındaki yerlerde afiliasyon olmadan o ile tıp fakültesi açamıyorsunuz. Yani o zaman afiliasyon burası için kanuni anlamda bir mecburiyetti.” (No:2,E)

“Biraz tepeden inme gibi gerçekleşti. Devlet ikinci bir yatırım yapmamak için afiliasyonu şart koydu diye düşünüyorum. Gereklik miydi düşünülebilir. Protokolün imzalanması çok hızlı oldu.” (No:8,E)

“Afiliasyon uygulaması hem planlı hem de plansız bir süreç olarak nitelendirilebilir. Şunun için böyle ifade ettim; bazı yerler için bu belirlenmişti, bazı yerler içinse sonradan belirli mecburiyetlere bağlı olarak ortaya çıktı. Bazı üniversitelerde afiliasyonun alt yapısı oluşturulmuştu. Bazı üniversitelerde de mevcut kadro problemlerinden dolayı ortaya çıktığını düşünüyorum. Afiliasyonu, iktisadın sınırsız ihtiyaçları sınırlı kaynaklarla karşılama prensibinden hareketle yorumlarsak bu biraz da mecburi bir uygulamadır. Mecburen uygulanması gerekmiştir.” (No:12,K)

“Eğitim hastanelerinde bir hasta üzerinde çok fazla sayıda tahlil ve ayrıntılı işlemler istenmektedir. Bu durum onun işinin doğası gereği. Ama bu durum, hastane için satın alımlarında ve giderlerinde ekstralar yaratmaktadır. Eğitim araştırma hastanelerinin bu özelliğinden dolayı maliyet ve gider yöntemindeki başarısızlıklarından dolayı Bakanlık bu afiliasyonu getirdi. Kendi kamu hastanelerindeki bu konuda başarılı uygulamaları ve profesyonel işletmecilik anlayışını üniversite tarafında yerleştirmek için... Çünkü önce açılan üniversite hastanelerinin maddi durumları ortada ve çok ağır yüklü borç altındalar. Yeni üniversite hastaneleri açarak bu olumsuz durumu tekrar yaşamak istemediler. Burada eğitim araştırma hastanelerinin borç yükünü hafifletmek gayesi de vardı afiliasyon

yapılmasının altında... Bir taraftan da amaç hizmeti tek elden ve tek çatı altında vermektir.” (No:15,E)

“Yapılma gerekçesi, hem gereksiz yatırımın önüne geçmek hem de üniversitedeki akademisyenlerle sağlık hizmetlerini buluşturarak belli bir yerde halka daha iyi nitelikte sağlık hizmeti sunmaktır. Asıl amaç bu. Taşrada da yeni kurulan tıp fakülteleri var. O şehir de bir tıp fakültesi kuruldu diye illa bir üniversite hastanesi yapılması gerekmez. Böyle yapılırsa o şehirdeki devlet hastanesinin kapasitesinin kullanımını azaltmış olursunuz.” (No:18,E)

“Ben afiliasyonun yapılma gerekçesini, o ildeki atıl sağlık kaynağının kullanılmasını sağlamak ve kurulan tıp fakültesi için yeni bir yatırım yapmadan gereksiz bir yatırımı önlemek düşünce vardı. Afiliasyonun ortaya çıkışını kaynak kullanımına bağlıyorum. Kaynak kullanımının etkinliğini sağlamak adına hem bakanlık hem üniversitede bu uygulamaya katılmıştır. Afiliasyon olumlu bir uygulama olarak gözüксе de henüz ölçülebilir tarafı tam olarak ortada değildir. Temel olarak üniversitelerin eğitim fonksiyonuyla hastanelerin uygulama fonksiyonlarını birleştirme gayesiyle afiliasyon uygulaması hayata geçirilmiştir. Aynı zamanda üniversitelerin eğitim fonksiyonu nedeniyle hastanelerdeki uygulama imkanlarından yararlanma, bunu katma kaygısıyla yapılmıştır.” (No:19,E)

“Bu uygulama üniversitelere dayatılmış birşeydir. Devletin ekonomi yönetimi üniversiteleri bu konuda zorlamıştır. Nihayetinde günün sonunda da ortaya ilk tasarım çıktı. Ancak o protokolün dayanması gereken bir de zemin vardı. Protokolü yasal olarak neye dayandırılacaktı? Sonra konuyla ilgili afiliasyon yönetmeliği yapıldı. Bu işin yasal boyutunda eğer tıp fakültesi açılan yerin nüfusu belli bir sayının altındaysa oraya yeni hastane yapılması gerekli görülmüyor ve adeta afiliasyon zorunlu tutuluyor. Bu durum özellikle üniversite tarafını buna mecbur bırakıyordu. O anlamda ben afiliasyonu zoraki bir evliliğe benzetiyorum. Rıza yani birinci unsur yok.” (No:20,E)

“Bizler, yani tıp fakülteleri bakanlık hastanesiyle afiliasyon yapmaya mecbur bırakılıyoruz. Çünkü yeni bir hastane yapmamıza izin verilmiyor. Kaynak kullanımı gerekçesiyle, nüfus gerekçesiyle... Ama bizim tıp lisans eğitimini başarılı bir şekilde tüm imkanlar içerisinde yapmamız gerekiyor. Bu bize 2547 sayılı kanunun vermiş

olduğu bir görevdir. Bizim bunu yapabilmemiz için yeterli sayıda hem temel hem de klinik bilimleri hocası bulmam ve istihdam etmem gerekiyor.” (No:21,E)

Örgütsel Bağlam Problemleri

Bu ana tema, hastanelerin afiliasyon modeline geçtikten sonra hem yönetim kademesinde hem de personel arasında yaşadığı sorunlarla ilgilidir. Afiliasyon modeline geçişte yönetimin zorlandığına değinen katılımcılar, üniversite ve hastanenin ortak kullanıma geçtikten sonra yaşanan değişimlerin örgüt içinde sorunlar yarattığını ifade etmişlerdir. Görüşmelerde; afiliasyon sonrası oluşan problemlerin bir kısmının hekim kaynaklı olduğu ifade edilmiş ve hekimlerin iş süreçlerindeki özgürlük alanlarının kısıtlandığını, ek ödeme tutarlarındaki memnuniyetsizlerini gerekçe göstererek afiliasyonun sona ermesi yönünde fikirler beyan ettiklerine değinilmiştir. Kadrosu ve özlük hakları üniversitede bulunan öğretim üyeleri ile kadrosu ve diğer hakları hastanede bulunan hekimler arasında bir çatışma ortamı doğduğu vurgulanmıştır. Afiliasyon sonrasında hastanenin yönetim kademesinde yaşanan değişimlerin yönetsel anlamda çift başlılık gibi bir durum oluşturduğu da ifade edilmiştir.

Yaşanan bu sorunların örgütsel bağlamda hem yönetim içerisinde hem de kurumda çalışan personel arasında meydana geldiğini ifade eden katılımcılar, genel anlamda sorunların kurum içerisinde iş barışını olumsuz yönde etkilediği ve personelin çalışma motivasyonunu düşürdüğünü belirtmişlerdir. Aynı zamanda bazı sorunların yöneticiler tarafından çözüldüğü bazı sorunların ise hala devam ettiği dile getirilmiştir. Çözülen sorunların yönetim kademesindeki bireylerin kişisel uyumlarından kaynaklı olduğuna da değinilmiştir. Ayrıca, afiliasyon modelinin devam etmesi için diğer sorunların da çözülmesi gerektiği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Bu doğrultuda, afiliasyon sonrası meydana gelen problemlerin çözümü amacıyla ilgili yönetmelikte kısmi değişikliklerin yapıldığı da vurgulanmıştır. Katılımcılar; mevcut problemlerin çözülemeyecek düzeyde olmadığını belirtmiş, kendilerinin de problemlere yönelik çözüm önerilerinin olduğunu, iyi niyet ve çözüm odaklı bir yaklaşımla problemlerin üstesinden gelineceği inancında olduklarını ifade etmişlerdir.

Bu ana tema, “Adaptasyon Süreci”, “Direnç” ve “Çatışma” olmak üzere üç alt temadan oluşmaktadır. “Adaptasyon Süreci” alt teması modelin uygulanmaya

başlandığı ilk zamanlarda yaşanan süreç ile “Direnç” teması kurum içerisindeki personelin yeni uygulamaya yönelik istememezlik ve kabullenememezlik durumu ile, “Çatışma” alt teması ise hem yönetim ve personel arasında yaşanan sorunlar hem de personelin özellikle hekimlerin kendi içerisinde yaşadığı sorunlar ile ilgilidir.

Adaptasyon Süreci

Katılımcılar, hastanede afiliasyonla birlikte yaşanan değişimin personel için alışılması gereken birçok yeni durum yarattığını ve bu yeni durumlara personelin alışması için belirli bir zaman süresi gerektiğini ifade etmişlerdir. Afiliasyon modeline geçişin örgüt içinde büyük bir değişim yaratacağı için tüm hastanede bir adaptasyon süreci yaşatacağını öngördüklerini de belirtmişlerdir. Daha sonra uygulamaya geçişle başlayan adaptasyon süreci, hem yönetimde hem personel arasında hem de iş süreçlerinde gerçekleştiği belirtilmiştir. Hastaneye tıp fakültesinden gelerek hizmet vermeye başlayan öğretim üyeleri, afiliasyonun başlangıcında hastaneyi benimseme ve kendilerini buraya ait hissetme noktasında sorunlar yaşadığı katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Aynı zamanda idari personel ve sağlık personeli arasında iletişim bakımından bir eksiklik olduğu ve bu durumda personel arasında bazı sorunların yaşanmasına sebep olduğu ifade edilmiştir. Adaptasyon sürecinin atlatılmasında ise yönetimin bu sürece yönelik personeli motive edici tutumu ve özellikle bazı hekimlerin yapıcı tutumlarının katkısı olduğu ve kendi kurumları içerisinde akademik kariyer hedefine sahip hekim grubunun yükselerek öğretim üyesi olma fırsatı bulması, hastane içerisinde hekimler için önemli bir motivasyon kaynağı olduğu katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Temaya ilişkin görüşme alıntıları aşağıda verilmiştir:

“Uygulamayla ilgili olan endişemizi yani adaptasyon süreci problemini bütün kurum olarak yaşadığımızı söyleyebilirim.” (No:1,E)

“Afiliasyonun adaptasyon sürecinin yarattığı problemlere biz burada kendi içimizde kişilerin yapıcı tutumları ve uzman hekimleri motive edici unsurlarla çözüm bulduk. Bu süreci çok sancılı olmadan sağlıklı bir şekilde geçiriyoruz. Ciddi problemler yaşamıyoruz.” (No:2,E)

“Adaptasyon sürecinin sağlıklı geçirilmesine etki eden diğer bir faktör de tıp fakültesinin öğretim üyeleri kadrosunun içerisine devlet hastanemizde çalışan uzman

hekimlerden de geçenler olmasıdır. Hali hazırda bile bu devam ediyor. 5 öğretim üyesi alınacaksa buraya 3'ü hastane içerisinden diğer 2'si dışardan alınıyor. Bu da adaptasyonu kolaylaştırıyor tabi... Ama dışardan gelen öğretim üyelerinin afiliasyonda adaptasyon süreci yaşadıkları ve biraz da zorlandıkları göz ardı edilemez.” (No:3,E)

“Adaptasyonda iki taraf arasında aldıkları kararlarda kendi aralarında kopukluk yaşandı diyebilirim. İdari ve sağlık çalışanları arasında iletişim problemleri yaşandı tutumlarıyla ilişkili olarak... Başhekimliğe bağlı kalite çalışmalarında hekimlerin göz ardı edilip hemşirelere baskı yoluyla birtakım dayatmaların olması örneği verilebilir.” (No:4,E)

“Personelin olumlu ve olumsuz tutumları oldu. Tam anlamıyla üniversite hastanesi olmadığımız için tıbbi süreçlerde asistanlar, bir doktor gibi çalışıyor ve onların işlerini hemşireler yürütmek durumunda kalıyordu. Asistanlar, hemşireleri yardımcılar olarak görüyordu. Geçiş sürecinin sancıları olarak değerlendiriyorum bunları... Bazı bölümlerimiz klinik bazıları hala bölüm durumundadır.” (No:5,E)

“Öğretim üyelerinin ilk geldiklerinde hastanemizi kendi kurumları gibi kabullenmeme durumları oldu. Ama zamanla bu adaptasyon süreci tamamlanarak hastanemiz iş yapacakları kurum olarak kabullenildi. Hastanede özgürlük alanı oluştu. İdari ve yardımcı sağlık personelinin biz artık üniversite hastanesi olduk artık serbest ve rahat giyinelim düşüncesi oluştu. Saç ve sakala çok takılmayalım düşüncesiyle esneklik ortamı oluştu. Hastanede kılık kıyafet serbestisi oluştu. Özgürlüğün getirdiği kılık kıyafet sıkıntıları oluştu. Forma giyinmedi, kimlik takılmadı ve saç ile sakal uzatıldı. Biz bunun çözümü için hocalara söylüyoruz durumu onlar iletiyor. Ama net uzlaşa sağlanamadı.” (No:7,E)

“Zorlandığımız bir değişim oldu. Şu an yeni yönetmeliğe göre başhekimin doçent ve üzeri olması gerekiyor. Bizde de 1 doçent var diğer profesörler kabul etmiyor bu görevi. Şu an bir uzman vekaleten bakıyor. Son yeni düzenlemeyle Dr. Öğr. Üyeleri de başhekim olabiliyor. Şu an için hastanemizde başhekim olarak idareci sıkıntımız var. Başhekim bulamıyoruz ve bulduğumuz uzun ömürlü olmuyor.” (No:8,E)

“Mevcut hastanenin içerisine yeni bir yapı girmiş oldu. Bir çeşit organ nakli gibi... Vücuda yeni bir organ girdiğinde biliyorsun vücudun bunu bir kabul süresi var.

Hatta kabul etmeme durumu da var. Etse bile adapte olana kadar süresi var. İşte o da böyle... Yapı içerisine girmiş, hastane yapısı içerisine girmiş bir yabancı cisim gibi... Bir ülkeye gelen yabancı mülteci gibi... Bunu ne gibi düşünürsen düşün. Eve gelen davetsiz misafir, içgüveysi gibi... ” (No:13,E)

“Üniversite hastanesi olarak kullanıma geçilmesi nedeniyle hastanede iş yükünde artış yaşanmıştır. Sağlık Bakanlığı kadrosunda çalışan eğitim görevlilerinin üniversite kadrosuna geçmelerinde talepler tam karşılanamamıştır. Üniversite hastaneleri ile birlikte kullanıma geçilen yerlerde hizmet verilen bina sayılarının artması nedeniyle mevcut idareciler ile yönetimde sıkıntı yaşanmıştır. Üniversitede “üniversite hastane başmüdürü ve müdür kadrosu” gibi kadrolarda çalışan personelin kadro karşılığının mevcut kamu hastaneleri birliği yönetiminde olmaması nedeniyle hastanede istihdamında sıkıntı yaşanmış ve bu kişiler memur statüsünde değerlendirilmiştir.” (No:18,E)

“Afiliasyon sonrasında personel problemleri de oluyor. Örneğin, hata yapan bir personel var üniversite tarafında... Bunun için sen soruşturma başlatmak istiyorsun sonra rektörlük buna izin vermiyor. Senin elin kolun bağlı kalıyor. Problem çözilemiyor. Yaptırım gücümüz zayıf kalıyor onlara karşı... Güçsüz bir konumda buluyoruz kendimizi. YÖK personeliyim, üniversite hocasıym denilebiliyor. Bana karışmazsın diyorlar.” (No:21,E)

“Sistemde şöyle problemler oluyor: Örneğin: üniversite kadrosunda bulunan bir öğretim üyesi izin alacak dekana gidiyor, uzman hekim izin alacak o ise başhekime gidiyor. Sonra izin alırsa üniversite hocası, izin işlemi için hastaneden üniversitenin özlük işlerine gidip işini orada halletmesi gerekiyor. Tamamen uzun yol ve zaman kaybı yaşanıyor. Bu hususun ve buna benzer özlük işleri problemleri de çözüm beklemektedir. Ayrıca ek ödemed; herkes farklı düşünüyor nasıl fazla nasıl alırım derdinde ve bu konuda da henüz bir standart oluşturulmuş değil maalesef...” (No:26,K)

“Sağlık Bakanlığı tarafında, kurum içine tıp lisans eğitimi dahil edildiği için dekan aracılığıyla sanki üniversite tarafı kurum içerisinde daha etkinmiş gibi bir hava oluşturulmaya çalışılıyor. Bu da hekimlerin ve idari çalışanların davranışlarıyla kendini göstermişti. O zaman hastanenin personellerine dağıttığı döner sermaye

miktarında bir azalma oldu. Bu azalmanın sebebi afiliasyon değildi. Ama kurum içerisinde öyle bir algı oluşmuştu.” (No:27,E)

Direnç

Katılımcılar tarafından afiliasyonla birlikte hastanede yaşanan değişimin kurum içerisinde tamamen kabullenilmediğini bazı grupların yaşanan bu yeni süreç karşı geldiği ve istemediği ifade edilmiştir. Ayrıca katılımcılar, hastanede önemli bir role sahip olan hekim grubunun afiliasyona yönelik bir direnç sergilediğini ifade etmişlerdir. Katılımcılar, daha önce kurum içerisindeki birçok değişime zorluk çıkartarak direnç sergileyen hekimlerin, kurum için büyük bir değişim olarak ifade edilen afiliasyona direnç göstermelerinin kendileri için sürpriz olmadığını vurgulamışlardır. Bazı hekim gruplarının ek ödeme tutarlarında yaşanan azalmadan dolayı ekonomik kaynaklı yaşanan bu direnç durumu karşısında yönetimin ve yetkili üst kurum olan Sağlık Bakanlığı’nın sürece sahip çıkarak kararlı bir tutum sergilemesi ve süreç içerisinde şeffaf olmasıyla genel anlamda direncin üstesinden gelindiği dile getirilmiştir. Ayrıca bazı katılımcılar, kendi kurumlarında afiliasyon modeline geçişin üzerinden uzun bir süre geçmesine rağmen yaşanan bu direncin kısmen de olsa hala devam ettiğini belirtmişlerdir.

“Mevcut hekimlerimiz genel olarak yeni sürece direnç gösterdiler.” (No:1,E)

“Bir de şu gerçek var; uzman hekimler hala afiliasyondan ayrılmak istiyorlar. Tıbbi süreçlerdeki özgürlük alanlarının kısıtlanmasını ve ek ödeme yönetmeliğindeki adaletsiz durumlarını buna gerekçe olarak gösteriyorlar. Uygulamayla birlikte başlayan bu direnç süreci uygulamanın üzerinden yıllar geçmesine rağmen hala devam etmektedir” (No:2,E)

“Geçiş sürecinin sıkıntılarından dolayı öğretim üyeleri başhekim olmak istemiyor. Afiliasyonun genel problemlerinde hekimleri arası sıkıntılar var. Hastane çünkü onların üzerine kuruludur. Akademisyenler kendini eğitime veriyor ve idari görev üstlenmek istemedikleri için başhekim problemi yaşıyoruz. Şu an için akademisyenlerin yönetime katkısı yok. Tamamen tıbbi hizmetlere odaklılar şu an.” (No:6,E)

“Sağlık hizmeti üretiminde etkin rolü üstlenen hekimlerin değişimlere karşı bir direnç gösterdiği zaten bilinmekteydi. Teknolojiye karşı ve bilgi kullanımında da bu böyle olmuştur. Yani afiliasyona karşı takınılan tavır hem sürpriz değildi hem de kendisine özgü bir durum değildi.” (No:19,E)

Afiliasyona karşı da bir direnç oldu ama bu durum çözümlendi. Yetkili tarafların sağlam duruşlu olması, bu işin uygulanmasıyla ilgili kararlı tutumu, şeffaflığı ve ikna kabiliyetiyle bu sürecin sorunları çözülüyor. Dolayısıyla başlarda bir direnç olmuştur ama bu direncin sebebi de biraz ekonomikti. Ek ödeme dağıtımındaki bazı durumlar bunun sebebiydi.” (No:20,E)

“Uzman hekimlerin iş yapma motivasyonlarının düşük olduğunu ve pek fazla çalışmak istemediklerine şahit oldum. Bunun sebebi olarak da hizmet sunumu sonucu elde ettikleri puanlarla eskiye oranla iyi bir ek ödeme alamadıklarını dile getirdiler. Fakat hocaların da çok puan toplamadan yüksek dönerler aldıklarını söylüyorlardı. Bu durumda bunları küskün bir hale getirmişti.” (No:21,E)

“Şöyle bir durum var: İdari anlamda hata yapan bir asistana ceza verilemiyor. Bir şey denilemiyor. Çünkü onlar YÖK’e bağlı. Bir hocanın disiplin soruşturması veya bir hemşirenin aldığı disiplin cezasının yürürlüğe konulması hep sorun teşkil ediyor. Üniversite tarafı personeller hakkında bizim yaptıklarımızı işleme almıyor. Kim nereye bağlı belli değil. Açıkçası belli de böyle olmaz ki. Düzeltme ve düzenleme gerekli. Bizim mevzuatımıza göre onlar biz de geçici görevli, YÖK personeliler. Normalde bizim ceza verdiğimiz daha doğrusu ceza alan üniversite personeli hakkında bu kim olursa olsun hoca, hemşire vs. haklarında işlem yapmak istediğimizde üniversite tarafı ve YÖK gerek görülmemiştir deyip ortadan kaldırıyor. Bu da üniversite personelinde bir disiplinsizliğe sebep oluyor. Bir hata yapsam bile ben üniversite personeliyim ceza vermezler bana deyip işin içinden sıyrılıyor.” (No:24,E)

Çatışma

Görüşmeye katılan katılımcıların çoğunluğu, afiliasyon sonrası hastane içerisinde yaşanan bazı sorunların büyüyerek bir çatışma halini aldığını ve durumun afiliasyonun işlerliğine zarar verdiğini ifade etmişlerdir. Afiliasyon sonrası ilk zamanlarda yaşanan adaptasyon sürecinde oluşan ve yönetim tarafından çözülemeyen

bazı sorunların ilerleyen zamanlarda devam ettiği ve daha büyük sorunlar haline dönüşerek örgüt içinde çatışma ortamı oluşturduğuna değinilmiştir. Daha sonra oluşan bu çatışma ortamının, afilyasyon sürecini olumsuz etkileyerek modelden hedeflenen kazanımların elde edilmesini engellediği belirtilmiştir. Katılımcılara göre, afilyasyondan sonra aynı kurum içerisinde iki farklı örgüt yapısı ve kültürü bir araya geldiği için çatışmalar kaçınılmaz olmuştur. Yaşanan çatışma sürecinde, üniversite ve hastane gibi farklı iki örgüt yapısına ve örgüt kültürüne sahip iki kurumun, aynı fiziki mekanda çalışmaya başlamasının, istenmeyen olumsuz durumların yaşanmasına etki ettiği düşünülmüştür. Ayrıca, bu iki kurum içerisinde farklı hekimlik bakış açılarına sahip olan öğretim üyesi ve uzman hekim grubunun olmasının da bu durumu tetiklediği düşünülmüştür. Afilyasyon sonrasında başhekim ile beraber dekanın da hastane yönetimine dahil olması sonucunda gerek yönetmelikteki bazı eksiklikler gerekse de kişisel uyumsuzluklardan dolayı yaşanan sorunların çatışma ortamına dönüşmesi de vurgulanmıştır. Ayrıca katılımcılara göre, hastaneler sosyal misyonları da olan bir iktisadi işletme iken üniversite tarafının sağlık hizmeti sunumuna yönelik sahip olduğu bakış açısı ve öncelik kriterlerinin daha farklı olması bu çatışma durumunu kaçınılmaz kılmıştır. Son olarak katılımcılar, tüm bu sorunların yaşanmasında afilyasyon modeline geçmeden önce bu sürecin ve hedeflenen kazanımların gerek personele gerekse de yöneticilere Sağlık Bakanlığı tarafından açık bir şekilde anlatılamamasının ve doğru bir şekilde aktarılmamasının etkili olduğu düşüncesinde olduklarını ifade etmişlerdir.

“Örgütsel olarak uygulamadan sonra uzman hekim ve öğretim üyesi çatışması yaşandı ve şu ana kadar bu bitmiş değil.” (No:1,E)

“Süreç, iki taraf için getiriler ve götürüler oluşturdu. Biraz da bu süreçte erkler mücadelesi yaşanmıştır. Bunu yönetsel anlamda başhekim ve dekan kurumsal anlamda da devlet hastanesi ve tıp fakültesini kastederek ifade ediyorum.” (No:2,E)

“Hekimler arası örgütsel çatışma var. Uzman hekim ile akademisyen doktor arasında... Karşılıklı problemler yaşanıyor. Akademisyenler hasta, hizmet ve ameliyat seçebiliyor.” (No:4,E)

“Bölüm ve katlarda uzman hekim ile akademisyen arasında zaman zaman sıkıntılar olabiliyor. Bunlar da daha sonra kurum içi çatışmaya dönüşebiliyor maalesef.” (No:7,E)

“Bölüm klinik olunca ek ödeme artışı uzmana yansımıyor. Uzman hekim çok çalışıyor. Ama az alıyor. Uzmanlar şikâyet dilekçesi veriyor. Çatışma ortamı oluyor. Klinik olmadığı halde onun üzerinden ek ödeme alan akademisyenler var iddiasıyla, klinik olup da sistemsal olarak öğretim üyelerinin daha çok aldığı onların daha az aldığını ama daha çok çalıştığını da söylüyorlar. Afiliasyondan bir yıl önceden beri buradayım. Süreçten önce karışıklık ve kargaşa yaşanacağı düşüncesindeydim. Akademik kadro ile akademik olmayan hekimler arasında bir çatışma ortamı doğacağını düşünüyordum. Yanılmadığımı gördüm maalesef. Bu kaos yaşıyor. İki başlılık oluyor, iki taraf oluşuyor ve iş barışı bozuluyor. Diğer örneklerde de bu tarz problemlerin aynı şekilde oluştuğunu duydum.” (No:8,E)

“İdari yönetim açısından yaşanan değişim çatışmalar yarattı. Bu sebeple bazen idari davalarla karşılaşırız. Ayrıca örgütsel anlamda problemler de mevcut. Ama tüm problemler çözülmeyecek şeyler değil. İyi niyet ve çözüm odaklı yaklaşılsa bunların üstesinden gelineceği kanısındayım. Çünkü hepimizin çözüm önerileri var.” (No:12,K)

“Afiliasyon vasıtasıyla iki farklı örgüt yapısı ve kültürü bir araya gelmiş oluyor. Dünya görüşü, özlük hakları, çalışma koşulları farklı olan üniversite personelleriyle devlet memuru olan Bakanlık personelleri bir araya gelmiş oluyor. Yani iki ayrı örgüt birleşince çatışmalar kaçınılmaz olacaktır.” (No:13,E)

“Bir tarafta eğitimden sorumlu dekan diğer taraftan hizmet sunumundan sorumlu başhekim. İster istemez bunların yetki ve sorumluluk sınırları kesişebiliyor. Dekan yönetilmeyi kabul etmeyebiliyor veya eğitimde bazen problemler olabiliyor. Bu çift başlılık uygulama sahasında sorunlar yaratıyor. İdari tarafta da bir çatışma ortaya çıktı. Hepsinde oldu bu. İlk etapta izin meselesi bile bir problemdi. Bunu tanımlasanız bile operasyonel olarak yetki sende izni veriyorsun ama benimde burada bir sorumluluğum var düşüncesi vardı. Yetki sahipleri arasında sert çatışmalar yaşandı. Bu işin bir yanı... Personele gelince iki tane farklı yapıdan gelen kurum personellerine hastane yönetimi burada bakanlık kurallarının geçerli olduğu havası

vermiştir. O kurallara uyacaksınız algısıyla dominant bir tavır takınılmıştır. Bu da beklenilenin çok dışında değil mekanın sahibi gibi düşünün... Bu tartışma çok sert yaşandı ve yaşanmaya devam ediyor.” (No:14,E)

“Afiliasyona karşı sağlık çalışanları özellikle de uzman tabipler tarafından en çok kendilerinin hizmet ürettikleri ancak ek ödeme paylarının düştüğü yönünde hem sorumlularından hem de çalışanlardan şikayet gelmiştir. Eğitimden dekan ve anabilim dalı başkanının sorumlu olması, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden hastane yöneticisi/başhekimin sorumlu olması nedeniyle bu çift başlılık eğitim ve sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesinde aksamalara sebep olmuştur.” (No:15,E)

“Afiliasyon hocalara doğru düzgün bir şekilde ve sağlıklı olarak hem anlatılamamış hem de aktarılamamış. Onları ele geçireceğiz, artık bize bağlısınız şeklinde yanlış algılar oluşmuş. Dolayısıyla hocalarında egoları buna müsaade etmemiş. Biz Sağlık Bakanlığı’na bağlanmayız onların kurallarına girmeyiz şeklinde bir karşıt tepki oluşturmuşlar. Bu durum da örgüt içi çatışma doğurmuştur.” (No:16,K)

“Yardımcı doçent kadrosundaki hekimler de iş yükünün altına girmeden yayın yapma bu arada da ortalamadan döner alma eğilimi mevcuttur. Bu durum Sağlık Bakanlığı kadrolu hekimlerinde huzursuzluğa neden olmaktadır. Sağlık Bakanlığı çalışanlarının performansa dayalı sistem içerisinde mevcut sağlık hizmetlerinin görece çoğunluğunu vermesi akademik çalışanların ise temel olarak akademik kaygılarla çalışması nedeniyle ek gelirinin az olmasına rağmen ortalama üzerinden ek ödeme talep edilmesi, bu durumunda iş barışı noktasında sorun oluşturması ile problemler devam etmiştir.” (No:19,E)

“Hastane sosyal amaçları olan bir iktisadi işletmeyken üniversite tarafının değerlendirmesi ve öncelik kriterleri daha farklıdır. Günün sonunda bu iki amaç çatışıyor. İki örgütün en üst düzey yetkileri kendi öncelikli amaçlarının gerçekleştirmeye çalışırken ister istemez amaçlar çatışabiliyor. Bireysel özelliklerden bağımsız bir durum bu. Dekanlık ve başhekimlik taraflarına en uyumlu kişileri koyulsa bile çatışma kaçınılmaz olabiliyor. Amaçlar tanımlanmış onları uyumlaştıramıyor ve değiştiremiyorsak, tekleştiremiyorsak bu defa çatışma üreten süreçleri (izin durumları, ek ödeme durumları vs.) yönetmeye yarayacak değişikliklere gidelim.

Çatışmayı ortadan kaldıramıyoruz, o zaman yönetelim, azaltalım, dozajını düşürelim. On tane çatışma varsa bunun nedenlerinin %70 veya 80'i aynı sebepten oluyor. En azından kalanları, ortadan kaldıramayacağımız durumları yönetilir hale getirelim. Afiliasyon öncesi hastane personeli arasında 10 üzerinden 3'lük bir çatışma varsa bu şimdi 6'ya çıkmıştır. Bu da uygulamanın gelişile ortaya çıkan gerilim neticesinde oldu. Yani sadece birleşmeden değil amaç farkından falan..." (No:20,E)

"Bir önceki başhekim rektörün isteğiyle bizim de onu talebimizle atandı. Sonra bu kişi kendini sadece rektörden emir alan biri olarak çalıştı sonraysa bu bizim hiyerarşik düzenimizi bozdu. Bir gece başhekimlikten ayrıldığını bize bildirmeden ayrıldı görevden... Biz Bakanlık tarafı olarak üniversitede yönettiğimiz yerin bize bağlı olmasını ve öyle hissetmesini istiyoruz. Amacımız budur. Başhekimin ne kadar önemli olduğu bu süreçte ortaya çıkıyor işte. İdari konudaysa kadrosu üniversiteye bağlı olan kişilerin üstüne iş sürecinde bir hatası veya itaatsizliği olduğunda bir disiplin olayının olması gerekir. Fakat, sözleşmede özlük hakkı olarak bu personel üniversiteye bağlı olduğu için biz yazıyla bunu rektörlüğe bildiriyoruz. Orası soruşturma açıyor ve çoğunda bir ceza uygulanmıyor. Bu çok önemli bir hata ve eksiklik. Bu da personele yansıyor kendini bize bağlı hissetmiyor ve disiplin anlamında farklı düşünüyor ve davranabiliyor. İki taraf arasında farklı sıkıntılar da yaşanabiliyor." (No:22,E)

"Afiliasyon sürecinde elbette sorunlar ve problemler yaşanmıştır. İnsan faktörü dolayısıyla çatışmalar olmuştur. Bu durum da hekimler arasında yani uzmanlar ve öğretim üyeleri arasında hizmet sunumu üzerinde gerçekleşti. Çünkü öğretim üyelerinin eğitime zaman ayırmaları uzmanlar tarafından hoş karşılanmıyordu." (No:24,E)

"Şu an biz mesela hastane içerisinde hem uzman doktorlarla hem de hastane idarecileriyle sıkıntılar yaşıyabiliyoruz maalesef. İl sağlık müdürlükleri ve başhekimlerle de benzer sıkıntılar var. Başhekimin program yöneticisini belirleyeceği bir sistemden bahsediliyor? Başhekim, Dr. Öğr. Üyesi şu an ben ise profesörüm. Ben eğitime ve bu eğitim işine yıllarımı verdim. Bunu yapmama rağmen ben bir program yöneticisi atamayacaksam ve oradaki Dr. Öğr. Üyesi bunu yapıyorsa bu iş olabilir mi benim aklım almıyor. Bu işin sadece başhekimde kontrolü olsun o etkili olsun ve sağlık hizmeti aksamasın düşüncesiyle yapılıyor. Eğitime zarar veriyorsunuz bunu yaparak. Ayrıca bu afiliasyon işi ilk başladığında tıp fakültemizin eğitimi garanti altındaydı. Bir

cezalandırma yoktu. Benim hocam, performans yapamadığı zaman da aktif iş gücü katsayısından kesmiyordu. Bunu kesersen sen eğitim tamamen cezalandırılmış oluyor. Hem performans yapamayacak hem de aktif iş gücü katsayısından kesilecek. İki yönlü cezalandırmayla ben hiçbir hocayı tutamam. Sağlık Bakanlığı bu konuda pozisyonunu net bir şekilde belirlerse ben de ona göre kendi değerlendirmemi yapıp lisans eğitimi gerçekleştirmeye çalışırım. Bunları ve ne yapacağımızı belirlemek için oturup konuşmamız gerek.” (No:30,E)

Büyük Değişim

Bu ana tema, afiliasyon modelinin hastanelerde yarattığı değişim, bu değişimin boyutları ve etkileriyle ilgilidir. Katılımcılar, afiliasyon modelini sürecin paydaşları için farklı boyutta etkileri olan büyük bir değişim olarak ifade etmişlerdir. Katılımcılar, afiliasyonun hastaneler adına finansal ve örgütsel anlamda önemli değişiklikler yarattığını, üniversite tarafı için ise kurumsal alt yapı ihtiyaçlarının karşılanmasını sağladığını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda yaşanan bu değişimin kendi içinde bazı avantajlar ve dezavantajlar içerdiği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Afiliye olan hastaneleri; devlet hastanesi iken afiliye olanlar ve eğitim araştırma hastanesi iken afiliye olanlar olarak ayrı değerlendiren katılımcılar, afiliasyonun uygulama öncesi 2. basamak devlet hastanesi olan hastaneler için daha fazla avantaj yarattığını belirtmişlerdir. Bu hastaneler için afiliasyonu üçüncü basamak bir üniversite hastanesine dönüşüm ve evrilme süreci olarak değerlendiren katılımcılar, yaşanan değişimi pozitif olarak nitelendirmişlerdir. Genel olarak afiliasyon modeline geçen tüm hastaneler için yeni sürecin önemli bir değişim yarattığına da vurgu yapılmıştır. Ayrıca katılımcılar, Türkiye’de yapılan afiliasyon uygulamasının şu an ki mevcut sonuçları itibariyle avantajlarının dezavantajlarına göre daha baskın olduğunu ifade etmişlerdir. Bu ana tema, “Yönetim Yapısının Değişimi”, “Finansal Yapının Değişimi” ve “ Değişim ile Gelen Avantajlar ve Dezavantajlar” olmak üzere üç alt temadan oluşmaktadır. ‘Yönetim yapısının değişimi’ alt teması afiliasyonun hastaneler içerisinde oluşturduğu örgütsel değişim ile, ‘finansal yapının değişimi’ afiliasyonun hastanelerin finansal durumları üzerinde yarattığı değişim ile, ‘değişim ilen gelen avantajlar ve dezavantajlar’ alt teması ise afiliasyonun hastanelerde yaratmış olduğu örgütsel ve finansal değişimin olumlu ve olumsuz durumları ile ilgilidir.

Yönetim Yapısının Değişimi

Katılımcılar, afiliasyonun yarattığı değişimin yönetsel olarak hastane içerisinde ciddi farklılıklar oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Yeni süreçle birlikte yaşanan bu farklılıkların yönetim kademesinden başladığı ve daha sonra bütün çalışanları etkilediği ifade edilmiştir. Afiliasyon öncesinde hastanenin idari yönetiminde tek yetkili kişi başhekim iken afiliasyon sonrasında idari yönetime tıp fakültesi dekanının da dahil olmasıyla hastane yönetiminde yetki paylaşımı olduğu katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Çünkü afiliasyon sonrası hastane içerisinde başhekimin hastanenin idari yönetiminden, dekanın ise hastanenin eğitim ve araştırma faaliyetlerinden sorumlu kişisi olarak görev yapmaya başladığı ifade edilmiştir. Dolayısıyla da farklı özlük haklarına sahip iki kurum çalışanlarının her iki yöneticiye de bağlı bir şekilde çalışması gerekmiştir. Ayrıca, afiliasyonla birlikte daha önceki süreçten farklı olarak kliniklere başhekim tarafından atanan eğitim sorumluları ve idari sorumlular görev almaya başladığına vurgu yapılmıştır. Bazı katılımcılara göre kendi kurumları özelinde, hastane içerisinde yönetim kademesinde yaşanan bu değişimin olası olumsuz yönleri yönetimde görev alan bireylerin yönetsel uyumları sebebiyle önlenmiştir. Daha sonraki süreçte ise Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan yönetmelik değişiklikleri ile başhekim olma şartları farklılaşmış ve öğretim üyesi unvanına sahip olanların başhekimlik yapması sağlanmıştır. Yaşanan bu durum da katılımcılar tarafından yönetim gücünün üniversite tarafına kaydığı şeklinde yorumlanmıştır.

“İdari yapıda önceden tek yetkili kişi vardı. Daha sonra yönetim kademesine dekanlık da girmiş oldu. Böylece hastane yönetiminde yetki paylaşımı gerçekleşmiş oldu. Buna ilişkin yönetimde karmaşa olabilir şeklinde endişemiz vardı ama bu kişilerin olumlu yaklaşımları sayesinde yaşanmadı. Ayrıca başhekim dekanı tıbbi süreçlerde destekledi.” (No:1,E)

“Hastane yönetimi anlamında ciddi bir değişim yaşandı. Hastanenin en tepe yöneticisi noktasına başhekimin yanına dekan da eklendi. Ama bu değişikliğin yaratabileceği potansiyel çatışmalar yönetsel uyum sayesinde atlatıldı. Ama yaşanan değişim karmaşık bir süreçti.” (No:2,E)

“Yönetim dengesi daha sonra dekanlığa kaymıştır. Bence bakanlık da bunu istiyor. Çünkü bakanlık, başhekim kadrosuna öğretim üyelerinin geçmesi için

yönetmelik değişikliği yapmıştı. Bakanlık da yönetimi üniversite tarafına vermek istiyor.” (No:3,E)

“Uyumlu çalışması gereken iki erk ortaya çıkardı. Başhekim ve dekan... Bu iki erke bağlı personellerin uyumlu çalışması gerekiyordu. Bu personeller aynı klinikte beraber çalışmaya başladı. Bu durum bir miktar zorluklar yaşattı tabi bize. İki erkin kişisel iyi ve yapıcı tutumları bu sürecin çok problemlili geçmemesini sağladı.” (No:4,E)

“İdari yönetim açıkçası ilk başta biraz bocaladı. Çünkü daha önce idari yönetim en fazla uzman unvanına sahip kişideydi. Ama dekan konumuna profesör ve doçent gibi üst unvanlar gelmeye başlayınca başhekim konumunda olan kişi ona karşı ya biraz kendini geri çekmeye veya karşı duruş sergilemeye başladı. Ama bunu dengeleyen bir unsur, uzman unvanına sahip kişilerin yükselerek öğretim üyesi olmaları oldu. Ama genel ve doğal bir durum olarak dekanlık kadrosuyla bakanlık kadrosunun yöneticileri zaman zaman zıtlaşabiliyorlar. Bizim hastanede şu an öyle bir durum yok yöneticilerin birleştirici tutumları sayesinde. Başhekim idari ve mali işlerden sorumlu iken dekanlık daha çok eğitim faaliyetlerinden sorumlulardır.” (No:5,E)

“Afiliasyon çok başlılık gibi bir durum oluşturdu. Dekanlar dekan gibi değil de perde arkasında asıl yönlendiren kişi konumunda oldu.” (No:6,E)

“Hastane yönetimi hastane yöneticisinin/baştabibinin sorumluluğunda tabi olduğu mevzuat hükümleri doğrultusunda yürütülür şeklinde açık hüküm bulunduğundan yönetim ile ilgili ciddi bir değişiklik olmamakla birlikte hastane afiliasyon sonrası eğitim/üniversite hastanesi niteliği taşıdığından hastane yöneticisi/baştabibi de en az doçent düzeyinde yöneticiler tarafından yönetilmiştir.” (No:16,K)

“Eğitim araştırma hastanesinde akademisyenlerin olmasından dolayı eğer baştabip üniversite tarafının teklifi üzerine atanırsa kendini bakanlık ve sağlık müdürlüğüne bağlı hissetmiyor. Tamamen rektöre bağlı görevli olarak düşünüyor. Bu durum da bize yönetim ve idare olarak zafiyet yaşıyor. Fakat baştabibi biz teklif ettiğimiz zaman kişi öğretim üyesi olmasına rağmen üniversite tarafı muvafakat vermekte sıkıntı oluşturuyor. Dolayısıyla böyle bir sıkıntı yaşıyoruz.” (No:21,E)

“Bizim başhekim ile dekan önceden tanışıyorlardı. Dekanımız, pek hastanenin işlerine karışmadı. Kendi aralarında uyum vardı. Başhekimde, dekanın işlerine müdahil olmadı. Bu süreci beraber yürütmeye çalıştılar. Öyle tahmin ediyorum en azından, dışardan gözlemim bu yönde oldu. İkisi de iyi insan bir kere. Hizmet etmeye çalıştılar, kavgacılık yerine. Uzman hekimlerimizden bazıları öğretim üyesi olup üniversite çatısına katıldı. Personel sayımızda aman aman bir artış olmadı. Şu an için idari açıdan bir problem bulunmamaktadır.” (No:22,E)

“Şimdi ben burada tıp fakültesinin dekanı olarak, akademisyenlerin, öğretim üyeleri hocaların amiriyim ama Sağlık Bakanlığı’na bağlı diğer hekim ve yardımcı sağlık personelinin amiri değilim. Normalde üniversite personeli bakanlık oluru ve görevlendirmeye afilyasyon hastanesinde çalışmaktadır. İdari mülkü amir olarak il sağlık müdürlüğüne bağlı oluyor uygulamada. Ama üniversite personeli 2547 sayılı YÖK Kanunu’na bağlı olduğu için özlük işleri o kanuna uygun yapılmak zorunda. Hastanede çalışan diğer tüm yardımcı sağlık personeli ve diğer idari ve teknik çalışanlar başhekimlik ve il sağlık müdürlüğüne bağlı olarak çalışmaktadırlar. Değişen idari yönetimde, dekanlıkta olması gereken bazı yetkiler, yeni çıkan yönetmeliklerle başhekimlik tarafına kayıyor. Bunun da sebebinin sağlık hizmetlerinin aksatılmaması olduğu söyleniyor. Bu duruma örnek olarak, yeni yönetmelikte klinik eğitim sorumlusunu atama yetkisinin başhekimliğe geçmesi.” (No:23,E)

“Afilyasyonla birlikte kliniklerde eğitim sorumlusu, idari sorumlu gibi yeni kavramlar meydana geldi. Şu an bunlar başhekim tarafından atanıyor. Bence eğitim sorumluları dekan tarafından atanmalıdır. Kısaca, afilyasyonun hastanelerde idari anlamda değişim yarattığını kabul etmekle birlikte büyük bir değişim yaşattığını düşünmüyorum. Yalnız, hastanelerde başhekimin doçent veya profesör olması şartı yönetmelikte yer aldığı zaman hastanenin başhekimleri üniversite tarafından kişiler oldu. Son başhekimlerin çoğu üniversite tarafından oldu.” (No:24,E)

“Öğretim üyeleri özlük olarak üniversiteye yani dekanlığa bağlı olmaları başhekimin idari gücünü azaltmıştır.” (No:26,K)

“Hastanemizde afili olma süreci sonrası personel dağılım cetveline dahil olmayan üniversite personeli le yardımcı sağlık personeli ve doktor sayısı artmıştır.” (No:29,E)

Finansal Yapının Değişimi

Görüşmelere katılan katılımcıların büyük bir çoğunluğu (n:27), afiliasyon modeline geçen hastanelerin finansal durumlarında bazı değişimlerin yaşandığını ifade etmişlerdir. Katılımcılara göre bu değişim, hastanelerin hem gelir hem de giderleri üzerinde etkili olmuştur. Afiliasyonun etkisiyle hastanelerin hem gelirlerinde hem giderlerinde artış yaşandığı belirtilmiştir. Hastanelerin gelirleri büyük oranlarda artarken giderler de yaşanan artış, gelir artışına kıyasla daha küçük oranlarda yaşandığına vurgu yapılmıştır. Daha önce devlet hastanesi iken afiliasyon ile üniversite hastanesi statüsü kazanan hastanelerde SUT katsayısı arttığı için gelir tutarının yükseldiğine değinilmiştir. Katılımcılara göre, hastanelerde yaşanan gelir artışının tek sebebinin SUT katsayısının değişmesi değil, üretilen hizmet sayısının artması ve böylece fatura tutarı yükselmesinin de bu artış da bir etken olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, ilgili dönem içerisinde kamu hastanelerinin performansının değerlendirilmesine ilişkin bir uygulama olan yönetici performans karnelerinin bu performans yükselişi üzerinde doğrudan bir etkisi olduğuna dair herhangi bir katılımcı söylemi olmamıştır. Afiliasyon sonrası hastanelerin finansal tablolarında iyileşmelerin olduğuna, finansal performanslarının yükseldiğine ve bazı hastanelerin daha önceki borçlarının bir kısmını ödediğine vurgu yapılmıştır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın afiliye hastaneleri global bütçe üzerinden desteklediğine de değinilmiştir. Afiliasyon sonrası yaşanan gider artışını ise döner sermaye, sabit ek ödeme, nöbet ücreti giderleri ve mesai dışı döner sermaye giderlerinde yaşanan artışların oluşturduğu ifade edilmiştir. Yine benzer şekilde hastanenin satın alma biriminde daha farklı ve yüksek tutarlarda yapılan alımların da giderlerin yükselmesine sebep olduğu belirtilmiştir.

“Bu değişim finansal anlamda çok kıymetli çünkü afiliasyonun pozitif yönünün büyük kısmını finansal anlamda hastanede yaşanan olumlu değişimler oluşturmaktadır. Finansal anlamda sürecin paydaşları adına afiliasyon bir kazan kazan ilişkisidir. Hem Bakanlık, hem üniversite hem de hastane açısından...” (No:1,E)

“Anjiyografi cihazını Sağlık Bakanlığı'nın izniyle aldık ve bu işlemi yapmadan önce 6 milyon TL kestiğimiz fatura tutarı sadece bu işlemi yapmaya başladıktan bir ay sonra 8 milyon TL olarak %33 oranında artış gösterdi. Bunda da en büyük katkı afiliasyonla birlikte hastanemizde çalışmaya başlayan öğretim üyelerimizin oldu.

Gelirimizin büyük oranda artmasının yanında bazı gider kalemlerinde yaşanan küçük artışlar afiliasyonun olumlu finansal etkisini gölgeleyemez.” (No:2,E)

“Hastanemiz afiliye olmadan önce devlet hastanesi iken 5 milyon TL fatura keserken şu an 3. basamak olması ve hizmet kapasitesi ve çeşitliğinin artması sayesinde 8-8.5 milyon TL meblağlarında fatura kesmektedir. Global bütçe aynı değişmedi. SUT fiyatları artmadı bizim hizmet sayımız artmıştır. Büyük bir gider artışı yaşamadık. Sabit giderler pek fazla değişmedi. Taşeronların kadroya geçmesi durumu biraz gider artışı yaratmıştı. Demirbaş, malzeme, tıbbi cihaz (anjiyo cihazı gibi) gideri biraz artmıştır. Yaptığımız işlerin çoğalması sebebiyle... Ama artan gelirin yanında bu giderlerin artması çok küçük bir oranda yaşanmıştır. Kanuni yükümlülükler arttı ama bu gider arttı diyemeyiz. Gelirimizin artmasına bağlı oluşan bir durum bu...” (No:3,E)

“Finansal performansımızda yükseliş oldu. Poliklinik ücretlerimiz ikiye katlandı, A grubu ameliyat sayısı arttı. Hasta sayımız yükseldi. Mali tablolar pozitif yönde değişti. Giderlerimiz de arttı. Döner sermaye, sabit ek ödeme, nöbet ücretleri giderleri ve mesai dışı döner sermaye giderlerinde artışlar yaşanmıştır. Afiliasyon, hastanemizin finansal performansını kötü etkilememiştir. Hiç kullanmadığımız malzemeleri alır olduk, ek ödeme dağıtım miktarımız arttı. Bunlar da hastanemizin gider tutarını yükseltti. Ama gelirimiz de arttı. SGK'ya kesmiş olduğumuz fatura tutarımız yükseldi. Hastanemizin cirosu akademisyenler sayesinde %50'ye yakın artmıştır.” (No:4,E)

“Afiliasyon öncesi biz 2. basamak bir hastaneydik. Dolayısıyla fatura tutarımız SUT'un bu basamak için öngörülen tarifesiyle sınırlıydı. Afiliasyonla birlikte 3. basamak olunca hizmetimizin değerlendirilme tarifesi hem işlem bazlı hem de çeşitliliği anlamında arttı. Böylece fatura tutarımız yükseldi.” (No:6,E)

“Hizmette kullanılan cihaz ve aletler de ödenmeye başlanır hale geldi. Yani hastanenin aylık ve yıllık olarak SGK'ya kestiği fatura tutarı yükseldi. Daha kaliteli iş yapmaya başladık. Daha yüksek ciro elde ettik ve personele daha yüksek ek ödeme yaptık. Poliklinik muayene tutarımız arttı. 30 TL'den 60 TL oldu. Hekimin aldığı ek ödeme %1 oranında pay alıyorsa bu rakam %1.5 oldu. Hastanenin sabit giderleri değişmedi zaten çok fazla ama gelir artışı olunca hastane hem borçlarını ödedi hem

de personeline daha yüksek oranda ek ödeme dağıtmaya başladı. Afiliasyonla birlikte 2. basamaktan 3. basamağa geçince SUT uyarınca hastanenin poliklinik gelirleri arttı. Buradan gelen kaynaklarla da hastanenin afile öncesı mevcut olan borçlarının tamamı kapatıldı. Poliklinik gelirinin birkaç kat artmasının ardından ileriki zamanda bazı götürüler oldu afiliasyonla birlikte...” (No:7,E)

“Satın alma birimimiz için alım limitleri farklılaştı. Artış yönünde oldu bu farklılaşma durumu... İhale süreçlerinin yönetiminde ilçe hastaneleri birleştirilip il sağlık müdürlüğünce gerçekleştirildi. Satın alma tarafında yetki hastane yani bakanlık tarafındadır. Üniversite bu konuda bize taleplerini iletmektedir. Satın alma süreçlerinin içeriği değişti. Ağırlıklı olarak doğrudan temin yöntemine devam edildi. İl sağlık müdürlüğü ihaleleri yapıyor. Aldığımız malzeme listesi hem genişledi miktar olarak ve zenginleşti. Bunlarla beraber satın almanın iş yükü arttı.” (No:11,E)

“Hocaların ve asistanların gelmesiyle yeni malzemeler ve cihazlar alındı. Çalışma alanları oluşturuldu. Bu da gider artışına sebep oldu. Döner sermaye giderinin artışından ziyade bu gider artışı daha büyük miktarda olmuştur. İlk 3-4 yıl afiliasyonun sefası sürüldü daha sonra ise afili hastane olmanın sıkıntıları yaşanmaya başladı ve şu an o süreçteyiz. SUT fiyatlarının artması bu olayda bir iyileşme sağlayabilir.” (No:12,K)

“Afiliasyondan sonra üniversite tarafına (rektör, yardımcıları, genel Sekreterlik ve dekan) bir ek ödeme çıkışı yaşandı. Bu durum da ek ödeme yönetmeliğiyle ilgili birşeydi. Onlara artı ve yasal bir ödeme oluyor. Hastane bütçesine ekstra bir yük oldu tabi bu durum... Afiliasyon olayı, hastanemizin finansal performansına olumlu yansıdı şeklinde düşünüyorum. Ameliyat sayımız ve poliklinik sayımız arttı. Şehir dışına giden sevklerimiz azaldı. Diğer taraftan ameliyatlara için farklı malzemeler gerektiği için satın alma farklı alımlar yaptı. Onların işleri arttı ve satın alım miktarları yükseldi. Bu kaynaklar hizmetlerde kullanıldığı için faturalarda karşılık buldu. Afiliasyonun ilk gününden bugüne kadar düzenli olarak hastanenin fatura tahakkuk tutarı artış göstermiştir. Örneğin, 3 yıl önce 6 trilyon iken şu an 10 trilyon kesiliyordu. Kaydadeğer bir artış yaşanmıştır.” (No:14,E)

“Fakat yaşanan bu birleşmeden sonra ek ödeme tarafında üniversitedeki hocalara çok fazla ödeme gittiği için hastanelerde çalışan uzman hekim ve hemşire

başta diğer yardımcı sağlık personellerinin ek ödemesi azaldı ve gelir kaybı yaşamış oldular.” (No:15,E)

“Ben buraya geldiğimde genel sekreterliğimize bağlı bir hastanemiz afiliasyon sürecinin içerisindeydi. O süreçte şunu gördüm, kamu yararı açısından daha ucuza mal alınıyor, maliyet anlamında düşündüğümüzde hocaların özel istekleri sarflar ve tıbbi cihazlar için Sağlık Bakanlığı’nın kuralları daha net, tasarrufa yönelik ve belirgin. Profesyonel ve daha maliyet etkin bir satın alma gerçekleştiriyoruz.” (No:16,K)

“Afiliasyondan önce eğitim araştırma hastanesi olmayan hastaneler, poliklinik hizmetlerinden 34 TL alırken uygulama sonrası bu fiyat 56 liraya çıktı. Eğitim araştırma hastanesi olan hastanelerde ise uygulamayla beraber 44 lira olan ayaktan hasta poliklinik hizmeti hastanenin U1 statüsüne geçmesiyle beraber 56 lira almaya başlamıştır. Yani ikisinin de artışı oldu. Dolayısıyla gelirler artmış oldu. Özellikle ikinci basamak hastanelerde bu artış daha da yüksek oldu ve %70’lere varan gelir artışları yaşadılar. Aslında finansal olarak hastanelerin gelirinin artmasının yanında döner sermaye dağıtımında bireylerin tutarlarındaki azalmayı afiliasyonla açıklayamayız. O durumu; SUT fiyatlarına çok uzun yıllardır zam yapılmaması ama buna karşın hastanelerde çalışan personel giderinde, temin ettikleri cihaz ve malzemelerde hatta hastanenin sabit su ve elektrik giderlerinde artışlar yaşanmıştır. Dolayısıyla oradaki artış buraya kaydırılmış ve döner sermaye dağıtımına etki edememiştir. Örneğin, 10 milyon TL gelire sahip olan bir hastane düşünün...Bu gelirin 5 milyonu ayaktan hasta geliri diğer 5 milyonluk kısmı ise yatan hasta geliri olsun.. Afiliasyonla beraber bu hastanenin geliri 11 milyon TL oluyor ve %10 artış sağlanıyor. Bu artış miktarı olan 1 milyon TL ile hastanede üniversiteden 100 tane personel çalıştırsak ve her birine 10 binden döner versek bu tutar kullanılmış oluyor. 100 yeni personel hastaneye kazandırılmış oluyor ve hastaneye hizmet sunum katkısı yapmış olunuyor. Ama o personeller olmasa biz o 1 milyonluk artışı mevcut hastane personeline dağıtacağız ve onlarda ekstra bir hizmet katkısı hastaneye sağlayamayacağız. Dolayısıyla afiliasyonun hastanelerin giderlerinin artması üzerindeki etkisinin sıfır olduğunu düşünüyorum. Hekimleri arasındaki gelirler bir uçurum oluyor mu? Belki şöyle oluyor olabilir... Eskiden herkes uzmanken 2.50 ile çarpılırken evet şimdi birileri 3.30’la çarpılıyor. Aslında burada afiliasyon dolayısıyla

yaşanan gelir artışı miktarı da söz konusu... Ayrıca global bütçe diye de bir durum var. Bu bütçe aracılığıyla diğer hastanelere göre afilyasyon hastaneleri %10 oranında ekstradan destekleniyor.” (No:18,E)

“Afiliye olan hastaneler, tedariklerini daha etkin bir şekilde kullanmaya başladılar. Atıl kapasitelerini faal olarak kullanmaya geçtiler. Hastanelerin finansal olarak borç ödeme süreleri azaldı ve borçlarından kurtuldular. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde daha önce global bütçeye geçiş yaşanmıştı. Böylece hem hastanelerin hizmet üretimleri arttı ve tahakkuk tutarları da yükselmiş oldu. Hizmet genişlemesi yaşandı. Böylece ek ödeme miktarı ve dağıtımı artmış oldu.” (No:19,E)

“Şu var: hastane bazlı bu değişim farklılaşabiliyor. Kimi hastanelere bu pozitif yansırken bazılarında pozitif yansımadı. Pozitif yansıyanlar kim? Küçük ölçekli hastaneler... Bunlar da devlet hastanesi iken eğitim araştırma hastanesi olanlardır. Katsayı arttığı için gelir tutarı yükselmiş oldu. Bölüşüm tarafı daha iyi bir şekle dönüştü. Ama hastanenin yapısı zaten eğitim-araştırma ise çok anlamlı bir katkı olmamıştır. Hatta paylaşımda rahatsızlık oluşturdu. Çünkü paylaşım yapılan kişi sayısı arttı.” (No:20,E)

“Afilyasyon hakkında ifade ettiğim gibi sağlık hizmeti üretip üretmediğine bakılmaksızın hastane gelirinden öğretim elemanlarına ödenen ek ödeme hastane açısından sıkıntı olmuştur. Diğer taraftan hastanede üretilen sağlık hizmetlerinin faturalandırılması üniversite hastanesi olarak nitelendirildiğinden Sosyal Güvenlik Kurumuna %10 ilaveli olarak faturalandırılmıştır. Hastanenin gelirinde artma olmuştur.” (No:21,E)

“Çerçeve ihaleler doğrultusunda toplu alımların gerçekleşmesi sonucu daha düşük maliyetle sarf malzemesi, ilaç ve tıbbi malzeme temin edilmesini sağlamıştır. MKYS ile diğer hastanelerin stoklarından faydalanma imkânı sağlanmıştır. Ülkenin kaynaklarının daha verimli ve etkin kullanımını sağlamıştır. Afilyasyona ilk başladığında 40 milyona yakın üniversite hastanesinin borcunu biz ödedik. Üniversite tarafında muhasebenin de satın almanın da iç içe olduğunu sürece dahil olduğumda fark ettim. Hocaların istedikleri malzemelerin hep alındığını gördük. Bize devrolduğuna yönetim açısından bu konuda bir disiplin oluşturmaya çalıştık. Bu süreci bakanlık mevzuatına uygun olarak yapmayı hedefledik. Böylece gelir ve giderde

bir disiplin oluşmaya başladı. Gelir ve gidere baktığımızda 7 milyon tahakkuk yapan hastane bakanlık desteğiyle global bütçeden 10 milyon alabilmekte bu da bakanlığın desteğine işarettir. Böyle bir finansal değişim yaşatmıştır afiliasyon bize ...” (No:22,E)

“Orta vadede üniversite hastanesinin mal ve hizmet alımları ile eksiklerinin giderilmesi, personel ek ödemeleri vb. hastane için mali yük oluşturmaktadır. Birden çok binada sağlık hizmeti verilmesi nedeniyle bina hizmet giderleri, personelin efektif olarak kullanılamaması, aynı cihazın birden çok bina personeli tarafından talep edilmesi gibi sorunlarla karşılaşılmaktadır.” (No:23,E)

“Devlet afiliye hastaneleri global bütçe üzerinden desteklemiş oldu. Afiliasyon etkisiyle hastanelerin hem gelirlerinde hem giderlerinde bir artış yaşanmıştır. Gelir artışına baktığımızda; SUT’taki yıldızlı işlemler de değerlendirildiğinde yatan hasta tahakkukunda %10-15 oranında bir yükseliş olmuştur. Ayaktan hasta tahakkukundaysa bu artış oranı daha yüksek olup %30-40 aralığında bir artıştır. Hastanelerin statülerinde yaşanan değişim (A1, A2-U3) gelir artışı sağlamıştır. Hastanelerde yaşanan gider artışına baktığımızdaysa personel giderleri artmıştır. Sabit giderler de arttı. Değişken giderlerde ise bazı giderler artarken bazıları azalmıştır. Borç stok yönetiminde iyileşmeler yaşandı. Global bütçe, hastanenin kendi bütçesine eklendi ve bilimsel araştırma projeleri için ayrılan %5 pay oranı kalktı. Bunun yerine %2.5 üniversiteye aktarıldı ve bu global bütçe üzerinden oldu. Afiliasyonla birlikte birleşen hastaneler veya ortak kullanıma geçen hastanelerde üniversitelerle bilanço bileşimi yaşanmıştır. Böylece idare açısından herşey Sağlık Bakanlığı tasarrufunda oldu. Yarın öbür gün bir ayrılma olursa bilanço ayrışması birleşme önceki gibi olur.” (No:24,E)

“Normalde üniversite hastaneleri eğitim ve araştırma amaçlı olmasında dolayı, mali ve ekonomik anlamda ister istemez sorunlar yaşıyor. Büyük borçları oluyor. Çünkü hem YÖK’ün bütçesi buna yetmiyor hem de oluşan döner sermaye gelirleri. Ama Sağlık Bakanlığı tarafı böyle değil. Orada profesyonel işletmecilik anlayışı ve bir mali disiplin yapısı var. Üniversitenin mali sorunlarını bu sayede 6 ay içerisinde çözüyoruz. Sebebi de şu; normalde birikmiş borçları var. Bakanlık bu borçları normalde 120 günden öteye ertelemes bunları çıkışının iki katına. Bakanlık keyfi alımların önüne geçiyor. Mali açıdan düzelmeler oluyor. Alım talepleri değerlendirmelere tutuluyor. Bir malzeme alınacaksa illa en yüksek fiyatlısı

alınmaktan vazgeçiliyor. YÖK ve üniversite hastane işletmeciliğinden iyi anlamıyor. Bana bir tane iyi yönetilen ekonomik yapısı pozitif olan bir üniversite hastanesi gösterir misin? Bunu da beklemeyelim ondan. Orası bir okul çünkü...” (No:26,K)

“Asıl gelir gider dengesine baktığımız zaman en önemli mesele bu. Çünkü, gelirimiz bakanlık destekli arttı. Sabit giderleri pek değiştiremiyoruz asıl maliyet azaltımını değişken giderler üzerinde yapmaya çalışıyoruz. Bakanlığın maliyet ve giderde tasarruf diye bir yaklaşımı var. Biz de bunu uygulamaya çalışıyoruz. Ama hocalar satın alımlarda pek buna uymadan kendi istediklerini aldirmaya çalışıyorlar. Ama biz onları bu konuda ikna etmeye Bakanlığın istediği şekilde alıma uymaya ikna etmek üzereyiz.” (No:28,E)

Değişim ile Gelen Avantajlar ve Dezavantajlar

Katılımcılar, afiliasyonla birlikte hastanelerde örgütsel ve finansal boyutta bazı değişimlerin yaşandığını ve bu değişimlerin hem kurum hem de çalışanlar için birtakım avantajlar ve dezavantajlar oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılara göre, afiliasyon sonrası yaşanan avantajlardan birisi; hastanenin hekim sayısının ve hekim niteliğinin yükselmesi ve böylece hizmet sunum gücünün artmasıdır. Hastane afiliasyon modeline geçtikten sonra, üçüncü basamak bir üniversite hastanesi statüsüne kavuştuğu için prestij sahibi bir hastane durumuna geçtiği belirtilmiştir. Hastaneler için oluşan dezavantajlar ise, kendi personelinin bu değişimden memnuniyet duymaması ve bu anlamda bazı örgütsel sorunların yaşanmış olması, kendi iş süreçlerinde ve yönetim yapılarında değişime gitmek durumunda kalmaları şeklinde belirtilmiştir. Diğer taraftan üniversite için afiliasyon ile birlikte ortaya çıkan avantajlar, kendilerine yeni bir hastane inşa etme ve yönetme güçlüğünden kurtularak halihazırdaki işleyen bir sisteme dahil olmuş olmaları, kendi öğretim üyelerinin araştırma faaliyetlerinde, öğrencilerin ise eğitim faaliyetleri için gerekli ortama sahip olmaları olarak ifade edilmiştir. Katılımcılara göre afiliasyonun üniversite açısından dezavantajı olarak hastane içerisinde kendi söz haklarına yeterince sahip olmadıkları düşüncesi ve kendilerine kuruma ait hissetmemeleridir.

“Afiliasyonun en büyük avantajı sunamadığımız tıbbi hizmetleri sunar hale geldik bu da akademisyenlerin beceri, yetenek ve vizyonları sayesinde oldu. Uzman

hekimler bu işe elini sokmuyorlar çünkü. Uzman hekim ve öğretim üyesinin hekim nitelik farkı çok belirgin. Belirgin mantalite farkı var aralarında...” (No:1,E)

“Hastanede hekim sayısı arttı ama maalesef yardımcı sağlık personeli (hemşire, tekniker, teknisyen) sayımız bu oranda artmamıştır. Bu olumsuz durumun göz önünde bulundurularak bir takım iyileştirmeler yapılabileceği görüşündeyim.” (No:2,E)

“Özellikle bir devlet hastanesi için düşündüğümüzde afiliasyonu çok büyük bir değişiklik olarak ifade edebiliriz. Bir devlet hastanesinin ana aktörü uzman hekimdir ama afiliasyon bu aktörü değiştirdi. Uzman hekimler akademik sürecin bir parçası oldular. Yani uzman hekimler için bir uygulama ve davranışsal değişiklik yaşanmış oldu. Bu soruya vereceğim öz yanıt afiliasyonun her anlamda ilimiz için ciddi ve büyük bir değişim olduğudur. Bu değişimde büyük çoğunlukla pozitif yönlü olmuştur. Ben afiliasyonu devlet hastanelerinin kabuğunu kırmasını sağlayan büyük bir olay olarak görüyorum.” (No:3,E)

“Afiliasyon süreci ilimizde 2010 yılında imzalan protokolle başlamıştı. Afiliasyon devlet hastanesinin bir eğitim araştırma veya üniversite hastanesine evrilme sürecidir. Yeni klinikler açma, yeni bölümler oluşturma ve hekim kadrosunun tamamlanması gibi... Bu da büyük bir değişim gerektirir tabiki...” (No:4,E)

“Avantaj olarak bölgesel bazda hastanesinin hizmet sunum çitasında yükselme sağlandı. Dezavantajı da örgütsel adaletsizlik yaratması oldu. Bu durum da örgütle ilgili birçok şeye zarar vermiş oldu.” (No:6,E)

“Afiliye olan hastaneler için şöyle bir ayırım yapılabilir: Devlet hastanesi iken afiliye olanlar ile eğitim araştırma hastanesi iken afili olan hastaneler arasında fark vardır. Çünkü devlet hastanesi iken afili olanlar genelde pozitif bir değişim yaşarken eğitim araştırma iken afili olanlar genelde negatif bir değişim yaşamışlardır.” (No:7,E)

“Yine de ülkemizde yapılan afiliasyon uygulamasının etkin olduğunu, olumlu sonuçlar yarattığını ve önemli değişimler oluşturduğunu ifade edebilirim.” (No:9,E)

“Avantajı, afiliasyon uygulaması etkin olursa atıl kapasite oluşturmada başarılı bir uygulama hayata geçmiş olacaktır. Zaten afiliasyondan en büyük beklenti

buydu. Dezavantaj olaraksa döner sermaye dağıtımında ortaya çıkan çatışmalardır. Ortaya çıkan bu çatışma, personellerin motivasyonunu düşürecek ve hizmet kalitesinin düşmesine neden olacaktır. Bu çatışmanın sebebi mevzuatsal da olabilir veya uygulamada yapılan hatalardan da kaynaklanmış olabilir.” (No:12,K)

“Afiliasyonun yarattığı avantajlara baktığımızda; küçük ölçekli devlet hastaneleri sadece mali anlamda bir kazanım sağlamakla kalmadı aynı zamanda hastanenin algısı da halk nezdinde değerli bir hale kavuştu. Eskiden devlet hastanesi olan hastane artık bir eğitim hastanesi sayılmaya başlandı. Bu sebeple olumlu bir hava oluşuyor.” (No:13,E)

“Bu afiliasyon işi güzel yönetilirse çok avantajlı, kötü yönetildiği zamanda ise çok dezavantaj yaratmış. Nedir bunlar? İki taraf da çalışmamış, küsmüş, kavga etmişler, birbirini şikayet etmiş, sabote etmişler kurumu ve birbirlerini... Ama sonra bu krizler güzel yönetildikten sonra avantaja dönüşüyor bu süreç... İki taraf arasında iletişim sağlanınca, hizmet süreçleri belirlenince durumlar iyileşiyor. Birbirlerine hasta sevk etmeleri düzene giriyor. Bu afiliasyon çok mantıklı bir uygulama ve bence avantajı dezavantajından çok fazladır.” (No:16,K)

“Dekanlık açısından düşündüğümüzde, malzeme alımı, temizlik, idari işler tarzı şeylerle hiç uğraşmıyorsun. Bunu şuna benzetebiliriz, araba kirliyorsun ve her şeyini sigorta karşılıyor gibi... İşleyen bir sistemin içine dahil olduk biz. Kendi üniversite hastanemiz olsaydı ilk kuruluş zamanı ve diğer ilk başlangıçta bir düzen kurana kadar baya sıkıntı çekecektik. Her şeyiyle biz ilgilenmek zorunda olacaktık. Bunlar bizim açımızdan çok büyük avantajlar. Dezavantajı ise şu: İki farklı kurumun, iki farklı kanuna bağlı olan kurumun bir araya gelmesi... Bu büyük bir sıkıntı yaratıyor. Başhekimler de her ne kadar öğretim üyesi olursa olsun belirli bir sürenin ardından o da bakanlık tarafından bakmaya başlıyor. Çünkü o isteniyor. Şu an ki hastane politikası, mümkün olduğu kadar hizmet üretilsin, hastadan şikayet gelmesin yönünde yani hizmet yönünde... Ama bizimde asıl amacımız eğitim vermek, tıp fakültesinin kuruluş gayesi o nihayetinde. Diğer bir dezavantaj ise bizim açımızdan en büyük dezavantajı bilimsel araştırma projeleridir. Kendi hastanesi olan üniversite tıp fakültelerinden cironun %5'i BAP'a ayrılırdı. Afili hastanelerde bu durum kalktı. Önce %2.5'a düştü şimdiden tamamen kalktı.” (No:17,E)

“En büyük avantaj; öncelikle ben şahsi anlamda söyleyeceğim bu konuyu... Şimdi, akademik fikri olan insanların konuya bakışları ile normal uzmanların konuya bakışı arasında çok yönlü bir farklılık var. Kendi çocuğum hasta idi. Burada bir uzmana götürdüğümde şöyle bakılıyor. Müdürüm hemen bakalım şuydu buydu vs... Üniversite hocasına götürdüğüm zaman böyle bakılmıyor. Yani işin makyaj tarafı yok. Ama çok yönlü olarak çocuğun kendisi, ailesi, bu hastanenin durumu, işleyişi dikkate alınarak çocuğa öyle yaklaşıyor. Bu ikisi arasındaki ayrım hizmet alan açısından farklılık oluyor. Bu noktada hastane yöneticisi açısından bir farklılık yok. Asıl avantajı ve konforu yaşayan hasta oluyor. Sistem var bir tarafta diğer tarafta kaç tane hasta bakma mantığı söz konusu. Birisi için bir metodoloji varken ortada diğerinde bir ölçüm mekanizması var. Dezavantajını da gördüm. O da şu: akademik fikri olan bir insanın beklentisi burada araştırma yapılmasıyla ilgili... Bu da maalesef şu an için hizmet sunumun dolayı çok mümkün olmuyor.” (No:19,E)

“En önemli avantajımız, en yüksek hastane statüsünde yani 3. basamakta olan bir üniversite hastanesinin şehrimizde olmasıdır. Bize prestij, imkan ve olanak sağlıyor. Afili hastanemiz, bölgemizde de en fazla itibar gören hastane konumundadır. En büyük dezavantaj ise üniversite personelinin kendilerini bakanlığa bağlı olarak hissetmemeleri. Yani bakanlığa karşı bir aidiyet hissine sahip olamamaları. Afiliasyonun başlamasının üzerinden yıllar geçmiş olmasına rağmen.” (No:22,E)

“En büyük avantaj; şu an eğer biz afiliye olmasaydık bir hastanemiz olmazdı ve sadece öğretim üyeleri olan bir tıp fakültesi olurduk. Tek bir eğitim binasına sahip olarak...” (No:23,E)

“En büyük avantajı tarafı şehir ve hastalar adına oldu. Dezavantajı ise uzman hekimler üzerine oldu ve olumsuz etkilendiler. Bu biraz kendileriyle biraz da uygulamayla ilişkilidir.” (No:26,K)

Prestijli Bir Kazanım

Bu ana tema, afiliasyon modeline geçildikten sonraki süreçte paydaşların elde ettiği kazanımlar ile ilgilidir. Afiliasyonla birlikte hem hastanelerin hem üniversitelerin hem de hastaların birçok kazanım elde ettiği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Katılımcılar hastanelerin; etkin kaynak kullanımı, insan kaynağı,

hasta popölasyonu, hasta sevkini önleme, hasta memnuniyeti, hizmet sunum niteliği ve hizmet sunum çeşitliliği bakımından çeşitli kazanımlar elde ettiklerini vurgulamışlardır. Afiliasyon sürecinde üniversitenin eğitim ve araştırma faaliyetlerinin niteliği ve niceliği bakımından, hastaların ise yüksek kalitede sağlık hizmetine erişim bakımından kazanımlar elde ettiğine değinilmiştir. Bu ana tema, “Hastane Açısından Kazanımlar”, “Üniversite Açısından Kazanımlar” ve “Hasta Açısından Kazanımlar” olmak üzere üç alt temadan oluşmaktadır. “Hastane açısından kazanımlar” alt teması afiliasyon ile birlikte hastanelerin bu süreç içerisinde kendi adına oluşturduğu faydalar ve elde ettiği kazanımlarla, “Üniversite açısından kazanımlar” afiliasyon ile birlikte bu sürecin bir paydaşı olan üniversitelerin elde ettiği kazanımlar ile, “Hasta açısından kazanımlar” alt teması ise afiliasyondan sonra bu hastanelerden hizmet alan hastalar lehine oluşan durumlar ile ilgilidir.

Hastane Açısından Kazanımlar

Katılımcılar afiliasyon modeline geöen hastanelerin hizmet sunumunda güçlendiğini ve hastalarına daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunmaya başladıklarını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda katılımcılar, hastanelerin afiliasyon modeline geötikten sonra hem hizmet üretim kapasitelerinin artırdığını hem de sağlık hizmeti sunumda daha fazla çeşitlilik oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Afiliasyon sonrası hastanenin sahip olduğu hekim sayısında ve niteliğinde artış yaşandığı belirtilmiştir. Bu artışla birlikte, daha önce hastanenin sunamadığı hizmetlerin sunulmaya başlandığı ve yapılamayan ameliyatların yapılmaya başlandığı vurgulanmıştır. Yine aynı sebeple, hastaların şehir dışına sevkinin önüne geöildiği ve böylece hastanenin hizmet etkinliğinin yükseldiği ifade edilmiştir. Katılımcılar, afiliasyon sonrasında hastanenin elde ettikleri başka bir kazanımın da uzman hekimlerin afiliye oldukları tıp faköltesinde öğretim üyesi olma fırsatı yakalamaları olduğunu belirtmişlerdir. Hastanelerin tıp faköltesi ile afiliasyon modeline geötikten sonra sahip oldukları kaynakları daha etkin bir şekilde kullandığı ve atıl kaynak kapasitelerini düşürdükleri belirtilerek daha önce hizmet vermeyen bölümlerinin hastane bünyesine katılan öğretim üyeleri ile beraber hizmet sunumuna başladıkları ifade edilmiştir. Katılımcılara göre, eğitim ve araştırma hastanesi iken afiliasyon modeline geöen hastanelerde araştırma faaliyetlerinde nitelik ve nicelik yönünden artış yaşanmıştır.

Ayrıca afiliasyondan sonra hastanelerin yatak doluluk oranlarının yükseldiğine de değinilmiştir.

“Hekimler dışındaki diğer personeller bu sürece olumlu yaklaştılar ve süreç sonrası memnuniyet duydular. Öğretim üyeleriyle çalışmanın güzel olduğunu dile getirdiler. Bu da hastanemizin pozitif anlamda ilerleme ve gelişim kaydetmesine katkı sağladı. Hastane personelinin nicel olarak hem sayısı hem de niteliği arttı. 42 hekim kadromuzun 5 tanesi profesördür. Bu sayede hastanemizin hizmet kapasitesi ciddi anlamda yükseldi. Yaptığımız ameliyat tiplerinde farklılık yaşandı. Özellikle A ve B tipi ameliyatlarda... Bu sayede personelimiz kendini geliştirme fırsatı buldu. İlk kez anjiyografi yaptık. Acil servisimizden şehir dışına yapılan sevklerin %72'sini önledik. Çünkü bunlar anjiyo işlemi için sevk ediliyordu. Sevk işlemi maliyetli bir şey aslında ambulans hizmetini ve personel tedarikini gerektiriyor. Bu sayede bundan kurtulduk. Ayrıca, kariyerleri boyunca mesleki gelişim süreci yaşayan akademisyenlerin hastanemizde olması hastanemizin kurumsal gelişimine de katkı sağlıyor.” (No:1,E)

“Geliri gideri karşılamayan işlemleri dahi yaparak hizmet üretim çeşitliliğimizi ve kapasitemize artırıyoruz. Hastanemiz açısından asıl amaç veya asıl kazanım budur.” (No:4,E)

“Hastanemizde KVC olarak anjiyo hizmeti önemli etki etti. Genel cerrahi bölümü hoca olarak fark yarattı. Kadın doğum aynı şekilde bazı hocaların gelmesiyle hizmet etkinliğini yükseltmişti böylece genel olarak etkileyici bir hizmet çeşitliliği de sağlandı.” (No:6,E)

“Hocaların gelmesiyle daha çok A ve B grubu ameliyatlara yapabiliyoruz. Bu bizim hizmet kapasitemizi artırıyor. Şehir dışına sevklerin önüne geçiyoruz. İl dışına giden hasta sayısı azaldı. Kardiyoloji ünitemiz verdiği hizmetlerle fark yarattı ve hastanemize büyük katkı sağladı. Bazı A grubu ameliyatlarda maddi anlamda artıdayız.” (No:7,E)

“Afiliasyon sayesinde önceden kendi hastasını başka şehre sevk eden ilimiz şimdi hem dışarı sevk yapmıyor hem de başka şehirlerin yakın ilçelerinden hasta almaktadır.” (No:9,E)

“Afiliasyonla birlikte gelir artıyor. Hizmet açısından hastalara ve insanlara yaklaşım kültürü değişiyor. Şikayet mekanizmaları var, bu sayede denetim sağlanıyor, gerekli tedbirler alınabiliyor. Sekreterlerimiz daha hızlı pratik. Hastaya pozitif yaklaşımımız var, empati yapabiliyor çalışanlarımız. Ama üniversite hastanesinde bu tarz örgüt içi durumlar yoktu. Onlar bürokratik ve yorgun, bizim taraf ise çok pratik ve dinamik bir yapı içerisinde. Her anlamda bu böyle... Memnuniyet oranımız çok yüksektedir.” (No:16,K)

“Bakanlık tarafındaki hastanede afiliasyonun şöyle bir pozitif tarafı var. Devlet hastanesindeki uzman, akademik kimliğe erişebiliyor. Böylece personelin niteliği artıyor.” (No:17,E)

“Sunulan hizmetin niteliği arttı ve hizmet alanların memnuniyeti yükseldi. Personeller için de kendilerini geliştirmek adına bir fırsat oldu bu uygulama. Kazanç ve gelişim açısından. Özetle sürecin zorlukları oldu ama tüm paydaşlar kazanım sağladı şeklinde düşünüyorum.” (No:19,E)

“Şunu söyleyeyim, bir devlet hastanesinin bir üniversiteyle afiliye olmasının o hastaneye katacağı çok şey vardır. Özellikle büyük illerdeki eğitim araştırmalar bu anlamda çok katkı görmedi çünkü onlar eğitim ve araştırmada iyi işler yapılan yerlerdi zaten. Ama diğer küçük şehirlerde bu anlamda çok büyük bir kazanım yaratılmış oldu. Daha önce anjiyo ve kvc ameliyatları burada yapılamıyordu. Hem ekipman hem de insan kaynağı yoktu. Başka şehirlere ambulanslar gidiyordu ama artık bunun önüne geçildi. İlgili hizmetler burada sunuluyor insanlara artık... Zaten Bakan'ın istediği buydu yani hizmeti yerinden sunabilmektir.” (No:20,E)

“Özellikli işlemlerin yerinde yapılmasına olanak sağlamaktı. Biz burada değerli hocalarımızla beraber üst düzey işler yapıyoruz. Biz burada tamamlayıcı tıp merkezini kurduk, yakında sporcu sağlığı merkezini açıyoruz. FTR hastanemizi açıyoruz 130 yataklı... Burasını biz çevireceğiz. Başka birçok projemiz var. Anlatmakla bitmez. Tüm bunları buradaki hocalarımla yürütüyorum. Bizim bunlara devam edebilmemiz için benim o hocaları burada tutabilmem gerekiyor. Şu an hastanemizin hekim kadrosunun yarısından fazlasını tıp fakültemizdeki hekimlerimiz oluşturuyor. 70 tane hocam şu an da hastanede aktif olarak hizmet veriyor. Yakın gelecekte inşallah biz kuruluşumuzu tamamlarsak tam anlamıyla aktif olursak bizim

norm kadromuz 176'dır, işte o zaman tüm ekip birlikte çalıştığımızda buranın sağlık problemlerini benim doktorlarım çözmeye devam edecektir.” (No:21,E)

“120'den fazla doçent ve profesörümüz var. Elimizdeki tıbbi insan kaynağını destekleyelim ve sadece kendi içimizden değil çevre illerden bile hasta almaya başladık. Bu bizim için büyük memnuniyet verici bir şey. Bu da afiliasyonun çok büyük bir kazanım olduğunu gösteriyor.” (No:22,E)

“100'ün üzerindeki profesör ve doçentimiz bu bizim için çok değerli. En büyük kazanımımız bu belki. Onlara sahip çıkarsak, onlarda bilimsel olarak kendini kanıtlayabilirlerse bu şehre ve sağlık sistemine pozitif yansır.” (No:23,E)

“Afiliasyon sayesinde mevcut hastanelerin atıl kaynakları da kullanılıyor. Daha önce hizmet vermeyen bölümler üniversiteden gelen hocalar sayesinde hizmet vermeye başlıyor. Zaten taşradaki üniversitenin 50 hocası ya var ya yok. O da ne güzel gelip oradaki hastanede hizmet sunuyor. Ne güzel bir uygulama işte...” (No:24,E)

“Sağlık Bakanlığı eğitim görevlisi kadrosuna dahil olan üniversite akademik personeli Bakanlığımızın; asistan eğitimi hizmeti programını güçlendirmiş, sunulan sağlık hizmeti kalitesini artırmış, araştırma faaliyetlerine nitelik ve nicelik artışı getirmiştir.” (No:26,K)

“Akademik personel sayısının artması ile hastanemizde hizmet sunumunun kalitesi yükselmiş, il dışı sevk sayıları düşmüş, yatak doluluk oranı ve özellikle ameliyat sayılarında artışlar gerçekleşmiştir. Böylece daha güçlü bir hastane olduk. Şehirde prestij kazandık ve hizmet sunumunda daha iyi bir konuma geldik.” (No:29,E)

Üniversite Açısından Kazanımlar

Katılımcılar, afiliasyonun sadece hastaneler için bir kazanım olmadığını aynı zamanda üniversitelerin yeni kurulmuş ve hastanesi olmayan tıp fakülteleri için de büyük bir kazanım olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılara göre, afiliasyonla birlikte üniversiteler kendileri için hem eğitim faaliyetlerini yürütebileceği hem de araştırma yapabilecekleri bir sağlık araştırma ve uygulama merkezine sahip olmuşlardır. Hastane yönetimi tıp fakültesinin eğitim ve öğretim faaliyetlerini destekleyerek Tıp fakültesinin eğitim ve öğretim programlarını yürütmesinde hastanenin verdiği

yardımcı sağlık personeli, fiziki kaynakların ve maddi desteklerin büyük kolaylık sağladığına vurgu yapılmıştır. Yani, mevcut kamu hastanesinin kurumsal geçmişinin ve imkanlarının sağladığı destek üniversitenin verdiği tıp eğitimini daha da kolaylaştırmış, tıp fakültesi öğretim üyelerinin yapacağı araştırma projesi çalışmalarına kolaylık sağlamış ve hazır laboratuvar ortamları elde edilmiştir. Katılımcılara göre üniversiteler, tıp fakülteleri için afiliasyon modeli ile kendilerine yeni bir hastane inşa etme ve onu idare etme yükümlülüğünden kurtulmuş ve sadece eğitim ve araştırma faaliyetlerine odaklanmışlardır. Üniversitelerin genel politikaları için de afiliasyon ciddi bir kazanım olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, afiliasyondan sonra öğretim üyelerinin hastanede hizmet sunumuna katıldıkları için şehirde pozitif bir imajı oluştuğu vurgulanmış, bu durumun da şehir ile üniversitenin bütünleşmesine katkı sağladığı ve şehirde üniversiteye sahiplenilmeye başlandığı belirtilmiştir.

“Normalde afiliasyon bir birlikte kullanım ve işbirliği modelidir. Üniversite tarafı için bu uygulama avantajlı oluyor. Kendileri yeniden hastane oluşturmak yerine mevcut iyi bir hastanede eğitim hizmetlerini yürütüyorlar. Hem de hastanenin döner sermayesinden faydalaniyorlar.” (No:12,E)

“Üniversitemiz sağlık ve spor alanında ihtisaslaşacağı için afiliasyonun varlığı tıp fakültemiz için önemli bir kazanım oluşturmaktaydı.” (No:14,E)

“Şu an eğer biz afiliye olmasaydık bir hastanemiz olmazdı ve sadece öğretim üyeleri olan bir tıp fakültesi olurduk. Tek bir eğitim binasına sahip olarak... Afiliasyon da biz hastaneye yani çalışan bir çarkın içine biz destek olarak geldik. İşletme sistemi var, yardımcı sağlık personeli, her türlü tıbbi cihaz ve malzemesi olan bir yer sonuçta...” (No:17,E)

“Üniversite hocalarının algıları halkta çok pozitif. Üniversite, şehir ile bütünleşti diyebilirim. Şehir de artık bu vesileyle üniversiteyi sahiplenmeye başladı.” (No:19,E)

“Afiliasyon sürecinde iki tarafın ayrı memnuniyetleri var. Tek taraflı değil bu memnuniyet. Ama bence afiliasyon üniversite tarafına daha çok yarıyor. Hem tesis kazanımı hem de ekonomik gelir kazanımı olarak düşünüyorum. Tabi hastaneye katkılarını da göz ardı etmemek gerek.” (No:20,E)

“Şehirde atıl kapasiteyi düşündüğümüzdeyse insan kaynağı, tıbbi donanım ve ekipmanlar üniversiteyle beraber daha etkin kullanılıyor. Afiliasyonla birlikte birbirine düşman iki kuruluş değil de ortak birlikte hareket amaçlı tek bir kuruluşla daha güzel bir çalışma sistemi oluşturulmuştur.” (No:21,E)

“Birlikte kullanılan hastaneden üniversiteye aktarılan BAP fonu üniversitenin bilimsel araştırmalarına maddi destek sağlamıştır. Birlikte kullanılan hastanede diğer sağlık bilimleri fakültesi çalışmaları da yürütülerek verimlilik daha da artırılmıştır. Tıp fakültesinin eğitim ve öğretim programlarına hastanenin verdiği akademik personel, yardımcı sağlık personeli, fiziki ve maddi destekler büyük kolaylık sağlamıştır. Mevcut hastanenin kurumsal geçmişinin ve büyüklüğünün sağladığı destek tıp eğitimini daha da kolaylaştırmış, tıp fakültesi öğretim üyelerinin yapacağı araştırma projeleri çalışmalarına kolaylık sağlamış ve hazır laboratuvar ortamları elde edilmiştir. Hazır mevcut olan hastaneler tıp fakültelerinin daha kolay kurulmasını sağlamıştır. Bu sayede öğrenci alımlarına hemen geçilmiş ve uygulamaya koyulabilmiştir. Öğretim üyesi istihdamı ve temininde de pozitif katkıları olmuştur. Döner sermayenin mevcut oluşu, hastanesinin hazır oluşu gibi. Üniversiteler, tıp fakültelerine ait araştırma ve uygulama hastanesi inşa etme zorunluluğundan kurtulmuş aynı zamanda hastane işletme güçlüğünden de kolaylık sağlamışlardır.” (No:26,K)

Hasta Açısından Kazanımlar

Katılımcılara göre, afiliasyon sürecinde hastane ve üniversite tarafının ciddi kazanımlar elde ettiği ama bu paydaşların elde ettiği kazanımların hastaneden hizmet alan hastalar adına çeşitli faydalar oluşturmuştur. Katılımcılar, hastaların yaşadıkları yerlerde daha önce erişemedikleri sağlık hizmetlerine artık erişebildiklerini ve şehir dışına sevk edildikleri durumları artık yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların şehir dışına sevk dolayısıyla katlandıkları dolaylı maliyetlerin ortadan kalktığı, öğretim üyelerinden hizmet alma fırsatını yakaladıkları ve üniversite hastanelerinde hastalardan alınan muayene farkı ücretlerinin afiliye hastanelerde alınmadığı belirtilmiştir.

“Daha önceleri hastaları sıklıkla acil servisten şehir dışına sevk ediyorduk. Afiliasyonla beraber bunun önüne geçebildik. Hastalar bu durumdan çok memnun.”
(No:1,E)

“Afiliasyondan sonra hastanın, şehir dışına sevki sebebiyle ortaya çıkan dolaylı maliyetleri ortadan kalkmış oldu. Afiliasyonun şöyle bir güzel yanı var: Hastalar için üniversite hastanelerinde hoca muayene farkı ve parası varken burada öyle bir şey yok.” (No:3,E)

“Sağlık hizmetlerinin asıl hedef kitlesi olan halk bu durumdan çok kazançlı çıkmıştır ki kanımca uygulamanın en önemli kazanımı da bu zaten...” (No:4,E)

“Hastalar açısından hizmete erişilebilirliğimiz iyi düzeydedir. Bir hasta için normal bir üniversite hastanesine kıyasla hizmete erişilebilirlikte daha yüksek bir seviyede olduğumuzu rahatlıkla söyleyebilirim.” (No:5,E)

“Hastaların şehir dışına gitmeleri mağduriyetinin önüne geçiyoruz.” (No:8,E)

“Daha önce önemli hastalıklar geçirmiş olan ailemde kişiler var. O zaman başka şehirlere sevk ediliyorduk tedavi için ve maddi-manevi külfetlere maruz kalıyorduk. Yıpratıcı süreçler yaşamıştık. Bu afiliasyonun bunların önüne geçtiğini ve şehrimiz insanı için olumlu olduğunu gördük. Şehrimize, profesörler ve doçentler geldi ve bizlere verdi.” (No:14,E)

“Vatandaşın üniversite hekimlerine erişilebilirliğinde artış sağlanmış, üniversite-halk arasında kopukluk azalmıştır.” (No:16,K)

“Afiliasyonun nitelikli sağlık hizmeti sunumuna faydasını düşündüğümüzde bu durumdan en büyük kazananın hastalarımız olduğunu rahatlıkla söyleyebilirim.”
(No:18,E)

“Hastalar totalde bu süreçten negatif etkilenmedi. Hizmet sunumu aksamadı. Küçük yerlerde pozitif bir algı oluşturdu hastalar adına. Hastalar için olumsuz bir durum yok. Bu uygulamada en büyük artıyı hastaya yazmak lazım belki de... Daha önce hastanemizde hasta memnuniyeti 10 üzerinden 6 iken şu an için bu en az 8'dir. En memnun olan en çok kazanan hasta oldu bu süreçte hatta şehir dışından hasta almaya başladık.” (No:20,E)

“Yeni bir hastane yapmayarak gereksiz yatırımın önüne geçilmiş oldu. Bu sayede hastalar tarafından çok çeşitli hizmetlere erişim sağlandı.” (No:24,E)

“Afiliasyonla beraber o ilde yaşayan insanlar daha iyi sağlık hizmeti almıştır, şehir dışına sevkleri azalmıştır. Özellikle işler artmıştır, daha az ambulans diğer şehirlere gitmiştir, çok çeşitli maliyetler de azalmıştır.” (No:27,E)

Modelin Geleceği

Bu ana tema, hastanelerin afiliasyondan sonra yaşadıkları problemlerin çözülüp çözilemeyeceğiyle ve afiliasyon modelinin gelecekte devam edip etmeyeceğiyle ilgilidir. Katılımcılar, afiliasyon sürecinin geleceğine ilişkin olarak paydaşlar adına bu modelin devam etmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Çünkü, modelin başarılı olduğu ve başarılı olan bir modelin de sürdürülmesi gerektiğine vurgu yapmışlardır. Ayrıca, bu süreçten sonra üniversite için yeni bir hastane yapılmasının hem pahalı hem de lüks bir yatırım olacağı dile getirilmiştir. Afiliasyon sürecinde hâlihazırda gerek yönetim kademesinde gerek personel arasında gerek de mevzuat anlamında hala eksikliklerin ve sorunların olduğuna da değinilmiştir. Süreçte yaşanan problemlere yönelik Sağlık Bakanlığı ve YÖK’ün inisiyatif alarak çözümler üretmesi gerektiğini ifade eden katılımcılar, afiliasyon modelinin bir takım iyileştirmelerle daha sağlıklı bir yapıya kavuşturabileceğini ifade etmişlerdir. Türkiye’de büyük hastane yatırımlarının şehir hastaneleri ile birlikte zaten yapıldığını ve uygulanan afiliasyon modelinin benimsenmesi, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca, afiliasyon sayesinde kurumlarda ortak çalışma kültürünün geliştiğine vurgu yapılarak gelecekte de paydaşların ortak paydada buluşup güçlü bir iletişim ile modeli sürdürmeleri gerektiği belirtilmiştir. Bu tema, “Devamlılık Arz Eden Uzun Bir Süreç”, “Üst Yönetim Desteğinin Gerekliliği”, “Katılımcılık” ve “İyileştirilebilir ve Geliştirilebilir Bir Model” olmak üzere dört alt temadan oluşmaktadır. “Devamlılık arz eden uzun bir süreç” alt teması modelin henüz tamamlanmayan bir süreç olduğu ile, “Üst yönetim desteğinin gerekliliği” teması süreçte yaşanan problemlerin çözümünde yetkili kurumların rolünün ne olduğu ve neler yapması gerektiği ile, “Katılımcılık” alt teması, afiliasyon modelinde yaşanan sorun alanlarının çözümünde sürecin paydaşlarının bir araya gelmesinin ve tüm paydaşların üzerine düşen görev ve sorumluluklarını üstlenmesi gerektiği ile;

“İyileştirilebilir ve geliştirilebilir bir model” alt teması ise, afiliasyon modelinin olumlu taraflarına rağmen bazı eksik taraflarının veya uygulamada ortaya çıkan olumsuz durumlarının olduğu ve zaman içerisinde bunların ortadan kaldırılabilmesi ile ilgilidir.

Devamlılık Arz Eden Uzun Bir Süreç

Katılımcılar, hastanelerin afiliasyon modeline geçişinin üzerinden uzun bir süre geçmesine rağmen sürecin hala tamamlanmadığını ve devam ettiğini ifade etmişlerdir. Aynı zamanda katılımcıların çoğunluğu, afiliasyonun gelecekte de imzalanan protokol süresine bağlı kalmaksızın sürekli olarak devam etmesini istediklerini ifade etmişlerdir. Kurum içerisinde afiliasyon modelinden memnun olmayan grupların olduğu fakat çoğunluğun memnun olduğu da dile getirilmiştir. Afiliasyon sürecinde hala çözüm bekleyen sorunlar olduğunun unutulmaması gerektiğini vurgulayan katılımcılar, modelin oturmasını belirli bir zaman gerektiren dinamik bir süreç olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca, hem Sağlık Bakanlığı hem de kurum yönetimleri tarafından afiliasyon sürecinin çıktılarının iyi ölçülüp gerekli değerlendirmelerin yapılarak uygulamaya devam edilmesi gerektiği belirtilmiştir.

“Afiliasyon süreci henüz tamamlanmadı. Zaten bu uygulama devam eden veya başka bir ifadeyle devamlılık arz eden bir süreçtir. Afiliasyondan tüm şehir halkımız memnunken 80 uzman hekimin kısmi memnuniyetsizliği çok da anlam ifade etmez daha doğrusu bu durum, onların problemlerine ilişkin çözümler bulununcaya kadar idare edilebilir.” (No:1,E)

“Şu an için şehrimizde afiliasyona devam ediliyor ve edilecek bence... Tabi bu konuda Sağlık Bakanlığı mevcut politikasından vazgeçmedikçe veya burada olağanüstü olumsuz bir durum yaşanmadığı sürece...” (No:2,E)

“Şehrimizde 2010 yılında valimiz ve rektörümüzün imzaladığı afiliasyon protokolü kapsamında süreç devam etmektedir.” (No:3,E)

“Afiliasyonun bundan sonra da devam etmesi gerektiğini düşünüyorum. Çünkü bizim şehrimiz için bu bir başarı oldu ve buranın şartları doğrultusunda merkezde iki ayrı hastane olmasının gereksiz ve maliyetli olduğu düşüncesindeyim.” (No:5,E)

“Ben ve genel olarak hastanemizde afiliasyonun devam etmesi gerektiğini düşünüyoruz.” (No:6,E)

“Ben kendi ilim için afiliasyon devam etmeli diyorum. Sağlık hizmeti olan asıl amaç sağlanıyor çünkü.” (No:7,E)

“Afiliasyon zaman alıyor ve alacak. Sonuçlarının ölçülmesi için erken bile denilebilir. Her şeye rağmen üniversite hastanesi olma yolunda ilerlediğimizi düşünüyorum. Ama afiliasyon daha sağlıklı bir işleyişle daha faydalı olabilirlerdi. Süreci dengelemek lazım.” (No:8,E)

“Olumlu anlamda bir değişiklik var ama bu aman aman büyük bir değişim değil. Bunu da henüz afiliasyonların yeni olmasına ve afiliasyonun doğası gereği sonuçlarını uzun vade de ortaya çıkarmasına bağlıyorum.” (No:12,K)

“Bence afiliasyon bir geçiş modeli. Bu işin altında yatan niyet farklı düşünüyorum. Bence bambaşka bir şey amaçlanıyor ve bunun zemini hazırlanıyor. Biz o niyeti bilmiyoruz ama çok önemli ve devam eden bir süreç.” (No:19,E)

“Temel problem şu ortak paydada buluşma sıkıntısı var ve bu da güçler savaşına dönüşebiliyor. Sorunlar çok basit aslında ama iletişim problemleri. En büyük sorunu bu oluşturuyor. İyice karışıklık oluşturuyor. Süreç ilerliyor devamını merak ediyorum. Mali yapının durumu ve geleceği önemli.” (No:21,E)

“Tam bir afiliasyon olayı yaşanmadı burada. Etkileri tam anlamıyla da yaşanmadı. Afiliasyon süreci devam ediyor, bundan sonraki süreçler daha önemli olacak.” (No:22,E)

“Afiliasyondan bugüne iki yıl geçmesine rağmen bu sıkıntıların bazıları hala devam ediyor. Bizim şu an öğrencimiz de olmamasına rağmen karşılıklı anlayışla bunları aşmaya çalışıyoruz.” (No:23,E)

“Burası açısından konuşursak tıp fakültesinin buraya gelmesi çok büyük bir beklentiymiş aslında. Halk şöyle bir beklentiye girmiş: şehre 40-50 profesör gelecek, biz de Hacettepe gibi Ankara Tıp gibi olacağız düşüncesinde... Öyle bir durum yok tabi şu an için çünkü bir tıp fakültesinin tam anlamıyla kurulması, bence tam teşekküllü bir tıp fakültesiymi diyebilmesi 10-15 yıl gibi bir süreci kapsıyor. Oturması, öğretim

üyelerinin yerleşmesi vs... Beklenen hız olmayınca da insanlar serzenişte bulunabiliyor.” (No:24,E)

“Bence afiliasyon devam eder. Hatta bence afiliasyon ilerleyerek ve geliştirilerek devam eder diye düşünüyorum. 11. kalkınma planına baktığımızda dikkatimi çeken bu konuda bazı hususlar oldu. Herşeyde her alanda ve kurumda afiliasyon yapacaklar gibi geliyor bana... Gelecekte diyebilirler ki mesela üniversite hastaneleri çok borçlu. Onlara siz eğitiminizi yapın ama hastanelerinizi bize verin afiliasyon kapsamında biz yönetelim diyebilirler.” (No:28,E)

“Afiliasyonun şu an için tamamlanması biraz zor çünkü bu uygulama bir süreç açıkçası... Devamlılık arz eden dinamik bir süreç olarak yaşıyor ve görünen o ki yaşanmaya devam edecektir...” (No:30,E)

Üst Yönetim Desteğinin Gerekliği

Afiliasyon sürecinin iki önemli paydaşı olan hastaneler ve üniversitelerin afiliasyon modeline geçtikten sonra süreç içerisinde bazı sorunlar yaşadığını ifade eden katılımcılar, bu noktada iki taraf adına sürecin yetkili kurumları olan Sağlık Bakanlığı ve YÖK’e birtakım görevler düştüğünü de ifade etmişlerdir. Görüşmelerde; afiliasyona yönelik yönetmelik değişikliği yapılarak ek ödeme ve özlük hakları gibi konuların yeniden düzenlenmesi, kurum içerisinde iş barışı ve personel motivasyonunun yükseltilmesine önem verilmesi, süreci iyileştirmek ve modeli geliştirmek için çalışılması, kaynak ve bütçe anlamında kurumlara destek sağlanması ve kurumların denetim mekanizmalarıyla takibinin sağlanması gerektiğine vurgu yapılmıştır.

“Ek ödeme yönetmeliğinde asistana giden payın uzman hekim tarafından problem olması durumu mevcut. Bu da Sağlık Bakanlığı tarafından ek ödeme yönetmeliğinde yapılacak değişikliklerle ortadan kaldırılabilir.” (No:1,E)

“Bakanlık ve YÖK’ün bu konuda sorunların aşılması için desteği şart diye düşünüyorum.” (No:4,E)

“Afiliasyonla birlikte global bütçede %10 avantajımız oluyor. Daha fazla harcayabiliyoruz. Yeni bölüm açtık diyince bakanlık bize cihaz ve malzeme alımında da destek oluyor. Afili hastanelere karşı bu yönde pozitif bir ayrımcılık var.” (No:7,E)

“Ek ödeme problemi çözülmeyecek bir şey değil. Ufak bir yönetmelik değişikliğiyle Bakanlığımız bunu ortadan kaldırıp çözebilir.” (No:8,E)

“Geleceğiyle ilgili bir şey söylemek zor: Çünkü bu ülke politikası, sağlık ve eğitim politikalarının kesişme noktası sonucu oluştu. Sistemin ortaya çıkarmış olduğu bir konudur. Her ile bir tıp fakültesi yaptığınızda bunu afiliasyonla mı tamamlarsınız yoksa başka bir modelleme mi bu sizin planlamanıza kalmış. 2011’den beri Türkiye bunu afiliasyon modeliyle yapıyor. Bu durumu afiliasyonla çözmeye çalışıyoruz ve buna hep bir şey kattık. Kattığı değerler, şu ana kadar modelin sahip olduğu katma değer bence altındadır. Çünkü neyle ölçmemiz lazım? Üniversitelerin deneyiminin sağlık hizmetlerine yansımış olması lazım. Üniversitelerin hocalarının dünyayı kapsayan ufku sayesinde dünyadaki yeni gelişmeleri hocaların istekleriyle hastanelere getirilmiş ve transfer edilmiştir. Robotik cerrahi gibi...” (No:9,E)

“Bu süreçte Sağlık Bakanlığı ve YÖK birlikte çalışıp bu süreci nasıl daha da geliştirebiliriz ve kazanımlarımızı artırabiliriz diye planlar yapmalı.” (No:12,K)

“Sağlık Bakanlığı’nın müdahale ederek bazı eksiklikleri gidermesi gerektiğini düşünüyorum.” (No:13,E)

“Mevcut yaşanan afiliasyon süreci Sağlık Bakanlığı tarafından sürekli takip ediliyor. Yakın zamanda Bakanlık’ta görüşleri doğrultusunda değişiklikler yapılması gerektiğini düşünüyorum...” (No:14,E)

“Bakanlık afili hastanemizi hem bütçe hem tıbbi cihaz ve insan kaynağı açısından destekliyor. Dışardan bir destek olarak düşündüğümüzde bence de böyle olması gerekirdi zaten.” (No:18,E)

“Bazı konularda biz müdahale edemiyoruz. Bunun çözülmesi gerekiyor. Atama işleri Bakanlık tarafında olmalı diye düşünüyorum. Üniversitenin kontrolünde çıkması gerekiyor. Yeter ki bu süreç doğru işlesin.” (No:19,E)

“Bakanlık burada rol almalı çünkü burada yerel yöneticiler akliselim davranmıyor. Süreçler de sınırlar yok. Bu çok olumsuz bir durum. Personel soruşturmaların da izin verilmiyor bize. Üniversite personeli kendini bize ait hissetmiyor. Bu hizmet sunumunda belli oluyor. Özerk davranıyorlar.” (No:20,E)

“Bakanlık eğer bu üniversiteye finansal ve fiziki kaynaklar sunuyorsa yetkiyi de kendine almalı şeklinde bir düşünceye sahibim. Yönetmelikte önemli değişiklikler yapması şart.” (No:21,E)

“Afiliasyonla beraber tıp fakültesinin ağır aksak yürüyen iş süreçleri, Bakanlık elinin değmesiyle daha hızlandı ve çabuklaştı.” (No:22,E)

“Afiliasyon modelinde yer alan tıp fakülteleri iyiye gitmiyor deniyor hem de müdahale edilmiyor bu olmaz. Kabullenilmez.” (No:23,E)

“Birimler için asgari şartlar var. Genel cerrahi için endoskopi ünitesi şartı var. Ama bizim şu an kendimizin bu ünitesi yok ve başka bir bölüm olan gastroenterolojiyle birlikte kullanıyoruz. Genel cerrahinin yine dopler, ultrason cihazı olması gerekiyor. Ama yok maalesef. Ya da başka şeyler. Bu eksikleri bakanlıktan istiyorsunuz ama ne zaman ve nasıl temin edileceği hakkında bilginiz olmuyor. Bunların dışardan destekle karşılanması gerekiyor.” (No:24,E)

“Afiliasyon sürecinde problemler mevcut elbet... Nasıl çözülür bu durum bilmiyorum. YÖK ve bakanlık bu konuda çalışma yapıyor. Gerekli düzenlemeleri yaparlar umarım.” (No:25,E)

Katılımcılık

Afiliasyon sürecinde paydaşların yaşadığı problemlerin çözümünde kendilerinin bir araya gelerek ortak akılla süreci yönetmeleri gerektiğini vurgulayan katılımcılar, bu noktada paydaş katılımcılığının önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Paydaşların rolleri gereği sorumluluklarını taşımaları, Sağlık Bakanlığı ve kurum yönetimleri arasında işbirliği sağlanması, modelin sürekli olarak ortak toplantılarla değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Sürece yönelik paydaşların belli kazanım beklentileri olduğu ve bu kazanımların elde edilmesinde ortak sorumluluk gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca, görüşmelerde katılımcılığın birlikte çalışma kültürünü

geliştireceğine inandıklarına dile getiren katılımcılar, modelde tamamen sağlık hizmet sunumuna odaklanılıp eğitim ve araştırma faaliyetlerinin ihmal edilmesinin büyük bir hata olacağına değinilmiştir.

“Afiliasyon sürecinde tüm paydaşlara rolleri gereği sorumluluklar düşüyor. Ayrıca bu süreçte afiliasyonun yapıldığı şehirdeki yetkilileri düşünürsek mikro boyutu gözardı etmememiz gerekli çünkü onlara bu süreçte çok iş düşüyor. Bu sebeple afiliasyon uygulamasının başarıyla yürütülmesinde paydaşların katılımı çok önemli gibi duruyor...” (No:12,K)

“Biz, iyi kötü bir afiliasyon modeli kurduk. Bunun artıları da var eksileri de var. Bundan sonra, paydaş kanaatleri önemlidir. Ama burada altın kelime: katılımcılık... Yani, burada biz Sağlık Bakanlığı’nda birkaç kişiyi dinleyerek mevzuatta şu değişikliği bu değişikliği yapalım diyerek karar vermememiz gerek. Üniversitelerle yıllık dönemlerde değerlendirme toplantısı muhakkak yapılmalı. Tüm hastaneleri toplayarak bir araya getirmeliyiz. Onları ve yöneticilerini dinlemeliyiz. Dinlenen herşeyin yapılması gerekmez. Ama dinlememiz ve bu sesleri almamız gerekiyor. Bu ses yıldan yıla değişiyor uygulama değiştiği için... Bizim yapmış olduğumuz bir mevzuat değişikliği sahada beklenmeyen bir etki yapmış olabilir. Bizim yıldan yıla oturup bunları dinlememiz, talepleri nelerdir, iş nereye gidiyor ve karar vermemiz lazım. Dolayısıyla somut öneri değil yöntem burada kritik. Önerinin ne olacağının süreç ve o günkü kontekst belirler. Şahsi fikrimce bu süreçte katılımcılık önemlidir.” (No:13,E)

“Bizim yapımızda personeli kullanmakta zor. Hastanelerin konumlarından dolayı. Yani diyeceğim o ki planlama yapılırken yerel dikkate alınarak ya da yerinden planlanırsa daha doğru bir süreç ortaya çıkarılır. Böylece süreçle ilgili katılımcı bir ortam sağlanmış olur.” (No:14,E)

“Afiliasyonda başhekim atanırken rektörlüğün görüşü alınır diye madde koyuyoruz. YÖK’te dekan atarken il sağlık müdürlüğünün görüşünü alsın o zaman... Dekan yardımcısı atamaları da bu şekilde olsun.” (No:18,E)

“Herkes, her paydaş görevini yapmalı sorumluluktan kaçmamalı. Üzerine düşenleri yapmalılar. Bu süreç ortak sorumluluktur. Paydaş katılımcılığı gerektirir.” (No:20,E)

“Eğitim konusunda masaya yumruğunu vurması gereken YÖK’tür. YÖK baypas edildi maalesef süreçte. Herkes ne için var olduğunu bilmeli. YÖK eğitim için var Bakanlık ise hizmet için. Bu iş birlikte çözülmeli. Doğru ve iyi bir mevzuat hazırlanarak ortak noktada buluşulmalıdır.” (No:21,E)

“Uygulama mevcut durumuyla devam ederse yani amaç birlikteliğini devam ettirmeden, kaynak israfının önüne geçilmeden olursa günün sonunda model yıkılır. Her taraftan gelen baskılara siyasi otorite dayanamaz ve üst model yıkılır.” (No:23,E)

“Aslında her iki tarafın amacı da ortak. Bu yüzden biz iki taraf olarak bir araya gelebilir ve birlikte çalışma kültürümüzü geliştirebiliriz. Bunun içinde birbirimize karşı olan ön yargılarımızı yok etmemiz gerek. Konuyla ilgili mevzuatı en güzel şekilde siz yazsanız da eğer mevzuat doğru ve başarılı uygulanmadıkça neye yarar ki? Bunun önüne nasıl geçilebilir ki.. Bence en iyi yapılacak şey her iki tarafında birlikte çalışma kültürünü benimsemeleri ve ortak katılımın sağlanması gerektiğidir.” (No:24,E)

“Afiliasyon bir ihtiyaç olarak doğmuştur ki hala da ihtiyaçtır. Biz zaten buraya bir hastane binası yapalım demiyoruz. Biz Sağlık Bakanlığı ile beraber yürütelim diyoruz bu süreci sadece. Yani tüm paydaşlar sürece katılmış olsun. Adı üstünde birlikte kullanım... Sen benden ben de senden faydalanacağım. Gereksiz şeylere yoğunlaşmadan ikimizde asıl önceliğimize odaklanmamızı sağlamalı. Peki neden mevzuatı birlikte hazırlamıyoruz? YÖK ile beraber hazırlayın. Yerelde istismar ediliyor diye düşünülmemeli. Eğitim iyiye gitmezse sağlık hizmeti sunumu da iyiye gitmez. Bunlar ilişki içinde ve birbirine bağlılar. Afiliasyon çıkmaz sokağa girmiş. Ama çözüm çok basit. Şöyle yapılmalı: her iki tarafın üst düzey yöneticilerinin katılımıyla mevzuatı yeniden oluşturalım.” (No:27,E)

İyileştirilebilir ve Geliştirilebilir Bir Model

Katılımcılar, afiliasyon modelinin olumlu taraflarının ağır basmasına rağmen birtakım olumsuz yönlerinin olduğunu ve uygulamada bu durumun sorunlar yarattığını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda katılımcılar, mevcut sorunların çözülüp ve iyileştirmeler yapılarak modelin geliştirilebileceğini vurgulamışlardır. Katılımcılara göre; bütün kurum personeli sürece dahil edilmeli, personel arasında kutuplaştırma olmamalı ve olmasına da izin verilmemesi gerekmektedir. Süreç içerisinde yapılacak

bazı değişikliklerin modeli çok daha etkin ve verimli bir yapıya kavuşturacağı vurgulanmış, aksi takdirde çözüm bekleyen sorunların çözümlenmediği bir durumda modelin geleceğine zarar vereceği dile getirilmiştir. Afiliasyon modeli kapsamında, hasta memnuniyetinin yükseltildiği gibi çalışan memnuniyetine de önem verilip yükseltilmesi gerektiği ifade edilmiştir, Ayrıca, modelin yönetim ve finansal boşluk alanlarının giderilmesi, bazı hastanelerin fiziki kapasitelerinin ve şartlarının geliştirilmesi ve her iki paydaşın süreçten memnuniyet seviyesinin yükseltilmesi gerektiği belirtilmiştir.

“Şu ana kadar yaşanan süreci iyi inceleyip uzman hekimleri bu işin içine nasıl katarız, onları da nasıl kazanırız onu düşünmeliyiz. Ayrıca ek ödeme yönetmeliğini ufak değişikliklerle revize ederek yani ufak dokunuşlarla bu süreçten herkesi memnun edip bir kazan kazan ilişkisine afiliasyonu dönüştürmeye çalışmalıyız.” (No:1,E)

“Afiliasyonla birlikte aslında hastanelerin fiziki kapasitelerinin de yükseltilmesi gerekli. Belki de bu modelin eksik bir yanıdır.” (No:2,E)

“Hasta memnuniyeti artırıldığı gibi çalışan memnuniyetine odaklanıp onu da artırmak gerek.” (No:4,E)

“Hekim ve personel çatışması ve yaşanan diğer sıkıntılar var. Bunlara çözümler üretilmesi ve ek ödeme yönetmeliğinin revize edilmesi gerekiyor. Yerinde incelemeler yapıldıktan sonra bunlar yapılmalı. Bunlar yapılırsa model çok daha iyi bir noktaya gelecektir. Sağlam bir yapıya kavuşacaktır.” (No:5,E)

“Sürecin ve sistemin bazı boşluk alanları var. O boşluk sisteme zarar verebilir dolayısıyla mutlaka bunların doldurulması gerekiyor.” (No:6,E)

“Hastane fiziki şartlarından dolayı problem yaşıyoruz. Genişlememiz ve büyümemiz gerekli. Üniversite oluşumuzdan dolayı... Fiziki şartlarımızın gelişmesi şart. Özel hastane yok bizde. Dolayısıyla hizmeti burada vermemiz ve şehir dışına sevki ve hasta gidişini önlememiz gerekli. Bunu da hocalar yapacak. Onlara imkan yaratacağız. Ek bina yaptık. Kadın doğum binasını aktif ettik. Genişleme yapıyoruz ama şu an için yeterli değil çalışmaya devam edeceğiz.” (No:7,E)

“Afiliasyonun geleceği adına konuşursak eğer, döner sermaye sistemi değiştirilmeli. Rektörlük yardımcılarının aldığı ek ödeme payları değiştirilmeli.

Başhekim atarken üniversiteye danışmak zorunda olmamalıyız. Personel özlük hakları bize devredilmeli. Kaynakları biz sağlıyorsak gücü de elimize almalıyız. Yani afiliasyonun gelecekte bu şekilde olması gerektiği kanısındayım.” (No: 8,K)

“Biz burada şehir hastaneleri yaptık. Dünyanın en büyük hastaneleri bunlar. Bizim burada birden fazla üniversiteyle hastanenin afiliasyonunu yapmamız lazım. Hatta branş branş hastanelerin dal şeklinde afiliasyonunu yapabiliriz bence. Doğru yönetim yaklaşımı ve insanların içselleştirmesiyle bu mümkündür. Zordur ama mümkündür. Olmaya devam etmeli afiliasyon olmalı.” (No:9,E)

“Uygulamanın dar veya geniş kapsamlı olacak şekilde farklı türlerde yapılabilmesi doğru olur kanımca...” (No:10,E)

“Afiliasyonla beraber, birlikte çalışmayı öğrendik. Bu daha da pekişecek. Torba yasada birden fazla üniversite ile bir hastanenin ortak kullanımının önü açılabilir bence...” (No:11,E)

“Hocaların kuruma yönelik bir baskısı oluyor. O yüzden modelin geleceği adına kurumun hoca baskısından kurtulması için üniversite personelinin özlük haklarının hastane tarafına devri gerekli şeklinde düşünüyorum.” (No:13,E)

“Bu model geliştirilirse, insanların çalışma alanları rahatlatılırsa, çatışma alanlarını daha iyi yöneterek, çatışma yönetimini daha etkin yapabilirsek böylece modeli sürdürürsek Türkiye’ye kültürel olarak bir artı kazandıracağız.” (No:14,E)

“Modelin devamı adına şunları söyleyebilirim: Afiliasyonun sağlıklı işlemesi için iki taraf (hastane-üniversite) yöneticilerinin iyi iletişim içinde olup uyumlu çalışmaları gerekiyor. Çünkü en iyi kuralı ve en mükemmel kanunu koysan çalışan ve işi yapan bizleriz. Bu olmazsa olmuyor ne olursa olsun. Birlikte çalışma anlayışının olması, yerleşmesi ve birlikte çalışma kültürüne sahip olmamız gerekiyor. Gelecekteki başarı adına işin sırrı ve püf noktası bence budur. Afiliasyon uygulamasının ülkemizde büyüyerek, yayılarak ve genişleyerek gelecekte de devam edeceğini düşünüyorum.” (No:17,E)

“Ama tabi bu süreçte şu an için tespit ettiğimiz eksiklikler var. Bu eksiklikler tamamlanırsa model çok daha efektif bir yapı kavuşur diye umuyorum.” (No:18,E)

“Benim kendi görüşüm Bakanlık üniversitelere bağlı eğitim araştırma hastanelerini tamamen üstüne almalı. Ama bu alımda üniversitenin esas fonksiyonun sağlık insan gücü yetiştirmek olduğunu göz ardı etmemelidir. Onlara gelir anlamında SUT’la ilgili güncelleme mi yapılır bilemiyorum. SUT neden güncellenmiyor? Çünkü özeller %200’e kadar fark alabiliyor. Dolayısıyla onların zararı bizim mevcut durumumuzda elde ettiğimiz zarardan daha az. Eğitim araştırmalar için de böyle bir fark uygulaması belki hayata geçirilebilir. Afiliasyon bir devir değil birlikte kullanım içeriyor.” (No:19,E)

“Yaşanan süreçte sabitkadem durabilirsek tabi bunun bir şartı var altını çizelim. İdarecilerimiz illerdeki, amaca yönelik bilgilendirilmeli ve farkındalıklarının artması sağlanmalı. Eğer biz bu uygulamayı daha uzun ömürlü ve dönüşerek daha iyi bir modele kavuşturmak adına gerekenleri yapabilirsek orta ve uzun bu vadede Türkiye adına bir kazanım olacaktır. Şu anki noktada yapılması gereken şey: bu uygulamanın temelleri yeniden sağlamlaştırılmalı ya da yeni bir dönüşüm programıyla uygulamanın eksikleri giderilerek revize edilmelidir.” (No:20,E)

“Sağlıkta dönüşüm projesini hayata geçiren Sağlık Bakanlığı’nın eğitimi ve kaliteyi ön planda tutan bir yapıyı bir modeli buraya kurabilir ve oluşturabilir. Bunu da başarıyla sürdürebilir. Bizim beklentimizde onlardan bu yönde zaten. Geçmişte bunu başardılar çünkü bu da gelecekte de başarabilecekleri anlamına gelir. Yeter ki hem bizi hem de diğer paydaşları dinlesinler ve anlasınlar. İletişim kursunlar yani. Sonunda bize hak verecekler ve birlikte en doğru ve en işlevsel mevzuatı oluşturup sistemi başarıya taşıyabiliriz. Tabiki ortak niyet, hedef ve beklentimiz afiliasyonun başarıya ulaşması umududur.” (No:21,E)

“Hocalar eskiye kıyasla memnunar. Ek ödeme alıyorlar çünkü. Asistanlar da çok memnun eskiden hiç ek ödeme alamazken veya çok az alırlarken şimdi iyi alıyorlar. Ama yardımcı sağlık personeli memnun değil. Sıkıntıları devam ediyor. Onlar için bir iyileştirme ve düzeltme olursa bu süreç daha iyiye gider. Onlar da bu işin belkeğimi sonuçta sağlık hizmeti sunarken... Onları da memnun edebilmeyi başarabilirsek bu sürecin çok daha iyiye gideceği kanısındayım.” (No:22,E)

“Tüm sorunlar belki idari açıdan çıkacak bir yönetmelikle halledilecek. Mevcut problemler çözülebilir ve sistemdeki eksikleri tamamlanabilir hatta yanlışlıklar ortadan kaldırılabilir.” (No:23,E)

“İlimiz için sevklerde istenilen kadar olmasa da bir azalma söz konusu oldu. Tam anlamıyla akademik kadromuz tamamlanmadığı ve oturmadığı için şu an için tüm sevklerin önüne geçemiyoruz ama geçtiklerimiz de var. Girişimsel radyolojide iki hocam var bir tane daha olsa o alanda hizmet verebileceğim. Böylece daha çok sevk önüne geçebileceğim.” (No:24,E)

“Şimdi şöyle, afiliasyonda ARGE faaliyetlerinin daha aktif olması gerek. Bilimsel destek kapsamında yapılacak işlerin daha çok sayıda olması lazım. Bunlar afiliasyonun geliştirilecek yönleridir.” (No:26,K)

5. TARTIŞMA

Tez çalışmasının bu bölümünde, yapılan analizler neticesinde elde edilmiş bulguların ulusal ve uluslararası literatür bağlamında tartışılması yapılacaktır. Buradaki amaç, ülkemizde afiliye hastanelerin ortaya çıkmasıyla beraber yaşanan değişimi, hastanelerin finansal ve örgütsel performansı çerçevesinde ele almaktır.

Araştırma bulgularına göre; C, G, I ve J hastanelerinin afiliasyon sonrası finansal performansları afiliasyon öncesi finansal performanslarına göre yükselmiş ve hastaneler daha etkin bir duruma gelmiştir. Bu dört hastane içerisinde J hastanesi hariç diğer üç hastanenin, afiliasyon sonrasında hem sabit giderleri hem de değişken giderlerinde küçük oranlarda artışlar olsa da hastanelerin gelirlerinde daha büyük oranlarda artışlar yaşanmıştır. J hastanesi'nin ise sabit giderlerinde artış yaşanmasının yanında değişken giderlerinde azalma yaşanmış ve hastane gelir miktarını afiliasyon öncesine göre artırmıştır. Böylece hastaneler finansal performans açısından, sahip oldukları girdi kaynaklarını daha etkin kullanması ve toplam gelirlerini yüksek oranlarda artırması ile etkin bir hale gelmiştir. Yapılan görüşmelerde de hastanelerin giderlerinde kısmi artışlar yaşanmış olsa da gelirlerinin ciddi oranlarda artış gösterdiği ifade edilerek bu durum desteklenmiştir.

Araştırma bulgularına göre; B, D, F ve H hastanelerinin afiliasyon sonrası finansal performansı afiliasyon öncesi finansal performansları görece olarak azaldığı görülmüştür. Bu dört hastanenin de sabit giderlerinde artış gerçekleşmiştir. Bu dört hastane içerisinde F hastanesi hariç diğer üç hastanenin, afiliasyon sonrasında değişken giderlerinde artışlar olmuştur. Ayrıca afiliasyon sonrasında gelir miktarında azalma yaşanan tek hastane de F hastanesi'dir. Böylece hastaneler finansal performans açısından, sahip oldukları girdi kaynaklarını etkin ve verimli bir şekilde kullanmamış, sabit ve değişken giderlerinin artması ile uygulama öncesi etkinlik düzeylerini kaybetmişlerdir. Yapılan görüşmelerde de bazı hastanelerin hem sabit giderlerinde hem de değişken giderlerinde artışlar yaşandığı ifade edilerek bu durum desteklenmiştir.

Araştırma bulguları, afiliasyon modeline geçen hastanelerin finansal yapılarında bazı değişimler yaşandığını ortaya koymuştur. Yaşanan bu değişim, hastanelerin hem gelirleri hem de giderleri üzerinde etkili olmuştur. Bu durum aynı

zamanda yapılan görüşmelerde, hastanelerin gelirlerinde yaşanan artışın yanında giderlerinde de artışların olduğu şeklinde ifade edilmiştir. Araştırma kapsamında genel olarak ise afiliasyonun hastanelerin finansal yapılarına olumlu katkı yaptığı saptanmıştır. Çünkü afiliasyon uygulamasına geçen hastanelerde yaşanan gelir artışının gider artışına kıyasla daha yüksek oranda gerçekleştiği ve bazı hastanelerin bu sayede geçmiş dönem borçlarını ödediği belirlenmiştir. Hastanelerin finansal yapısındaki diğer bir değişimin ise döner sermaye ve ek ödemeye ilişkin yeni süreçler olduğu tespit edilmiştir. Afiliasyon sonrası yaşanan bu yeni süreçlerden biri hastanelerin fatura gelir miktarı artış göstermiş olmasına bağlı olarak döner sermayesinde toplanan tutar yükselmesi ve böylece döner sermaye artınca personele dağıtılan ek ödeme tutarı da yükselmiştir. Bu durum afiliasyonun hastanelerin finansal yapılarına pozitif olarak yansıdığını göstermektedir. Ayrıca hastanelerin gelirinin artmış olmasıyla beraber bu gelirin yönetim tarafından da etkin kullanılmaya çalışılmıştır. Bu yeni süreçlerden biri de; hastanenin döner sermaye bütçesinden personele yapılan ek ödemelerde, öğretim üyeleri ve uzman hekimler arasında farklılık yaşanmış olmasıdır. Bu farklılık hastane içerisinde uzman hekim grubunu rahatsız eden bir durum oluşturmuştur. Çünkü, afiliasyon öncesi kurumlarında aldıkları ek ödemenin daha yüksek olduğunu vurgulanmış ve uygulama sonrasında hem daha az ek ödeme aldıkları hem de öğretim üyeleri ile eşit sürelerde çalışmalarına rağmen onların kendilerinden daha yüksek ek ödeme aldıkları belirtilmiştir. Hastanelerin finansal yapılarında oluşan değişimlerden bir diğeri ise, hastanelerin satın alım süreçlerinde yaşanan değişimlerdir. Afiliasyon sonrasında öğretim üyeleri, hasta muayene ve tedavi etmek amacıyla birçok tıbbi cihaz talebinde bulunmuş olup bu cihazlar daha önce hiç kullanılmadığı için hastane yönetimi bir çok tıbbi cihaz, donanım, ekipman ve ilaç alımı yapmak durumunda kalmıştır. Bu yeni alımların tutarları da eski alım tutarlarına kıyasla daha yüksek tutarlardan gerçekleşmiştir. Yeni cihaz ve donanım almak durumunda kalınması, hastanelerin sabit giderlerinde artış yaşanmasına neden olmuştur. Hedeflenen bu amaç da, ölçek ekonomisinin temel prensiplerinden biri olan üretim ölçeğinin yükseltilmesiyle giderlerin azaltılacağı görüşüne dayandırılmıştır (152). 2016 yılında Songur ve Babacan'ın gerçekleştirmiş olduğu çalışmada (2), afiliasyon uygulamasının daha önce devlet hastanesi ve eğitim ve araştırma hastanesi olan hastanelerin finansal yapısına olan etkilerini ortaya koymak hedeflenmiştir. Çalışma sonucunda, hastanelerde gerçekleşen afiliasyonun hastanelerin finansal yapılarına gelir bakımından genel olarak olumlu bir etki yaptığı

tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, ikinci basamak devlet hastaneleri ile afiliye olmanın ise hastane bütçesini olumlu etkilediği tespit edilmiştir. Yine ilgili çalışmada, afiliasyon öncesi dönemlerde devlet hastanesi olan sağlık kuruluşlarının gelir ve gider tahakkuku dengesinin gelir lehine pozitif yönlü olduğu bulunmuş ve afiliasyon ile birlikte genelde devlet hastanelerinin borçlarında bir azalma olmuştur. Bu bakımdan; afiliasyon öncesi devlet hastanesi olan sağlık kuruluşlarının afiliasyon sonrası finansal durumunun daha iyi olmasında, SUT gereğince bu sağlık kuruluşlarına yapılan ödemelerin H4 yerine U1 statüsünde yapılmasının önemli bir etkisi vardır. 2016 yılında Demirtaş'ın çalışmasında (38), bir üniversite ile afiliasyon uygulamasına geçen kamu hastanesinin uygulama öncesi ve sonrası dönemde finansal performansı incelenmiştir. Yapılan incelemede, hastanenin afiliasyon sonrası borç miktarı azalmış ve sahip olduğu kaynakları verimli ve etkin bir şekilde kullanmaya başladığı görülmüştür. Ayrıca konuyla ilgili yapılan bir başka çalışmada ise afiliasyon uygulamasının hastanelerin finansal durumları ve mali yapıları üzerinde gelir artması ve giderin azalması gibi pozitif etkiler oluşturduğu ortaya çıkmıştır (153). Nitekim, afiliasyon uygulamasının hastaneler üzerinde benzer bir etki yarattığı araştırmamızda da katılımcı görüşleriyle desteklenmiştir. Katılımcılara göre, hastane gelirlerinde yaşanan artış, daha önceki mevcut borçların ödenmesi bu pozitif etkiyi örneklendiren durumlardır. Gerek konuyla yapılan çalışmaların gerekse de kendi araştırmamızın neticesinde, afiliasyonun hastanelere finansal anlamda olumlu bir katkı yaptığı belirlenmiştir. Afiliasyonun hastanelere yaptığı finansal katkının, hastanenin mali durumu ve finansal yönetimine bağlı olarak değişebileceği de unutulmamalıdır.

B, E, G ve I hastanelerinin ise afiliasyon sonrası örgütsel performansları, afiliasyon öncesine kıyasla yükselmiş ve hastanelerin etkinliği artmıştır. Bu dört hastane, afiliasyon sonrası girdi kaynakları olan hasta yataklarını hizmet sunum açısından daha verimli bir şekilde kullanmışlardır. Afiliasyon sonrasında dört hastane; ürettikleri çıktılar açısından hem yatan hasta sayısını hem de ayaktan hasta sayısını hem de ameliyat sayısını artırmıştır. Böylece hastaneler örgütsel performans açısından, sahip oldukları girdi kaynaklarını etkin ve verimli bir şekilde kullanmaları ve hizmet sundukları hasta sayısının artışı ile etkinliklerini yükseltmiştir. Literatürü incelediğimizde, 2019 yılında Taşkaya (30) tarafından yapılan bir çalışmada, fonksiyonel entegre modele uygun olarak afiliye olan hastanelerin verimliliği Pabon Lasso modeli ile değerlendirilmiştir. Çalışmada gerçekleştirilen verimlilik analizinde,

2014 yılında hastanelerin %18'i en verimli bölgedeyken, 2017 yılında bu oranın %29'a yükseldiği belirlenmiştir. Temel'in 2017 yılında afiliye hastanelerin etkinliğini ölçtüğü çalışmada (5); yapılan analiz sonuçlarına göre, kamu hastanelerinin uygulamaya geçtikten sonraki dönemlerde teknolojik alt yapılarını güçlendirerek teknik etkinlik değişiminde artış yaşandığı saptanmıştır. 2015 yılında Emamgholipour ve arkadaşlarının İran'da yaptığı çalışmada (146), üniversitelerle afiliasyon uygulamasına geçen üç kamu hastanesinin hizmet sunumundaki verimlilik düzeyinin yükseldiği ortaya konulmuştur. Yalçın'ın 2014 yılında Türkiye'deki üçüncü basamak kamu hastanelerinin etkinliğinin ölçülmesine ve birlikte kullanımlarının değerlendirilmesine ilişkin yaptığı bir çalışmada (147), toplam yatak sayılarına bağlı olarak hastanelerin etkinlik düzeylerinin değiştiği, 400 yatak altı hastanelerin en iyi etkinlik düzeyine sahip olduğu, 400-800 arası yatak kapasitesine sahip hastanelerin ise en düşük etkinlik düzeyine sahip olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca çalışmada, hastanelerin etkinliğinin sahiplik ve yönetim açısından değerlendirilmesi sonucunda ise, afiliye hastanelerin üçüncü basamak hastaneler içerisindeki en etkin hastane grubu olduğu, afiliasyon kapsamı dışındaki üniversite hastanelerinin etkinliği ise en düşük grupta olduğu sonucuna varılmıştır. Yine bu doğrultuda; Philips ve Arthur tarafından 2008 yılında yapılan çalışmada (148), Pennsylvania Üniversitesi'nin tıp okuluyla akademik sağlık merkezi arasında ortaklık ve birliktelik içeren yeni bir yapılanmaya gidildiği belirtilmiştir. Bu yeni yapılanma neticesinde, sağlık merkezinin birçok kazanım sağladığı, finansal açıdan kaynak kullanımının iyileşme gösterdiği ve örgütsel olarak başta hizmet sunumu olmak üzere tüm faaliyet alanlarında daha güçlü performans ortaya koyduğu tespit edilmiştir. Harris ve arkadaşlarının 2000 yılında yapmış olduğu başka bir çalışmada ise (149), afiliasyon ve bütünleşme gibi uygulamaların hastanelerin performansını nasıl etkilediği araştırılmıştır. Araştırma sonucunda, uygulama sonrası hastanelerin finansal ve örgütsel açısından performanslarının yükseldiği tespit edilmiştir. Farklı zaman dilimlerini değerlendirmelerine rağmen bu çalışmaların bulgularıyla araştırmamızın bulgularının örtüştüğü görülmektedir. Kendi araştırmamız kapsamında görüşme yapılan hastane yöneticileri de afiliasyon sonrasında hastanelerin gelirlerinin büyük oranda arttığını ve bu artışın sebebini de üretilen hizmet sayısının artması ve böylece fatura tutarının yükselmesiyle gerçekleştiği ortaya konulmuştur. Aynı zamanda bütün bu bulgular, başta afiliasyon uygulaması olmak üzere birlikte kullanım ve işbirliği içeren

uygulamaların hastanelerde performans ve verimliliğinin artışına katkı sağladığını ortaya koymaktadır.

A, B ve J hastanelerinin ise afiliasyon sonrası örgütsel performanslarının, afiliasyon öncesine kıyasla görece olarak azaldığı görüşmüştür. Bu hastanelerin örgütsel performans açısından, girdi kaynaklarını etkin kullanamamaları ve sahip oldukları hasta yatağı kullanımının ve yaptıkları ameliyat sayılarının azalması ile etkinlikleri düşmüştür. İran'ın Ahvaz Üniversitesi'nde, Türkiye'de SBÜ'nün tam entegre model çerçevesinde gerçekleştirmiş olduğu afiliasyon uygulamasıyla aynı niteliği taşıyan bir afiliasyon modeline geçilmiştir. Pirani ve arkadaşlarının 2018 yılında bu afiliasyon modelini inceledikleri çalışmada (150), bu üniversiteyle afiliye olan 17 kamu hastanesinin beş yıllık verilerindeki değişim analiz edilmiştir. Gerçekleştirilen bu çalışma neticesinde afiliye hastanelerin verimliliğinin %23 oranında düştüğü belirlenmiştir. Araştırmada yapılan görüşmeler neticesinde, afiliasyon sonrası hastanelerde bir gider artışı yaşandığını; bu artışı da döner sermaye, sabit ek ödeme, nöbet ücreti giderleri ve mesai dışı döner sermaye giderlerinde yaşanan artışların oluşturduğu ortaya konulmuştur. Yine benzer şekilde hastanenin satın alma biriminde daha farklı ve yüksek tutarlarda yapılan alımların da giderlerin yükselmesine sebep olduğu belirlenmiştir. Bu sebeple, afiliasyon uygulamasının hastanelerin performansına her zaman olumlu yansımadağı ve sadece pozitif değişimler yaratmadığı ortaya çıkmaktadır.

Araştırma sonucunda ortaya çıkan bulgulara, afiliasyon modeline geçildikten sonra hastanelerin ürettikleri çıktılarda artış olduğu belirlenmiştir. Bütün hastanelerin ayakta hasta sayısı, yedi hastanenin ameliyat sayısı ve altı hastanenin yatan hasta sayısı, yükselmiştir. Bu durum da, hastanelerde hizmet üretim artışı yaratmıştır. Yapılan görüşmelerde de, hastanelerde akademik uzman personelin olması ile birlikte yapılmayan birçok ameliyatların, tetkiklerin yapıldığı, sevklerin azaldığı hatta diğer ilçelerden ve illerden hasta sevklerini aldığı için sağlık hizmeti sunumlarının arttığı ifade edilerek bu durum desteklenmiştir. 2016 yılında Demirtaş'ın afiliye bir kamu hastanesinin finansal performansını incelediği bir çalışmada da (38) afiliasyon uygulaması sonrası hastanenin hizmet üretiminde artış yaşandığı tespit edilmiştir. Bu hizmet üretimi artışları; poliklinik hasta sayısı, ameliyat sayısı, laboratuvar ve radyolojik tetkik sayısında olmuştur. Yapılan bir çalışmaya göre; afiliye hastanelerin

yatak işgal oranı, yatak devir hızı ve kalış günü ortalamalarında 2017 yılında, 2014 yılına göre artış yaşandığı tespit edilmiştir (30). Araştırmamızın ve ilgili çalışmaların ortaya koyduğu sonuçlar değerlendirildiğinde, afiliye hastanelerin hizmet üretim çıktılarında bir artış yaşandığı görülmüştür.

Yapılan görüşmelerde afiliasyonun yapılma amacının; sahip olunan sağlık hizmeti üretimi girdilerinin (insan kaynağı, fiziki mekan, tıbbi teknoloji ve tıbbi malzeme) etkin ve verimli kullanımını sağlamak ve gereksiz yatırımların önüne geçerek atıl kapasite oluşmasını önlemek olduğu tespit edilmiştir. 2017 yılında Temel tarafından, Türkiye’de fonksiyonel entegre model yoluyla afiliasyon modeline geçen kamu hastanelerinin etkinliği üzerine yapılan çalışmada (5); afiliasyon uygulamasıyla, üniversitelerin yeni kurulan tıp fakülteleri için yeni bir yatırım yaparak hastane açmak yerine mevcut bir kamu hastanesiyle afiliasyon protokolü imzalayarak eldeki sağlık kaynaklarının daha etkin bir şekilde kullanılması ve yönetilmesi amacının güdüldüğü ortaya konulmuştur. 2005 yılında Kırılmaz’ın yaptığı çalışmada (154), Sağlık Bakanlığı ve SSK sağlık tesislerinde ortak kullanıma geçilmesiyle, sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufu sağlamak, hizmette etkinlik ve verimlilik oluşturmak gibi durumların amaçlandığı ortaya konulmuştur. 2008 yılında Douglas ve Barret’in Florida Üniversitesi’nin akademik sağlık merkezinin dönüşen yapısını incelediği çalışmalarında (153), klinik ve akademik girişimleri desteklemek, sağlık hizmet sunum maliyetlerini aşağı çekmek, hizmete erişimi artırmak ve klinik operasyonları yeniden yapılandırmak için hastane ve üniversite birlikteliğinin gerektiğini ortaya koymuşlardır. Cohen’in tıp fakülteleri ve hastaneler arasındaki afiliasyon ilişkisini organizasyonlar arası bir perspektiften ele aldığı çalışmasında, uygulamanın her iki organizasyonun hedeflerine katkı sağlamayı amaçladığı ve birlikte çalışma kültürünü yakalayarak hizmet ve eğitim etkinliklerini yükseltmek amaçlı yapıldığı belirtilmiştir (155). Leatt ve arkadaşları ise Kanada’da konuyla ilgili yaptıkları çalışmada, afiliasyon uygulamasına sağlık hizmetlerinde entegrasyonun sağlanması amacıyla geçildiği belirtilmiştir (33). Yapılan çalışmalarda afiliasyon uygulamasının; kurumların ihtiyaçlarına çözüm üretebilmek ve performanslarını yükselterek kurumsal gelişimlerini sağlamak amacıyla uygulandığı görülmektedir. Ayrıca, sağlık kurumlarında iyileştirilmeler yapabilmek için farklı uygulamalara geçilebileceği ve farklı süreçlerin yaşanabileceği ortaya konulmuştur.

Araştırmanın bulguları, afiliasyon modelinin sürecin paydaşları olan hastaneler ve üniversiteler için bir ihtiyaç olduğunu ortaya koymuştur. Aynı zamanda afiliasyon, araştırma kapsamında yapılan görüşmelerde bir hastane yönetim modeli olarak değerlendirilmiş ve hastanelerin kaynak kullanımını etkinleştirmek için bu modeli uyguladıkları ortaya konulmuştur. Araştırma kapsamında yapılan görüşmeler ile; afiliasyon öncesinde hastanenin idari yönetiminde tek yetkili kişi başhekim iken afiliasyon sonrasında idari yönetime tıp fakültesi dekanının da dahil olması ile hastane yönetiminde yetki paylaşımı olduğu, farklı özlük haklarına sahip iki kurum çalışanlarının her iki yöneticiye de bağlı bir şekilde çalışması gerektiği ve afiliasyonla birlikte daha önceki süreçten farklı olarak kliniklere başhekim tarafından atanan eğitim sorumluları ve idari sorumluların görev almaya başlaması gibi yönetsel değişimlerin yaşandığı ortaya konulmuştur. 2015 yılında Ugurluoğlu'nun hastanelerin yönetim modelleriyle ilgili yaptığı bir çalışmada (156), afiliasyon modeli ele alınmıştır. İlgili çalışmada üçüncü basamak hastanelerin, üniversite hastanelerindeki yönetim modellerinin aksine hastane idari yönetim yapılarının fonksiyonel açıdan bağımsız olmasını içeren afiliye ve esnek bir organizasyon yapısıyla yönetilmelerinin bir ihtiyaç olduğuna vurgu yapılmıştır. 2010 yılında Ovseiko ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (37), İngiltere'de gelişen akademik tıp organizasyon modellerini incelemiştir. Çalışma neticesinde, İngiltere'de devlet destekli olarak tıbbi inovasyonun ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunumunun sağlanması için akademik ve klinik tarafların bir araya gelmesi büyük bir ihtiyaç olarak ifade edilmiş ve bu doğrultuda afiliasyon gibi yeni bir organizasyon modelinin oluşturulması sağlanmıştır. Türkiye'de afiliasyon uygulamasının bir ihtiyaca dayalı olarak ama zorunluluk şeklinde ortaya çıktığı bilinmektedir. Çünkü afiliasyona yönelik oluşturulan mevzuatta, nüfusu 750.000'e kadar olan şehirlerde sağlık eğitimi ve araştırması hizmetlerinin tek bir üçüncü basamak hastane tarafından verilmesi şart koşulmuştur (157). Bu durumda üniversite ve hastanelerin afiliasyon protokolünü imzalamalarına zorunlu bir nitelik kazandırılmıştır. Araştırmanın ortaya koyduğu sonuçlar ile literatürdeki afiliasyon ile ilgili çalışmaların sonuçları incelendiğinde (153-157); fonksiyonel olarak idari yönetimin ve eğitim araştırma faaliyetlerinin bağımsız olarak yürütülmesini içeren ve organizasyonel açıdan örgüt içi esneklik oluşturma fırsatı yaratan afiliye modelinin hastaneler için doğru bir yönetim modeli olduğu söylenebilir.

Yapılan bir çalışmada, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinin ilk zamanlarında hastane yönetimi ve çalışanlarının bir adaptasyon süreci yaşadığı belirlenmiştir (154). Yeni bir uygulamaya geçen ya da farklı bir süreç yaşamaya başlayan hastanelerin belirli bir adaptasyon süreci yaşadığı ve bu sürecin sağlıklı bir şekilde geçmesi için belli bir zaman gerektiği araştırmamız sonucu elde edilen bulgular ile belirlenmiştir. Araştırmamız kapsamında, hastanede afiliasyonla birlikte yaşanan değişimin personel için alışılması gereken birçok yeni durum yarattığı ve bu yeni durumların da hastane içerisinde afiliasyona yönelik bir uyum süreci gerektirdiği ortaya konulmuştur. Daha sonra uygulamaya geçişle başlayan bu süreç, hem yönetim kademesini hem personeli hem de iş süreçlerini etkilemiştir. Ayrıca, bazı sağlık personellerin de hastaneyi benimseme ve kurumsal aidiyat hissetme noktasında zorlandıkları tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda, afiliasyondan dolayı yaşanan değişimlerin örgüt içinde sorunlar yarattığı ve bu sorunların hem yönetim seviyesinde hem de çalışan personel arasında meydana geldiği belirlenmiştir. Yaşanan bazı sorunların yöneticiler tarafından çözümlendiğini bazı sorunların ise hala devam ettiği tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmada, afiliasyon sonrası hastane içerisinde yaşanan bazı sorunların büyüyerek bir çatışma halini aldığını ve durumun afiliasyonun işlerliğine zarar verdiği belirlenmiştir. Çatışmanın sebebi, katılımcılara göre afiliasyondan sonra aynı kurum içerisinde iki farklı örgüt yapısı ve kültürünün bir araya gelmesinden kaynaklanmaktadır. Aynı zamanda araştırmada, afiliasyonla birlikte hastanede yaşanan değişimin kurum içerisinde tamamen kabullenilmediği bazı grupların yaşanan bu yeni sürece karşı geldiği ve istenmediği saptanmıştır. Özellikle hastanede önemli bir role sahip olan hekim grubunun afiliasyona yönelik bir direnç sergilediği belirlenmiştir. 2015 yılında Ülger ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; (7) afiliasyondan önce aynı kamu hastanesinde çalışmakta olan personelin, çalıştığı hastanede afiliasyon modeli uygulanmaya başladıktan sonra çalışan memnuniyet düzeyinde ne tür bir değişim olduğu araştırılmıştır. Bu doğrultuda, hem kadrosu üniversitede bulunan personel hem de Sağlık Bakanlığı kadrosunda çalışmakta olan personel olmak üzere toplam 278 personel üzerinde araştırma yapılmıştır. İlgili araştırmanın sonuçlarına göre, afiliye hastanede çalışan hekimlerde %42.6 oranıyla, diğer yardımcı sağlık personellerinde ise %29.4 oranla, afiliasyonun personel arasında bazı çekişmeler oluşturduğu görülmüştür. Ülger ve arkadaşlarının çalışmasında,

afiliasyon uygulaması sonrası bazı olumsuz durumların yaşandığı da belirlenmiştir. Bu olumsuz durumlar, çalışan sayısının yetersiz oluşu ve bu sebeple mevcut çalışanların fazla sürelerde çalışması, hastanenin sahip olduğu insan kaynağı gücünden etkin bir şekilde faydalanılmamasıdır. Ayrıca ilgili çalışmada, özellikle yardımcı sağlık personelinin normal iş yükünde bir artış olduğu ve bu durumun personelde motivasyon kaybı yarattığı belirlenmiştir. Konuyla ilgili 2012 yılında Ömür ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir çalışmada (158), örgütlerde yaşanan yeni uygulamaların tüm örgütü etkileyen sorunlar oluşturduğu vurgulanmıştır. Araştırma sonuçlarımızla ilgili çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde, afiliasyon uygulamasını başarıyla yürütmenin kolay bir süreç olmadığı ortaya çıkmıştır. Çünkü, süreç beraberinde birtakım değişimler ve bununla birlikte birtakım problemler yaşatmaktadır. Bu durumun oluşmasında, personelin tutum ve davranışlarının büyük bir etkisi bulunmaktadır (159). Özellikle hastanede örgütsel anlamda en güçlü personel grubu olan hekimlerin uygulamaya yaklaşımı büyük önem taşımaktadır. Bu noktada, afiliasyon uygulamasına geçen kurumların yöneticileri bu değişim sürecinde personeli dinlemeli, motive etmeli ve ihtiyaçlarını karşılayarak direnç gösteren personel grubuna daha dikkatli yaklaşım göstermelidir.

Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerde, afiliasyon modeline geçen hastanelerin hizmet sunumunda güçlendiği ve hastalarına daha kaliteli sağlık hizmeti sunmaya başladıkları tespit edilmiştir. Aynı zamanda hastanelerin, afiliasyon modeline geçtikten sonra hem hizmet üretim kapasitelerini artırdığı hem de sağlık hizmeti sunumunda daha fazla çeşitlilik oluşturdukları belirlenmiştir. Ayrıca, afiliasyon sürecinde hastane ve üniversite taraflarının ciddi kazanımlar elde ettiği, bu kazanımların da hastalar adına çeşitli faydalar oluşturduğu belirlenmiştir. Böylece hastaların, yaşadıkları yerlerde daha önce erişemedikleri sağlık hizmetlerine erişebildikleri ve şehir dışına sevk edildikleri durumları artık yaşamadıkları ortaya konulmuştur. Nitekim, 2013 yılına ait Culter ve Morton'un yapmış olduğu bir çalışmada (160), ABD'de çeşitli örgütsel faktörlere bağlı olarak afiliasyon uygulamasına geçen bazı hastanelerin, bu geçişle beraber hastalarına sunmuş oldukları sağlık hizmetlerinde nicel ve nitel olarak bir artış yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. 2016 yılında Demirtaş'ın ortak kullanım bağlamında afiliye olan bir kamu hastanesinin finansal performansını incelediği çalışmasında da (38), afiliasyon uygulaması sonrasında sağlık kurumunun idarecisi ve personeli ile birlikte sağlık hizmeti üretimi

ve sunumu konusunda daha başarılı olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda, afiliasyon uygulamasının hastanelerin sundukları sağlık hizmetlerinin gelişimine katkı sağladığı ve afiliasyon sayesinde hastanelerin hem sundukları hizmet miktarı, niteliği hem de sunulan hizmetin çeşitliliği olarak gelişme gösterdiği görülmüştür.

Yapılan görüşmelerde, Türkiye’de uygulanan afiliasyon uygulamasıyla hastanelerin sahip olduğu personel sayısında ve niteliğinde bir artış yaşandığı tespit edilmiştir. Artış yaşanan personel sayısının daha çok hekim kaynaklı olduğu ortaya konulmuştur. Özellikle devlet hastanesi iken afiliasyon uygulamasına geçen hastanelerde profesör, doçent ve doktor öğretim üyesi gibi öğretim elemanı hekimlerin görev almaya başladığı belirlenmiştir. Bu noktada, 2013 yılında Kirchhoff yaptığı çalışmada (161), hastanelerde yapılan afiliasyonun sağlık insangücü tedarikini arttırdığı ve böylece örgüt içi bütünleşmeye katkı sunup yükselttiği ortaya konulmuştur. Bu nedenle afiliasyon, hastanelerin sahip olduğu sağlık insangücü kaynağını artıran ve niteliğini yükselten bir uygulama olarak nitelendirilebilir. Bu bağlamda, hastanelerin daha yüksek miktarda ve nitelikte sağlık hizmeti sunacağı düşünülebilir.

Araştırmanın bulgularına göre, afiliasyon uygulamasının paydaşları olan hastaneler ve üniversiteler için birçok avantaj yarattığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamında yapılan görüşmelere göre; hastanelerin yaşadıkları avantajlar, hekim sayısının ve hekim niteliğinin yükselmesi ile hizmet sunum gücünün artması ve üçüncü basamak bir üniversite hastanesi statüsüne kavuştuğu için prestij sahibi bir hastane durumuna geçmesi olarak belirtilmiştir. Diğer taraftan üniversite için afiliasyon ile birlikte ortaya çıkan avantajlar, kendilerine yeni bir hastane inşa etme ve yönetme güçlüğünde kurtulmuş olmaları, kendi öğretim üyelerinin araştırma faaliyetlerinde, öğrencilerinin ise eğitim faaliyetleri için gerekli fiziki ve teknik ortama sahip olmaları olarak belirtilmiştir. Naranjo ve arkadaşlarının konuyla ilgili yaptığı çalışmada (162), örgütsel olarak işbirliği, birlikte kullanım ve birleşme gibi uygulamaların kurumlara, üst yönetimin yapısını heterojen bir yapıya dönüştürmesi, kurum liderlerinin örgüte stratejik olarak yeniden odaklanması ve operasyonel performansın yükseltilmesi gibi avantajlar sağladığı saptanmıştır. Tengilimoğlu ve Çermikli tarafından yapılan bir çalışmada (163), sağlık sektöründeki hastane birleşmeleri ve benzeri uygulamaların kurumun sektörde daha güçlü bir konum elde

etmesine, profesyonel bir yönetim oluşturmasına, maliyetleri azaltmasına, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin artmasına katkı sağladığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda hastanelerde yaşanan yeni uygulama ve sũreçlerin doğru yȳnetilmesi haline kuruma avantajlar sağlayacağı dũřũnũlmektedir.

Araştırma kapsamında yapılan gȳrũřmelerde, afiliasyon uygulaması hastane ve ũniversite için bazı dezavantajlar yarattığı belirlenmiştir. Hastane içerisinde personel arası ilişkilerinde problemler yaşandığı, ũniversite personelinin asıl yapması gereken eğitim ve araştırma faaliyetlerine sağlık hizmeti sunumuna fazla katıldığından dolayı yeterince zaman ayırma fırsatı bulamadığı tespit edilmiştir. Afiliasyon sonrası hastanelerin yaşadığı dezavantajlar; personelin bu değişimden memnuniyet duymaması ve bu anlamda bazı ȳrgũtsel sorunlara sebebiyet vermesi, kendi iş sũrelerinde ve yȳnetim yapılarında değişime gitmek durumunda kalmaları olarak belirlenmiştir. ȳniversitelerin afiliasyon modeline geçtikten sonra yaşadıkları dezavantajlar ise hastane içerisinde kendi sȳz haklarına yeterince sahip olamadıkları dũřũncesi ve kendilerine kurum ait hissetmeme durumları olarak tespit edilmiştir. Literatũrde yapılan bir çalışmada, afiliasyon uygulamasının avantajından ziyade dezavantajının daha çok olduğu belirtilmiştir. İlgili çalışmada, afiliasyon uygulamasının iş barışında ve huzurunda bozulmaya sebep olduğu, maaş eşişsizliği, gȳrev tanımlarında belirsizlik gibi problemler oluşturduğu tespit edilmiştir (164). Topçu'nun afiliasyonun olumlu ve olumsuz yȳnlerinin belirlenmesini amaçladığı çalışmasında (165), afiliasyon katılımcılar tarafından ortak kullanım, işbirliği, karmaşa gibi terimlerle ifade edilmiş ve afiliasyon uygulamasının kurum ve çalışanlar için avantajlarının yanında dezavantajlarının daha çok olduğu ifade edilmiştir. Temel'in 2017 yılında (5) afiliye hastanelerin etkinliğini ȳltũęũ çalışmasında, teknoloji verimliliğinin dũřũk bir oranda azaldığı saptanmış ve hastanelerin teknolojiyi yeterince etkin kullanmadıkları gȳrũlmũřtũr. Çalışmaların sonuçlarına gȳre, afiliasyon uygulaması olumlu sonuçlar yaratmasının yanında yȳnetimde ve personel arasında olumsuz durumlar yaratabildiği de gȳrũlmũřtũr.

Araştırma kapsamında afiliasyon uygulaması sũrecin paydaşları adına prestijli bir kazanım olarak nitelendirilmiştir. Tũrkiye'de farklı illerde devam eden afiliasyon uygulamasının hastanelerin hizmet niteliğini geliştirdiği, hizmet ȳretimini artırdığı, hasta memnuniyetini yũkselttięi gȳrũřme analizleri sonucunda ortaya çıkmıştır. Diğer

tarafından üniversiteler için tıp fakültelerinin hastane ihtiyacı afiliasyon uygulamasıyla giderilmiş ve süreç içerisinde öğretim üyeleri hastanede hizmet vermeye ve bilimsel araştırmalarını gerçekleştirmeye başlamıştır. 2016 yılında Lyngso ve arkadaşları, sağlık sistemlerinde gerçekleştirilen örgütler arası entegrasyonların kazanımlarını incelediği bir çalışma yapmıştır (41). Yapılan çalışma sonuçlarına göre, sağlık kurumlarında afiliasyon gibi örgütler arası entegrasyonun; iletişim ve bilgi aktarımı, etkili yönetim, hasta katılımı ve memnuniyeti, örgüt kültürünün geliştirilmesi gibi alanlarda ciddi kazanımlar oluşturduğu belirlenmiştir. Cutler ve Morton'un 2013 yılındaki çalışmasında, bağımsız hastanelerin birlikte kullanım sayesinde büyük ve prestijli akademik tıp merkezlerine dönüştüğü ve böylece sağlık hizmetleri ve tıp bilimi arasında güçlü bir konsolidasyon sağlandığı ortaya konulmuştur (160). Konuyla ilgili yapılmış çalışmaların ortak sonucu, afiliasyon ve benzeri entegrasyon uygulamalarının kurumlara fonksiyonları doğrultusunda hizmet sunumuna, eğitim ve araştırma faaliyetlerine yönelik kazanımlar sağladığını göstermektedir.

Türkiye'deki hastanelerde sağlık hizmetlerine erişimin birçok dünya ülkesine göre iyi düzeyde olduğu bilinmektedir (166). Birçok Avrupa ülkesinde hizmetlere erişim için uzun bekleme sıraları vardır. Türkiye'de ise bekleme süreleri genel olarak daha kısa sürelerdir (167). Afiliasyon uygulamasının sağlık hizmetinin erişilebilirliğine olan etkisi değerlendirildiğinde, katılımcı görüşleri uygulamanın hizmete erişilebilirliği yükselttiğini göstermektedir. Afiliasyondan sonra hastaların hizmete erişimdeki bekleme süreleri kısalmıştır. Sadece hizmete erişimde bir iyileşme değil yüksek nitelikteki hizmetlere erişimde de bir iyileşme yaşanmıştır. 2005 yılında Kırılmaz tarafından yapılan çalışmada (154), Sağlık Bakanlığı hastanelerinin SSK'lı hastalar tarafından da kullanılmasının sağlanmasıyla beraber sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşayan bu hastaların hizmete daha kolay ve çabuk bir şekilde ulaştığı sonucuna varılmıştır. Araştırmamız ve literatürdeki ilgili çalışmanın sonuçlarına göre; hastaların hizmete erişebilirlik seviyesinin yükselmesinde afiliasyon ve benzer nitelikteki uygulamaların katkısı olduğu görülmektedir.

Türkiye'de hayata geçirilen SDP kapsamında hasta memnuniyetine daha çok önem vermeye başlanmış ve sonraki süreçte hasta memnuniyet oranları yükselmiştir (80). Afiliasyon uygulamasıyla birlikte bir dönüşüm geçiren devlet hastaneleri üniversite hastanesi olma yolunda gelişmeler yaşamıştır. Bu gelişmeler, hastaya

olumlu bir şekilde yansımıştır. Katılımcılarında görüşlerinde ifade edildiği şekilde, hastanın daha önce ilindeki hastanede alamadığı hizmetleri almaya başlaması memnuniyet düzeyini yükseltmiştir. Hasta, daha önce ilindeki kamu hastanesinde erişemediği çeşitli hizmetler için şehir dışındaki bir hastaneye sevk edilirken bu durum hasta için zor ve maliyetli bir durum olarak ortaya çıkmaktaydı. Çünkü şehir dışına sevk edilen bir hasta, birçok dolaylı maliyete katlanmak zorunda kalmaktaydı. Aksi durumda hizmetten yoksunluk durumuyla karşı karşıya kalabilmekteydi. Afiliasyon uygulaması sayesinde talep edilen nitelikli ve kaliteli hizmetlerin hastanede sunulmaya başlanması hastalar açısından olumlu bir durum yaratmıştır. Böylece, hastaneler de sevk sürecinde yaşadığı ambulans hizmeti, personel nakli gibi maliyetlerden de kurtulmuştur.

Araştırmanın bulguları, hastanedeki personel arasında afiliasyondan memnuniyet düzeyinin farklı olduğunu ortaya koymuştur. Görüşmelerde, üniversite personeli uygulamadan daha çok memnunken, Sağlık Bakanlığı'na bağlı çalışanların memnuniyet düzeyinin daha düşük olduğu hatta kısmi bir memnuniyetsizliklerinin olduğu belirlenmiştir. 2019 yılında Topçu tarafından yapılmış olan bir çalışmada (164), fonksiyonel entegre modele uygun olarak afiliasyon modeline geçen hastanelerdeki sağlık çalışanlarının afiliasyon uygulamasına yönelik tutumları incelenmiştir. Yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, memnuniyet düzeyinin personel arasında farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kadrosu üniversitede bulunan çalışanların, kadrosu Sağlık Bakanlığı'nda olan çalışanlara kıyasla memnuniyet düzeyi daha yüksek çıkmıştır. İki çalışmanın ortak sonucuna göre, afiliasyondan memnuniyet düzeyi personel arası farklılaşmakta ve üniversite personelinin uygulamadan daha memnun olduğu görülmektedir.

Yapılan görüşmelerde afiliasyon uygulaması, devam eden bir süreç olarak tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın değişiklikler yaparak yayınladığı yönetmeliklerle süreç ilerlemektedir. Bu noktada Bakanlık tarafından yapılan yönetmelik değişiklikleriyle, bu sürecin iyileştirilmesi ve daha iyi bir noktaya taşınması hedefi güdülmüştür. Nitekim zaman ilerledikçe süreçte iyileşmeler ve gelişmeler yaşanmıştır. 2011 yılından 2020 yılına kadar geçen 9 yıllık zaman zarfında afiliasyon uygulaması ülke genelinde yaygınlaşmıştır. Başlatılan hiçbir afiliasyon uygulaması ise son bulmamıştır. Bu sebeple afiliasyona zaman tanınması gerektiği hem katılımcı görüşleri

hem de yapılan diğer çalışmalarda ortaya konulmuştur (168,169). Afiliasyon için başlangıç protokolünün imzalanmasının ardından geçen yıllarda hem hastane hem de üniversite tarafının sürece sahip çıktıkları katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Eğer bundan sonraki süreçte taraflar bu tutumla afiliasyon uygulamasına yaklaşmaya devam ederse afiliasyon uygulamasının devam edeceği öngörülmektedir. Ayrıca afiliasyonun uygulaması kısa bir süre zarfında hayata geçecek veya başarıya ulaşacak bir model olmadığı belirtilmelidir (170-172). Çünkü bir taraftan hastane içerisinde yaşanan temel ve büyük bir değişim diğer taraftan ise yeni kurulan bir tıp fakültesinin kendinin tamamlaması süreçleri yaşanmaktadır. Bu süreçlerin başarıyla tamamlanmasının uzun bir zaman dilimini kapsayacağı öngörülmektedir.

Araştırmada, afiliasyon uygulamasının başarılı bir şekilde devam etmesi için süreçte yer alan tüm paydaşların katılımcılık göstererek bir araya gelmesi ve kendi sorumluluklarını üstlenmesi gerektiği belirlenmiştir. Literatürde yapılan bir çalışmada, sağlık tesislerinin ortak kullanımı konusunda en büyük sorumluluğun Sağlık Bakanlığı'na ait olduğu ama diğer ilgili kamu ve özel kuruluşların bu sürece katılımlarının ve uygulama sürecinde rol olmaları gerektiğine vurgu yapılmıştır (30). Bu sebeple, Sağlık Bakanlığı tarafından sürecin devamlılığı adına paydaşların sürece katılım göstermesine ortam sağlanmalıdır.

Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerde, afiliasyon uygulamasının paydaşlar için yarattığı kazanımlar dolayısıyla hem üniversite hem de hastane için devam etmesi gerektiği ortaya konulmuştur. Fakat 2016 yılında Karahan'ın bir afiliye hastanesinin çalışanlarının uygulamaya yönelik düşüncelerini değerlendirerek yaptığı bir çalışmada (34); afiliasyon sürecine kararlı ve etkili amaçlarla başlanılsa da daha sonra yaşanan örgüt içi olumsuz durumlar sebebiyle afiliasyon, başarısız bir uygulama olarak nitelendirilmiştir. 2013 yılında Çankaya'nın çalışmasında ise (159), afiliasyonun çalışan kurum personeli tarafından başarısız bir uygulama olduğu düşüncesiyle desteklenmediği belirtilmiştir. Konuyla ilgili Özata ve Topçu'nun 2018 yılında yapmış olduğu başka bir çalışmada (165), hekimlerin afiliasyona yönelik tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, hekimler açısından afiliasyonun kurum için negatif bir uygulama olduğu ve bu sebeple devam etmemesi gerektiği düşüncesinin hakim olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, afiliasyon uygulamasının başarılı veya başarısız olmasına neden olan farklı örgüt içi ve örgüt dışı

faktörlerin olabileceği göz ardı edilmemelidir. Ayrıca afilyasyonun başarısının, kurum yöneticilerinin etkili yönetimine bağlı olduğu unutulmamalıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırma bulgularının literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırılması neticesinde elde edilen sonuçlar açıklanmıştır. Ayrıca, araştırma kapsamında elde edilen sonuçlara göre önerilerde bulunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

Dünyada ve Türkiye’de sağlık kaynaklarından hastanelere ayrılan payın yüksek oranda olduğu ve bu payın zamanla artış gösterdiği bilinmektedir. Bu bağlamda, hastanelerin performansını değerlendirmek, takibini yapmak ve bunu sürekli hale getirmek önemli bir husustur. Bütün bunların gerçekleştirilmesi için; kapsamlı araştırmaların yapılması, durumla ilgili öncelik kriterlerinin belirlenmesi ve sağlık sisteminin hem genel performansını hem de hastanelerin performansını ortaya koymak amacıyla bir sistemin oluşturulması ihtiyaç haline gelmiştir. Yaptığımız bu araştırma, afilyasyon uygulaması özelinde bu doğrultuda gerçekleştirilmiştir.

Türkiye’de afilyasyon modeline geçilmesindeki amaçlar; kamu hastanelerinin fonksiyonlarını artırmak, kaynak kullanımlarında etkinlik ve verimlilik oluşturmak ve üniversitelerin bünyesinde yeni kurulan ve hastanesi olmayan tıp fakültelerine işlerlik kazandırarak kuruluş süreçlerinin tamamlanmasını sağlamaktır. Çünkü; çoğu ikinci basamak kamu hastanesinin hizmet sunum çeşitliliği sınırlı ve eğitim ve araştırma faaliyetleri için gerekli ortam eksik, yeni kurulmuş olan tıp fakültelerinin ise bina, tıbbi donanım ve personel ihtiyaçları bulunmaktadır. Bu doğrultuda, afilyasyon süreci başlatılarak bu eksikliklerin giderilmesi için herhangi bir ilave bir kaynağa ihtiyaç duyulmadan hazır ve işler bir şekilde bir hastanenin tüm imkan ve kaynaklarının üniversiteyle ortak kullanımına geçilmiş, eğitim ve araştırma faaliyetlerine üniversite tarafından hızlı bir şekilde başlanılmıştır. Diğer taraftan ise kamu hastaneleri afilyasyon protokolü sonrası üniversite ve eğitim araştırma hastanesi statüsüne kavuşmuşlardır.

Afilyasyon uygulamasına geçen hastanelerin değerlendirmesini yapmak amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada, hastanelerin durumu iki farklı boyutta incelenmiştir. Afilyasyon uygulamasının hastaneler üzerinde yaratmış olduğu değişim,

finansal ve örgütsel boyutta ele alınmıştır. Hastanelerin afiliasyon öncesi ve sonrası finansal ve örgütsel verileri, VZA ile incelenmiştir. VZA sonuçları, afiliasyon uygulamasına geçen şehirlerde bulunan hastaneler, üniversiteler, il sağlık müdürlükleri ve Sağlık Bakanlığı'nda yapılan görüşmelerle birlikte değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda; hastanelerin finansal yapılarında sabit giderler, değişken giderler ve toplam gelir bakımından kısmi iyileşmelerin olduğu, örgütsel olarak ise sahip oldukları girdi kaynaklarının etkin kullanımı sonucunda ayaktan hasta, yatan hasta ve yapılan ameliyat sayılarında artış olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerin afiliasyondan başlıca kazanımları, hizmet üretim kapasitelerinin ve çeşitliliklerinin artmasıdır.

Türkiye'de yaşanan afiliasyon süreci ile hedeflenen kazanımlara, belli bir seviyede ulaşılabildiği görülmüştür. Araştırma kapsamındaki gerek katılımcı görüşleri gerekse analiz sonuçları bu durumu doğrular niteliktedir. Bu süreçte, hastaneler kısmen verimliliklerini yükseltmiş, performanslarını artırmış ve kurumsal imajlarını geliştirmişlerdir. Bu kazanımlara rağmen, hastanelerde afiliasyon sürecinin devam ettiği ve henüz tamamlanmış olmadığı bilinmelidir. Araştırma sonuçlarına göre, afiliasyonun zaman içerisinde iyileştirilebilir ve geliştirilebilir bir örgütsel model olduğu ortaya konulmuştur. Aynı zamanda afiliasyonun hastanelerde oluşturduğu örgütsel değişimi, üç farklı bağlamda incelemek gerekir. Bu bağlamlar; örgüt yapısında, yönetsel süreçlerde ve personel niteliği ile ilgili iş süreçleri kapsamındaki değişimlerdir. Hastanelerin örgüt yapısında yaşanan değişimle hastanelerin statüsü değişmiş ve fonksiyonları farklılaşmıştır. Yönetim süreçleri açısından örgütün üst düzey yönetiminde bir değişim yaşanmıştır. Personel niteliği ve iş süreçlerinde ise iş çeşitliliğinin artması ve iş süreçlerinin farklılaşmasıyla uygulama öncesine göre daha kapsamlı bir değişim yaşanmıştır.

Afiliasyon uygulaması bir model olarak değerlendirildiğinde, farklı paydaşlara sahip olmakla birlikte örgüt içi güçlü bir farklılık yaratarak etkili bir değişim oluşturmuştur. Yapılan araştırma sonucunda; afiliasyon uygulamasının yararları üniversite, hastane ve hastalar açısından değerlendirilmiştir.

Üniversiteler açısından;

- Yeni tıp fakültesi kuran üniversitelerin, kendileri için yeni bir hastane inşa etme zorunluluğundan kurtulmuş olması,
- Üniversitelerin bir hastane işletme ve yönetme güçlüğüyle karşılaşmamaları ve tek odak noktalarını eğitim ve araştırma faaliyetlerine yönlendirmeleri,
- Üniversitelerin akademik kadro oluşturma ve asistan alımı gibi tıp fakültelerinin kuruluş çalışmalarının daha kolay ve hızlı bir şekilde tamamlanması,
- İlgili hastanenin kurumsal geçmişinin ve kaynaklarının sağladığı destek sayesinde üniversite açısından tıp eğitiminin kolaylaşması,
- Tıp fakültesi öğretim üyelerinin araştırma çalışmaları için gerekli fiziki mekana ve gerekli hasta popülasyonuna kavuşması,
- Öğretim üyelerinin afiliye hastanede hizmet sunumuna katılması ile üniversitenin daha önce şehirle çok güçlü olmayan bağının güçlenmesi ve şehirle bütünleşmeye başlamasıdır.

Hastane açısından;

- Hastanelerin mevcut kaynaklarının daha etkin kullanılarak verimlilik düzeylerinin artması,
- Hastane içerisinde atıl durumda olan ve bu sebeple kullanılmayan ekipmanların afilyasyon sonrası kullanılmaya başlanması,
- Hastanelerin hizmet üretim kapasitelerinin yükselmesi ve hizmet çeşitliliğinin zenginleşmesi,
- Afilyasyon sonrasında hastanenin hastalarına sunmuş olduğu sağlık hizmet kalitesinin yükselmesi,
- Hastanenin hizmet sunduğu hasta sayısının artması ve SUT kapsamındaki hizmet ücretlendirme tarifesinin değişmesi sonucunda tahakkuk geliri ve diğer gelirlerinin artış göstermesi,
- Afilyasyon sonrasında öğretim üyelerinin talepleri doğrultusunda satın alma birimlerinin yeni ve farklı alımlar gerçekleştirmesi ile hastanelerin sahip olduğu tıbbi cihaz envanterinin zenginleşmesi.

Hasta açısından;

- Afiliasyon uygulamasına geçen hastanelerde, hastaların üniversitedeki öğretim üyelerinden hizmet almasının sağlanması,
- Tıp fakültesi öğretim üyelerinin sağlık hizmeti sunumunda rol almaya başlamasının komplike ve sorunlu yapıdaki hasta tedavi sürecine olumlu katkı sağlaması,
- Hastalar için birçok dolaylı maliyet doğuran şehir dışı sevklerinin önüne geçilmesi,
- Hastaların sağlık hizmetine erişim seviyesinin iyileşmesi,
- Hastaların genel olarak aldıkları sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyinin yükselmesidir.

Afiliasyon uygulaması; hem üniversiteler, hem hastaneler hem de hastalar için birçok yarar sağlamanın yanında sağladığı en önemli yararlar, yeni tıp fakültelerinin hastane ihtiyacına çözüm üretmesi, mevcut kamu hastanelerinin fonksiyonlarını artırarak performanslarını yükseltmesi ve böylelikle ülke kaynaklarından sağlığa ayrılmış olan payın daha verimli ve etkin kullanımının sağlanmış olmasıdır.

Türkiye’de afiliasyon modeline geçiş ile sürecin paydaşları için birçok yarar sağlanmasının yanında gerek planlamada gerekse de uygulama esnasında bazı sorunlar ortaya çıkmıştır. Afiliasyonla birlikte süreç içerisinde oluşan sorun alanlarını şöyle sıralayabiliriz:

Örgüt, Yönetim ve Personel

Afiliasyon sonrasında üniversite ve hastane gibi iki farklı örgüt yapısı ve örgüt kültürünün biraraya gelmesi sonucu yönetim ve bazı personel grupları arasında çatışma ortamları oluşmuştur.

- Afiliasyon sonrası hastane yönetiminde başhekim ile birlikte dekanlık makamı da etkin olmaya başlaması ile yönetsel sorunlar oluşmuştur.
- Afiliasyona geçişin başlangıcında bazı personel grupları uygulamayı istemeyerek direnç göstermiştir.

- Birbirinden farklı mevzuata bağlı iki kurum olan üniversite ile kamu hastanesinin biraraya gelmesi sonucu, personel özlük işlerine ilişkin mevzuat çatışmaları meydana gelmiştir. Örneğin; üniversite hastanesinde hastane başmüdürü ve müdür kadrosu gibi unvanlarda çalışan personelin kadro karşılığının afiliye hastanelerde olmaması nedeniyle bu kişiler özlük hakları bakımından sıkıntı yaşamıştır.
- Hastanelerin fonksiyonları gereği sağlık hizmeti sunumuna daha çok odaklanmasının öğretim üyeleri açısından tıp eğitiminde ve bilimsel araştırmalarda yaratabileceği olumsuz etkiler vardır. Çünkü öğretim üyelerinin, sağlık hizmeti sunumuna katılmalarının yanında eğitim ve araştırma faaliyetleri için de ciddi bir zaman ayırma gerekliliği mevcuttur.
- Mevcut kamu hastanelerinin tıp fakülteleri ile afiliye olarak üniversite hastanesi statüsü kazanması sonucunda sağlık ve idari personelin iş yükünde artış olmuştur.
- Afiliasyon uygulamasının üniversiteler için yerel bazdaki farklı uygulamaların getirdiği olumsuz etkiler de diğer sorunlar olarak nitelendirilebilir.

Finansal Yapı ve Mali Hususlar

- Hastane içerisinde personel sayısının artması sonucunda dağıtılan ek ödeme miktarının yükselmesi, hastanenin giderlerini yükseltmiştir.
- Üniversite tarafının afiliasyon sürecindeki satın alım talepleri, hastanelerin giderlerinde artışa neden olmuştur.
- Üniversite personelinin aksine hastanede çalışan diğer personelin ek ödeme tutarlarında artış yaşanmamıştır.
- Kadrosu Sağlık Bakanlığı'nda olan hekim grubunun sağlık hizmetleri sunumuna öğretim üyelerine göre daha fazla katılmasına rağmen, onlara kıyasla daha düşük ek ödeme alması sorun haline gelmiştir.

Araştırma sonuçları değerlendirilirken konuyla ilgili bazı hususların göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Afiliasyon uygulamasına geçen şehirlerdeki tıp fakültelerinin çoğunluğunun yeni kurulduğu, üniversitelerdeki akademik kadroların henüz tamamlanamadığı ve tıp fakültesi öğrencilerinin uygulama

eğitimlerinin henüz başlamaması gibi durumlar bilinmelidir. Genel mevcut durumdan hareketle afiliasyon uygulamasına devam edileceği varsayıldığında; gelecekte hastanelerin süreçten yeni kazanımlar elde edecekleri, mevcut kazanımlarını sürdürebilecekleri ve yaşanan değişimi daha iyi yönetebilecekleri düşünülmektedir. Ayrıca, hastanelerin finansal performanslarındaki iyileşmenin devam edeceği ve örgütsel anlamdaki problemlerinin çözüleceği öngörülmektedir. Türkiye’de beş yıllık sürelerle imzalanan afiliasyon protokollerinin devam edeceği düşünüldüğünde; ilerleyen zamanlarda afiliasyon uygulamasının daha sağlıklı bir yapıya kavuşacağı ve hedeflenen kazanımları sağlamaya devam edeceği düşünülmektedir. Esasen, kamu hastanelerinin üniversitelerle afiliye olmasıyla hastanelerin daha etkin kullanılacağını ve başarılı bir şekilde yönetileceğini öngören politikanın, amacına uygun bir şekilde işlerliğini sürdürebileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda dünyanın ve Türkiye’nin değişen ve gelişen koşullarıyla birlikte kendini güncelleyen ve kendi içerisinde dinamik unsurlar barındıran bir konu olarak sağlık alanındaki yetkililerin gündeminde olmaya devam edeceği ve afiliasyon konusunun sağlık alanında uzun yıllar konuşulmaya devam edilecek olan bir konu olması öngörülmektedir.

6.2. Öneriler

Afiliasyon sürecinde ortaya çıkan mevcut ve olası problemlerin etkin ve hızlı çözümü için ve bu süreçten hedeflenen kazanımların daha da artırılmasını sağlamak amacıyla tüm paydaşların süreçte eşit rol ve sorumlulukta konumlandırılması önem arz etmektedir. Ayrıca, tüm paydaşların devam eden afiliasyon sürecine yönelik pozitif bir tutumla yaklaşmaları bir diğer önemli husustur. Afiliasyon sürecinde tüm paydaşlara rolleri gereği sorumluluklar düşmektedir. Sağlık Bakanlığı ve YÖK birlikte çalışıp bu sürecin nasıl daha iyi geliştirilmesi ve kazanımlarının artırılması açısından planlamalar yapmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, afiliasyon sürecinin başarılı bir şekilde devam ettirilmesi için yerel düzeyde hastane ve üniversite tarafı yöneticilerinin sorumluluk üstlenmesi gerekmektedir.

Afiliasyon uygulamasına geçen hastanelerde birlikte çalışma kültürünün oluşması ve bunun benimsenmesi gerektiği unutulmamalıdır. Afiliasyonla birlikte yeni kurulmuş olan tıp fakülteleri verdikleri tıp eğitiminde yeni bir süreç yaşamaya başlamışlardır. Sonraki süreçte afiliasyonla ilişkili problemlerin kalıcı çözümü için

ilgili mevzuatta birtakım değişikliklerin yapılması sürecin daha iyi yönetilmesi için önemlidir. Afiliasyon uygulamasına geçileceği zaman süreç, bütün paydaşlara artı değerler katacak şekilde planlanmalı ve yürütülmelidir. Karşılıklı hedef ve misyonların gözden geçirilerek, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla, hangi alanlarda nasıl bir işbirliğine gidileceğine kurum bazlı olarak karar verilmesi ve her hastane ve üniversite için kendilerine özgü afiliasyon modelinin geliştirilmesi uygun olacaktır. Gelecekte hem özel sağlık sektöründe hem de şehir hastanelerinin açılmasıyla afiliasyonun daha da yaygınlaşması ve farklılaşarak daha geniş kapsamlı ve stratejik unsurlarıyla beraber planlanmış bir şekilde hayata geçirilmesi gerektiği söylenebilir.

Araştırma sürecinde Sağlık Bakanlığı'nın afiliasyon uygulamasıyla ilgili sürecin paydaşları ile toplantılar yaptığı ve bu toplantıları yapma devam edeceği bilgisine ulaşılmıştır. Aynı zamanda afiliasyonla ilgili olarak yakın zamanda sorun alanlarının çözümüne yönelik yapılacak olan mevuzat değişiklikleriyle sürecin daha da idealize edilebileceği planlanmaktadır. Bu hususta merkez yetkililerinin ve yerel düzeydeki sağlık yöneticilerinin bu konudaki yetki ve sorumluluklarını üstlenmeleri ve başarılı bir şekilde yerine getirmeleri önem arz etmektedir. Afiliasyon konusuyla ilgili yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçların; gerek politika yapıcılara gerek üniversite yetkililerine ve gerekse de hastane yöneticilerine konu hakkında farklı bakış açısı sağlaması ve bundan sonraki uygulamalarına yön vermesi konusunda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın ortaya koyduğu sonuçlar doğrultusunda; afiliasyon uygulamasıyla beraber ortaya çıkan sorun alanlarının çözümü ve uygulamanın sağladığı yararların artırılması için sürecin paydaşlarına şu önerilerde bulunulabilir:

Sağlık Sistemine Yönelik Öneriler

- Afiliasyon uygulaması ile sağlık sektöründeki yapısal dönüşümün sonucu olarak sağlık kaynaklarının etkili kullanımı sağlanmalı,
- Bütün paydaşların dahil olacağı bir çalışma ile uygulanan mevcut afiliasyon modelinin sorunlarına çözüm bulunmalı,
- Afiliasyon uygulaması geliştirilerek, Türk sağlık sistemine uygun ve özgün bir afiliasyon modeli oluşturulmalıdır.

Sağlık Bakanlığı'na Yönelik Öneriler

- Kendisine bağlı afiliye hastanelerin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin standardizasyonunu ve koordinasyonunu sürdürmeli,
- Merkezi sağlık yönetimi, görev ve yetkilerini kısmi olarak yerel düzeydeki yöneticilere devretmeli ve böylece yerel dinamiklerin yönetimde rol sahibi olma fırsatını yakalamalarını sağlamalı,
- Afiliasyon modelinin başarılı ve organize bir şekilde sürdürülmesi için Sağlık Bakanlığı bünyesinde afiliasyon üzerine planlamalar yapan, çalışmalar gerçekleştiren, denetim ve kontrol faaliyetlerini yürüten bir daire başkanlığının kurulması,
- Afiliasyon uygulamasına yönelik sağlık yatırımı, sağlık insan gücü ve sağlık eğitimi için gerekli projeksiyonları oluşturmalı,
- Afiliye kamu hastanelerinin hizmet, eğitim ve araştırma fonksiyonları arasındaki denge gözetilmelidir.

Yöneticilere Yönelik Öneriler

- Yetkili kurumlar ve kişiler ile koordinasyon içinde süreç yönetilmeli,
- Üniversite ve hastanenin afiliasyondan sorumlu yöneticilerinin uyum içinde çalışması gerektiği,
- Afiliasyondan sonra hastaneye yeni katılan personelin adaptasyon sürecinin kısa süreli olması için oryantasyon çalışmaları yürütülmeli,
- Afiliasyon sürecinde oluşan eksiklikler ve tehditler kurumlar için fırsat olarak algılanmalı ve gelecekte erişilmek istenen hedeflere dönüştürülmeli,
- Hastanelerin devam eden afiliasyon sürecinde performanslarını yükseltmek için yapıcı ve pozitif yönlü bir strateji izlenmelidir.

Çalışanlara Yönelik Öneriler

- Yeni bir örgüte dahil olmaları ile yaşadıkları adaptasyon sorunlarını kişisel özveri ve emekle üstesinden gelmeye çalışmaları,
- Afiliasyonun oluşturduğu değişime ön yargı ile yaklaşmamaları ve yeni sürece direnç göstermemeleri,
- Uzman hekimlerin öğretim üyesi olarak üniversite kadrosuna geçmesi örneğinde olduğu gibi yaşanan yeni süreci kendileri için, avantaja dönüştürmeleri,
- Çalışanların afiliye hastanelerde ortak çalışma kültürünü destekleyerek benimsemeleri gerekmektedir.

Araştırmanın ortaya koyduğu sonuçlar; afiliye hastanelerin yöneticilerine, il sağlık müdürlüklerine, üniversitelerin ve tıp fakültelerinin ilgili yetkililerine, Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimlerindeki yetkili kişilere farklı bir perspektiften afiliasyonu değerlendirme imkanı sunmaktadır. Araştırma perspektifinin ortaya koyduğu sonuçlar, yaşanan değişimin anlaşılmasına ve genel performans değerlendirilmesinin sürekli olarak yapılmasına ve sürecin geleceği için kapsamlı bir değerlendirme yapılarak doğru bir planlama yapmalarına katkı sağlayacaktır.

Araştırmanın kısıtlılıklarından yola çıkarak bundan sonraki yapılacak olan araştırmalarda; araştırmanın daha büyük bir araştırma grubunu ve yılları içeren şekilde yapılması farklı perspektiflerin sağlanması açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Afiliasyon konusunda yapılan araştırma sayısının eksikliği doğrultusunda yeni araştırmaların yapılması, bu alandaki boşluğun giderilmeye çalışılması yönünden önemli olacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, sayı: 31058, 4 Mart 2020.
2. Songur C, Babacan A. Sağlık hizmetlerinde afiliasyon ve mali yönetim üzerine etkisi, *Journal of Management and Economics Research*, 14(4), 2016.
3. Maureen S. Affiliation and its benefits to the hospital and community, *Journal Nursing Administration Quarterly*, 40(4), 2016.
4. Schuchard RL. Ten success factors in healthcare affiliations, *Health Progress*, 76, 1995.
5. Temel Ş. Üniversiteler ile birlikte kullanım ve işbirliği protokolü imzalayan Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin etkinliğinin ölçülmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Uzmanlığı tezi, Ankara, 2017.
6. Renn S, Carl J, Schramm J, Watt M, Derzon A. The effects of ownership and system affiliation on the economic performance of hospitals, Sage Publications, 2015: 22.
7. Ülger N, Baldemir E, İnanç B. Hospital employee satisfaction in hospitals with afilasyo, sample of training and research hospital of university of Muğla Sıtkı Koçman, *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 6, 2015.
8. Aktan AÖ. Afiliasyondan beklentiler ve Deneyimler, İstanbul Tabip Odası Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu İstanbul Raporu, 2007.
9. DHG Healthcare (2013) “What Hospital Executives Should be Considering in Hospital Mergers and Acquisitions”, https://www.dhg.com/Portals/0/ResourceMedia/publications/HCG_Hospital%20MandA%20Whitepaper_ThoughtLeadership.pdf. 15 Şubat 2019.

10. Altuntaş Y. Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri için eğitimde yeni yapılanma önerileri, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 2007.
11. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson MK, Mitchell JB. Remaking health care in America: building organized delivery, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996.
12. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 27850, 15 Eylül 2018.
13. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 28989, 15 Eylül 2018.
14. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 29744, 15 Eylül 2018.
15. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 30098, 15 Eylül 2018.
16. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin ilgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 30415, 15 Eylül 2018.
17. Ohio Hospital Association 2015, Affiliation or independence: a fourpronged approach to developing your affiliation strategy, [http://ohiohospitals.org/OHA/media/Images/Annual%20Meeting/Documents/2014%20Handouts/Mergers-Acquisitions %E2%80%93Session32. pdf](http://ohiohospitals.org/OHA/media/Images/Annual%20Meeting/Documents/2014%20Handouts/Mergers-Acquisitions_%E2%80%93Session32.pdf). 5 Aralık 2018.

18. Bor S. Üniversite hastaneleri birliği toplantı raporu, <http://docplayer.biz.tr/1863065-2-universite-hastaneleri-birligi-toplanti-raporu.html>. 17 Kasım 2018.
19. Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü Hakkında Genelge, sayı:12861, 2003.
20. Baker JB. The antitrust analysis of hospital mergers and the transformation of the hospital industry, *Law and Contemporary Problems*, 51(2), 2020.
21. Pardes H, Pincus HA. Commentary: models of academic-clinical partnerships: goods, better, best, *Academic Medicine*, 85(8), 2010.
22. Zuckerman AM. Creating a vision for the twenty first century healthcare organization, *Journal of Healthcare Management*, 45(5), 2000.
23. Daquila R, William J, Lopman A, Jweinat J, Ciaccio T, Matthew J. Yale-New Haven Hospital's planning and execution of a complex hospital acquisition, *Alliance for Academic Internal Medicine*, 2013.
24. Öztürk PD. Eğitim üniversitenin hastane yönetimi profesyonellerin olmalı, Röportaj, 2013.
25. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: A model for measurement, *International Journal of Integrated Care*, 5(31), 2005.
26. Phillips SE, Rubenstein AH. The changing relationship between academic health centers and their universities: A look at the University of Pennsylvania. *Academic Health Centers*, 83(9), 2008.
27. Sara S, Rebecca R, Benedict R. What is integrated care. Nuffield Trust, 2011.
28. Wartman SA. The academic health center: evolving organizational models, [aahci.org:http://aahci.org/policy/reddot/AAHC_Evolving_Organizational_Models.pdf](http://aahci.org/policy/reddot/AAHC_Evolving_Organizational_Models.pdf). 15 Kasım 2018.
29. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration, *Healthc Q.*, 13, 2010.

30. Taşkaya S. Sağlık Bakanlığı ve üniversite ortak hastanelerinin verimliliğinin pabon lasso modeli ile değerlendirilmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 2019.
31. Güneş ED, Yaman H. Health network mergers and hospital re-planning, *Journal of the Operational Research Society*, 61(2), 2010.
32. Ağırbaş İ. Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi, 1. Baskı. Ankara: Siyasal Kitapevi, 2014.
33. Leatt P, Pink G, Guerriere M. Towards a canadian model of integrated healthcare, *Healthcare Papers*, 1(2), 2000.
34. Karahan N. Eğitim Araştırma Hastaneleri Çalışanları Açısından Afiliasyon, <https://docplayer.biz.tr/17262834-Egitim-arastirma-hastanelericalisanlari-acisindan-afiliasyon-dr-nagihan-karahan.html>. 15 Mart 2019.
35. Dilek O. Afiliasyon protokolü ve sakarya deneyimi: <https://docplayer.biz.tr/17631109-Afiliasyon-protokolu-ve-sakarya-deneyimi.html>. 23 Mayıs 2019.
36. Dokucu A. Birlikte kullanım, afiliasyondan beklentiler ve deneyimler, Doc Player: <https://docplayer.biz.tr/9802339-Birlikte-kullanim-afiliasyon-danasyon-beklentiler-ve-deneyiml-ve-deney-prof-dr-ali-ali-ihsan-ihsa-dokucu-22-ocak-2011.html>. 24 Ekim 2018.
37. Ovseiko PV, Davies SM, Buchan AM. Organizational models of emerging academic health science centers in England, *Academic Medicine*, 85(8), 2010.
38. Demirtaş M. Bir Sağlık Bakanlığı Hastanesinin Afiliasyon Öncesi Ve Sonrası Finansal Performans Analizi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla: T.C. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, 2016.
39. Pardes H, Pincus HA. Models of academic-clinical partnership: goods, better, best, *Academic Medicine*, 85(8), 2010.

40. Barrett DJ. (2008). The evolving organizational structure of academic health centers: the case of the university of Florida, *Academic Health Centers*, 83(9), 2008.
41. Lyngso AM, Godtfredsen NS, Frolich A. Interorganisational integration: healthcare professionals' perspectives on barriers and facilitators within the danish healthcare system, *International Journal of Integrated Care*, 16(1), 2016.
42. Yürümez Y, Yücel M, Ercan B. Türkiyede'ki afiliasyon modelleri, *Journal of Human Rhythm*, 4(1), 2018.
43. Cuellar AE, Gertler P. Trends in hospital consolidation: The formation of local systems, *Health Affairs*, 22(6), 2003.
44. Schmitt M. Do hospital mergers reduce costs, *Journal of Health Economics*, 52, 2017.
45. Sahay A, Mehrotra A. Performance of firms post mergers and acquisitions: a critical review, *International Research Journal of Management Science & Technology*, 9(1), 2018.
46. Ho V, Hamilton B. Hospital mergers and acquisitions: does market consolidation harm patients, *Journal of Health Economics*, 19, 2000.
47. Çakmak F. An alternative approach to market definition in the antitrust analysis of hospital mergers, Submitted School of Arts and Social Sciences, Master of Arts: Sabancı University 2015.
48. Kahraman G, Uğurluoğlu Ö. Türkiye ilaç sektöründe stratejik ortaklıklar, birleşme ve satın almalar: 2006-2014 döneminin incelenmesi, *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 14(4), 2016.
49. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, T.C. Resmi Gazete, sayı: 19461, 17 Kasım 2018.

50. T.C. Resmi Gazete, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, Sayı: 28559, 20.01.2019.
51. T.C Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/saglik_tesisleri.php, 15.03.2020.
52. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 28597, 10 Kasım 2019.
53. Ülgen H, Mirze SK. İşletmelerde Stratejik Yönetim, Beşinci Baskı. İstanbul: Beta Yayıncılık, 2010.
54. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Performans. <https://sozluk.gov.tr/?q=performans&aranan=>. 10 Haziran 2019.
55. Akal Z. *İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi*, 5. Baskı. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 2002.
56. Çalık T. *Performans Yönetimi Tanımlar, Kavramlar, İlkeler*, 1. Baskı. Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık Ltd. Şti., 2003, 8-111.
57. Luecke R. *Performance Management*. Çeviri: Özer A. Performans Yönetimi, 3. Baskı. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2015.
58. Göksel A. *İşletmelerde Performans Değerleme Sistemi Tasarımı*, 1. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2013.
59. Uyargil C. *Performans Yönetimi Sistemi*, 4. Baskı. İstanbul: Beta Yayıncılık, 2017.
60. Çelik M. *Örnek Uygulamalı Performans Yönetimi*, 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2018.
61. Karabat BÇ. *Örgütlerde Performans Yönetimi*, 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2017.

62. Uysal Ş. Performans yönetimi sisteminin tanımı, tarihçesi, amaç ve temel unsurlarına genel bir bakış, *Electronic Journal of Vocational Colleges*, Ekim 2015.
63. Williams A. Performance Management Program, Harvard Kenedy School. USA, 2002.
64. Aktan CC. Performans yönetimi: organizasyonlarda performans değerlendirme ve ölçme, *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 2009.
65. Damanpour E, William M. Organizational innovation and performance: the problem organizational lag, administrative science quarterly, Sage Publications, 1984.
66. Turunç Ö. Stratejik yönetim örgütsel performans ilişkisinde kişi-örgüt uyumunun rolü, *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 1(1), 2015.
67. Palmer MJ, Performans Değerlendirmeleri, İstanbul: Rota Yayınları, 1993.
68. Ceylan Z. Performansa dayalı ücretlendirme modelleri ve Türkiye açısından bir değerlendirme, *Sayıştay Dergisi*, Temmuz-Aralık Sayısı, 2009.
69. Lenz RT. Determinants of organizational performance: an interdisciplinary review, *Strategic Management Journal*, 2(2), Published by Wiley, 1981.
70. Karagöz H. Stratejik Planlamanın Örgütsel Performans Üzerine Etkisi: Bir Uygulama, İşletme Anabilim Dalı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Karaman: T.C. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, 2016.
71. Ghafor BM. Stratejik Planlamanın Örgütsel Performansa Etkisi: Erbil Şehrinde Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma, İşletme Anabilim Dalı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Bingöl: Bingöl Üniversitesi, 2018.
72. Koçak D, Özüdoğru H. Yöneticilerin liderlik özelliklerinin çalışanların motivasyonu ve performansı üzerindeki etkileri: kamu ve özel hastanelerinde bir uygulama, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 2012.

73. Çam H. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi, Karaman Devlet Hastanesi Örneği, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sanayi ve Teknoloji Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi, 2008.
74. Ateş Ç. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi (Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği), Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: T.C. Beykent Üniversitesi, İstanbul, 2014.
75. Kıyak M, Bozaykut T, Güngör P, Aktaş E. Strategic leadership styles and organizational financial performance: a qualitative study on private hospitals, 7th International Strategic Management Conference, 2011.
76. Yıldız B. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansı Etkileyen Unsurlar ve Finansal Performansın Ölçülmesi: Hastanelerde Bir Uygulama, İşletme Anabilim Dalı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum: T.C. Atatürk Üniversitesi, 2013.
77. Özgülbaş N. Hastanelerde finansal performans standartlarının belirlenmesi, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 4, 2004.
78. Cleverley WO, Cleverley JO, Song PH. Essentials Of health care finance, Jones and Bartlett Publishers, 2010.
79. Özgülbaş N, Koyuncugil AS. Sağlık kurumlarında finansal performans ölçümü: kamu hastanelerinin veri madenciliği ile sınıflandırılması, *İktisat, İşletme ve Finans Dergisi*, 2007.
80. Çam H. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi: Karaman Devlet Hastanesi Örneği, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2008.
81. Orak S. Ankara İli Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin 2008-2013 Dönemi Finansal Performansının Oran Analizi İle İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2015.

82. Tarcan M. Hastanelerde Finansal Performansı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Çok Değişkenli Bir Analiz, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
83. Brown M. Health care financial management, *Jones and Bartlett Learning*, 1992.
84. Çelikay F, Gümüş E. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 2009.
85. Avcı K. Ankara İl Merkezindeki Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Finansal Performansının Topsis Yöntemi ile Değerlendirilmesi, *İşletme Bilimi Dergisi*, 6(2), 2018.
86. Çelik Y. *Sağlık ekonomisi*, 5. Baskı. Ankara: Siyasal Kitapevi, 2019.
87. Karadeniz E. Hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansının incelenmesi: Türkiye cumhuriyeti merkez bankası sektör bilançolarında bir uygulama, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 2016.
88. Karakaya ÜY. Hastane İşletmelerinde Finansal Verilere Dayalı Performans Ölçümü ve Bir Model Önerisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: T.C. Gazi Üniversitesi.
89. Sargutan AE. Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 2005.
90. Çetin M, Ecevit E. Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi: OECD ülkeleri üzerine bir panel regresyon analizi, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), 2010.
91. Bostan S, Kılıç T, Acuner T. Sağlıkta dönüşüm programının hastaneler üzerindeki değişim etkisi: hastane yöneticilerinin görüşleri, *TISK Akademi*, 7(14), 2012.
92. Koçyiğit S. Hastanelerde hizmet üretim maliyeti olarak stokların TMS 2’ye göre muhasebeleştirilmesi, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 1, 2011.

93. At Ç. Hastane Yönetiminde Kapasite ve Kaynak Yönetimi Kararlarının Maliyet, Kalite ve Finansal Performans Üzerindeki Etkileri, İşletme Anabilim Dalı, Doktora tezi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli: T.C. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, 2007.
94. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011, Sağlık Bakanlığı, 2012.
95. Balcı E, Çakıl E, Gün G, Çetinkaya F, Günay O. Kayseri ili'nde görev yapan sağlık yöneticilerinin genel özellikleri ve uygulamada karşılaştıkları sorunlar, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 2011.
96. Korkmaz M, Güney S. Hastanelerde Mali Performansın İncelenmesi: Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üzerine Örnek Bir Uygulama, *Karadeniz*, 17(5), 2012.
97. Pay M. Kamu Hastane Kurumları Sisteminin Finansal Performans Açısından Değerlendirilmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2017.
98. Başat H. Örgütsel Performansın Ölçülmesinde Çok Boyutlu Ölçüm Yaklaşımları ve Performans Prizmasına İlişkin Bir Uygulama, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Doktora tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2009.
99. Yüreğir OH, Nakıboğlu G. Performans ölçümü ve ölçüm sistemleri: genel bir bakış, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(2), 2007.
100. Balçık P, Yenilmez K, Şahin SP. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde Bireysel Performans Değerlendirme Süreci, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 2016.
101. Çınaroğlu S. Kamu ve özel sağlık hizmetlerinin seçimini etkileyen faktörler: teorik bir inceleme, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(2), 2017.

102. Avcı K. Sağlık Bakanlığı hastaneleri'nin örgütsel ve finansal performans göstergeleri bakımından kümelenmesi, *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 33(2), 2015.
103. Bernard AM, Douglas H, Lawrence B. Generating New Directions in Career Theory: The Case For A Transdisciplinary Approach, *The Handbook of Career Theory*, New York: Cambridge University, 1989.
104. Kurşun S, Kuşakçı AO. Bankacılık sektöründe veri zarflama analizi ile etkinlik değerlendirmesi literatür taraması, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 15(30), 2016.
105. Önder E, Yıldırım BF. Operasyonel, Yönetmel ve Stratejik Problemlerin Çözümünde Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri, Dora Yayınevi, 2015.
106. Demir A, Bakırcı F. OECD Üyesi Ülkelerin ekonomik etkinliklerinin veri zarflama analiziyle ölçümü, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 28 (2), 2014.
107. Kocakalay Ş, Işık A. Veri zarflama analizi, *DPÜ Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5, 2003.
108. Altan Ş, Atan M, Tokpınar S. Sektörel Etkinlik ölçümü: girdi çıktı tablosu ve veri zarflama analizi ile bir uygulama, *Journal of Business Research Turk*, 7(2), 2015.
109. Akyol M. Gülhane Askeri Tıp Akademisi 1000+200 Yataklı Eğitim Hastanesi Klinikleri Üzerine Veri Zarflama Analizi Yöntemi İle Verimlilik Analizi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.
110. Ganley JA, Cubbin JS. Public Sector Efficiency Measurement Applications of Data Envelopment Analysis, Netherlands: Elsevier Science Publishers BV, 1992.

111. Bendheim CL, Waddock SA, Graves SB. Determining Best Practice in Corporate Stakeholder Relations Using Data Envelopment Analysis, *Business and Society*, 37(3), 1998.
112. Ayriçay Y, Özçalıcı M. 1997-2012 yılları arasında Türkiye’de veri zarflama analizi ile ilgili yayınlanan akademik çalışmalar, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1), 2015.
113. Banker R, Charnes A, Cooper W. Some models for estimating technical and scale inefficiencies in DEA, *Management Sciences*, 30, 1984.
114. Banker RD, Conrad RF, Strauss RD. A Comparative Application of DEA and Translog Methods An Illustrative Study of Hospital Production, *Management Science*, 32(1),1986.
115. Atmaca E, Turan F, Kartal G, Çiğdem ES. Ankara ili özel hastanelerinin veri zarflama analizi ile etkinlik ölçümü, *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 16(2), 2012.
116. Chang HH. Determinants of Hospital efficiency: the case of central government-owned hospitals in Taiwan, Omega, *International Journal Management Science*, 26(2), 1998.
117. Öztürk EG. Health System Performance in Oecd Countries: Data Envelopment Analysis, Institute of Social Sciences Department of Economics, Master’s Thesis, Ankara: Hacettepe University, 2016.
118. Wilson PW. Detecting influential observations in data envelopment analysis, *The Journal of Productivity Analysis*, 6(1), 1995.
119. Keskin ÖK, Orhaner E. Public hospitals and special hospitals efficiency effect factors: Ankara province sample, *International Journal of Health Managament and Tourism*, 2(2), 2017.
120. Charnes A, Cooper W, Lewin A, Selford LM. Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Application, Boston: Kluwer Academic Publishers, 1994.

121. Donthu N, Yoo B. Retail Productivity Assesment Using Data Envelopment Analysis, *Journal of Retailing*, 74(1), 1998.
122. Bakırcı F. Üretimde Etkinlik ve Verimlilik Ölçümü Veri Zarflama Analizi Teori ve Uygulama, Atlas Yayınları, 2006.
123. Simons R. Data Envelopment Analysis Aids Efficiency, MP in Action, *The Newsletter of Mathematical Programming in Industry and Commerce*, 1995.
124. Kohl S, Schoenfelder J, Fügner A, Brunner JO. The Use of Data Envelopment Analysis (DEA) in healthcare with a focus on hospitals, *Health Care Management Science*, 22, 2019.
125. Stefko R, Gavurova B, Kocisova K. Healthcare efficiency assessment using DEA analysis in the Slovak Republic, *Health Economics Review*, 8(6), 2018.
126. Weng SJ, Wu T, Blackhurst J, Mackulak G. An extended DEA model for hospital performance evaluation and improvement, *Health Services Outcomes Research Method*, 9(3), 2009.
127. Shetty U, Pakkala T. Technical efficiencies of healthcare system in major states of India: an application of NP-RDM of DEA formulation, *Journal of Health Management*, 12(4), 2010.
128. Creswell JW. Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches, 4th ed., Thousand Oaks, CA: Sage, 2014.
129. Hong QN, Pluye P. A conceptual framework for critical appraisal in systematic mixed studies reviews, *Journal of Mixed Methods Research*, 13(4), 2019.
130. Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, www.khgm.saglik.gov.tr. 20 Mart 2020.
131. T.C. Resmi Gazete, 6639 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, sayı: 29327, 15 Ocak 2019.

132. Bektemür G, Taşcı Aİ, Adaş. Eğitimde farklı bir makro organizasyon modeli olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi, *JAREM Sağlık Eğitimi Politikalar*, 6, 2016.
133. <http://www.sdplatform.com/Dergi/1113/Saglikta-afiliasyonun-hikayesi.aspx>. 20 Ocak 2019.
134. Victor JM, Leng CK. Integrated analysis of healthcare efficiency: a systematic review, *Journal Medical Systems*, 42(8), 2018.
135. Djema H, Djerdjouri M. A two-stage DEA with partial least squares regression model for performance analysis in healthcare in Algeria, *International Journal Applied Decision Sciences*, 5(2), 2012.
136. Torun N, Ayanoğlu Y, Atan M. The evaluation of the financial efficiencies of hospitals through data envelopment analysis method in terms of their type and group, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(1), 2020.
137. Bal V, Bilge H. Eğitim ve araştırma hastanelerinde veri zarflama analizi ile etkinlik ölçümü, *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 2013.
138. Ayanoğlu Y, Atan M, Beylik U. Hastanelerde veri zarflama analizi yöntemiyle finansal performans ölçümü ve değerlendirilmesi, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2), 2010.
139. Çınaroğlu S. Eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastanelerin teknik verimliliklerinin veri zarflama analizi ile karşılaştırılması, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(2), 2018.
140. Esenbel M, Erkin MO, Erdoğan FK. Veri zarflama analizi ile dokuma, giyim eşyası ve deri sektöründe faaliyet gösteren firmaların etkinliğinin karşılaştırılması, <http://www.analiz.com/jegitim/gaziOOI.html>. 15 Temmuz 2019.

141. Mut S, Kutlu G, Turgut M. Türkiye’de sağlık alanında veri zarflama analizi yöntemi kullanılarak yapılan makalelerin incelenmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 2019.
142. Li H, Dong S. Measuring and benchmarking technical efficiency of public hospitals in Tianjin, China: A Bootstrap–Data Envelopment Analysis Approach, *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 5(1), 2015.
143. Miguel JL, Belda CF, Vieites AR. Analysis of the technical efficiency of the forms of hospital management based on public-private collaboration of the Madrid Health Service, as compared with traditional management, *International Journal Health Planning Management*, 34, 2019.
144. Jia T, Yuan H. The application of DEA (Data Envelopment Analysis) window analysis in the assessment of influence on operational efficiencies after the establishment of branched hospitals, *BMC Health Services Research*, 17, 2017.
145. Kristensen T, Bogetoft P, Pedersen KM. Potential gains from hospital mergers in Denmark, *Health Care Manag Sci*, 13, 2010.
146. Emamgholipour S, Afkar A, Eskandari M, Tavakkoli M. Trend of hospital performance in Northern Iran: A 5-year assessment using Pabon Lasso Model, *International Journal of Hospital Research*, 4(4), 2015.
147. Yalçın T, Yıldırım HH. Sağlık Hizmetleri Finansmanı, http://www.absaglik.com/hhy_saghizfin.pdf. 10 Ağustos 2019.
148. Phillips S, Arthur H. Rubenstein the changing relationships between Academic Health Centers and their universities: A look at the University of Pennsylvania, *Academic Medicine*, 83(9), 2008.
149. Harris JM, Özgen H, Özcan YA. Do mergers enhance the performance of hospital efficiency? *Journal of Operational Research Society*, 51(7), 2000.

150. Pirani N, Zahiri M, Engali KA, Torabipour A. hospital efficiency measurement before and after health sector evolution plan in southwest of Iran: a DEA-panel data study, *Acta Informatica Medica*, 26(2), 2018.
151. Gil DN, Hartmannw F, Maasz VS. Top management team heterogeneity, strategic change and operational performance, *British Journal of Management*, 19, 2008.
152. <http://www.sabider.org.tr/yazilar/haber739-Afiliasyon.html>. 20 Ocak 2019.
153. Douglas J, Barrett MD. The evolving organizational structure of academic health centers: the case of the University of Florida, *Academic Medicine*, 83(9), 2008.
154. Kırılmaz H. Sağlık Sektöründe Yeniden Yapılanma ve Bir Uygulama Sağlık Bakanlığı- SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, 2005.
155. Cohen PD. Medical School and hospital affiliation relationships: an interorganizational perspective, *HCM Review*, 1981.
156. Uğurluoğlu Ö. Üniversite hastanelerinde uygulanan organizasyon yapılarının değerlendirilmesi, *İşletme Bilimi Dergisi*, 3(1), 2015.
157. Bilir F. Afiliasyonun tıpta uzmanlık öğrenci eğitimine etkisi, *Journal of Human Rhythm*, 4(4), 2018.
158. Ömür GA, Tunç AÖ, Düren AZ. Patterns of mergers and acquisitions in Turkey in the era of “New Normal”, *Elsevier Social and Behavioral Sciences*, 58(8), 2012.
159. Çankaya M. Hastane çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin görüşleri Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde bir araştırma, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 2017.
160. Cutler D, Morton FS. Hospitals, market share and consolidation, *JAMA Clinical Review and Education*, 310(18), 2013.

161. Kirchhoff, SM. Physician Practices: Background, Organization, And Market Consolidation, Congressional Research Service Report for Congress, 2013.
162. Naranjo DG, Hartmannw F, Victor SM. Top management team heterogeneity, strategic change and operational performance, *British Journal of Management*, 19, 2008.
163. Tengilimoğlu D, Çermikli AH. Sağlık kuruluşlarında rekabetçi strateji olarak firma birleşmeleri konusunda hastane yöneticilerinin görüşlerini tespit etmeye yönelik bir alan çalışması, *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 2012.
164. Topçu T. Sağlık Çalışanlarının Afiliasyon Uygulamasına Yönelik Tutumlarının Araştırılması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Kırşehir: T.C. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, 2019.
165. Özata M, Topçu T. Determination of Doctor's Opinions Related to Affiliation Execution: Example of Kırşehir. 3rd International Health Sciences and Management Conference, 2018, Sofia/Bulgaria.
166. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2017.
167. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2018.
168. Ciliberto F, Dranove D. The effect of physician hospital affiliations on hospital prices in California, *Journal of Health Economics*, 25(2), 2006.
169. Phillips SE, Rubenstein AH. The changing relationships between academic health centers and their universities: a look at the University of Pennsylvania, *Academic Medicine*, 83(9), 2008.
170. Suter E, Oelke N, Adair C, Armitage G. Ten key principles for successful health systems integration, *CIHR IRSC Healthc Q.*, 13, 2009.
171. Goldfield N, Boland P. Physician profiling and risk adjustment. Aspen Pub., 1996.

172. Scott WR. Institutional change and healthcare organizations: from professional dominance to managed care, University of Chicago Press, 2000.
173. Yıldız B. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansı Etkileyen Unsurlar ve Finansal Performansın Ölçülmesi: Hastanelerde Bir Uygulama, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Doktora tezi, Erzurum: T.C. Atatürk Üniversitesi, 2013.
174. Sağlık Bakanlığı, Kamu İdarelerine Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Birbirlerine Mal ve Hizmet Vermeleri Hakkında Genelge, 2013.
175. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri Hakkında Genelge, 2018.
176. Bozkurt S. Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Finansal Performans Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul: T.C. İstanbul Üniversitesi, 2010.
177. Demirarslan AE. İşletmeler İçin Performans Ölçümü: Bir Finansal Performans Değerlendirme Modeli Önerisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi, Manisa: T.C. Celal Bayar Üniversitesi, 2007.
178. Yiğit V, Esen H. Pabon Lasso modeli ve veri zarflama analizi ile hastanelerde performans ölçümü, *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 2017.
179. Yıldız MS. Türkiye’de 2002-2015 yılları arasında hastane yatak kullanımının değerlendirilmesi: Pabon Lasso Metodu Uygulaması, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(3), 2017.
180. Barutçugil İ. Performans yönetimi, 1. Baskı. Ankara: Kariyer Yayınları, 2002.

8. EKLER

Ek-1. Bildiri Kabul Mektubu



SABAK

Uluslararası

1. SABAK

17-19 Ekim 2019
The Ankara Hotel

Kongresi

Sağlık Bilimleri Eğitiminde Farkı Kalite Yaratır



1. Uluslararası SABAK Kongresi

Sayın Mehmet Çinibulak,
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Öncelikle Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Değerlendirme Akreditasyon Derneği (SABAK) tarafından 17 – 19 Ekim 2019 tarihleri arasında The Ankara Hotel 'de gerçekleştirilecek 1. Uluslararası SABAK Kongresi'ne gönderdiğiniz bildiri için teşekkür ederiz.

Kongremize göndermiş olduğunuz "12305" referans numaralı ve " Türk Sağlık Sistemi'nde Afiliasyon Modeli: Amasya Örneği" başlıklı bildiriniz Sözlü Sunum olarak kabul edilmiştir.

Bildirilerinizin kongre kitapçığında yer alabilmesi ve sunumunuzu yapabilemeniz için kongreye aşağıdaki tarihe kadar kayıt yaptırmanız gerekmektedir. Kayıt yaptırmayan yazarlara ait bildiriler iptal edilecektir.

* Bildirisi kabul edilen yazarlar için avantajlı kayıt uygulaması için son tarih: 14 Eylül 2019, Cumartesi
* Bildiri sahipleri için son kayıt tarihi: 20 Eylül 2019, Cuma
* Sözel bildiri sunum detayları için bildirim tarihi: 25 Eylül 2019, Çarşamba
* Tam Metin yayınlanmasını isteyen yazarlar için tam metin gönderimi son tarih: 4 Ekim 2019, Cuma

ÖNEMLİ NOT1: Sözel bildiriler için sunumu yapacak kişinin kongre kaydının olması yeterlidir.
ÖNEMLİ NOT2: Sunucu değişikliği talebi için son tarih: 25 Eylül 2019, Çarşamba

*Kongreye zaten kayıt yaptırdıysanız lütfen bu uyarıyı dikkate almayınız.

Kongre programını www.sabakkongresi.org sitesinden takip edebilirsiniz.

Kongremiz sizin katılımınızla daha da güçlenecek ve bilimsel hedefine ulaşacaktır.

Başarılarınızın devamını dileriz.

Saygılarımızla

1. Uluslararası SABAK Kongresi
Bildiri Değerlendirme Komitesi



www.sabakkongresi.org



Ek-3. Sağlık Bakanlığı Veri Kullanım İzni Yazısı

	T.C SAĞLIK BAKANLIĞI Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü	KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - İSTATİSTİK ANALİZ VE RAPORLAMA VE STRATEJİK YÖNETİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI 14-12-2018 17:39 - 32693113 - 622.03 - E.477  00082644723
Sayı : 32693113-622.03 Konu : Veri Talebi		
Sayın Mehmet ÇİNİBULAK (Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ayvalı Mah. Gazze Cad. Etlik-Keçiören/ Ankara)		
Genel Müdürlüğümüze hitaben 06/08/2018 tarihli "Afiliasyon Süreci Yaşayan Kamu Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Ekonomik ve Örgütsel Performans Perspektifi" konulu tez çalışmasında kullanılmak üzere veri talep eden dilekçeniz incelenmiştir. Bu bağlamda; Genel Müdürlüğümüz tarafından uygun görülen veriler sağlık tesisleri sifrelenerek ekli CD' de gönderilmektedir. Bilgilerinize sunulur.		
e-imzalıdır. Uzm. Dr. Naim ATA Bakan a. Genel Müdür Yardımcısı		
Ek: CD(1 Adet)		
GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI ASLI İLE AYNISIDIR 18.10.2018.  Sinan KORKMAZ Birim Sorumlusu		
Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı 6001. Cad. No: 9 Kat: 1 Faks No: e-Posta: ezel.ozturk@saglik.gov.tr İnt. Adresi: KHGM İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 33523e8d-e376-40f6-a458-1814b9cf5eeb kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Bilgi için: Ezel ÖZTÜRK Unvan: İSTATİSTİKÇİ Telefon No: 5650471		

Ek-4. Tez Benzerlik Raporu

Mehmet Tez

ORIJINALLIK RAPORU

%5

BENZERLIK ENDEKSI

%4

İNTERNET KAYNAKLARI

%2

YAYINLAR

%4

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

%1

2

Submitted to TechKnowledge Turkey

Öğrenci Ödevi

<%1

3

Submitted to Beykent Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<%1

4

www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<%1

5

Submitted to Mugla University

Öğrenci Ödevi

<%1

6

corum.theisrc.com

İnternet Kaynağı

<%1

7

Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<%1

8

acikerisim.selcuk.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<%1

9

BEKTEMÜR, Güven, TAŞCI, Ali İhsan and

<%1

Ek-5. Tez Öneri Formu Kabul Yazısı

	T.C. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI	
TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO
10/10/2018	20	51

Enstitümüz Yönetim Kurulu 10/10/2018 günü saat 15.00'da, Enstitü Müdür Vekili Doç.Dr. Ender ŞİMŞEK'in, 10/10/2018 tarih ve 672 sayılı toplantıya çağrı yazısına istinaden toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

GÜNDEM:

- Enstitümüz bünyesinde bulunan Sağlık Ekonomisi Tezli Yüksek Lisans programına kayıtlı 175213102 numaralı Mehmet ÇİNİBULAK'ın Yüksek Lisans Tez Önerisi'nin görüşülmesi.

KARAR:

- Enstitümüz bünyesinde bulunan Sağlık Ekonomisi Tezli Yüksek Lisans programına kayıtlı 175213102 numaralı Mehmet ÇİNİBULAK'ın "**Afiliasyon Süreci Yaşayan Kamu Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Finansal ve Örgütsel Performans Perspektifi**" başlıklı tez önerisinin kabulüne, adı geçen öğrencinin tez yazımına başlamasına ve gereği yapılmak üzere Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına bildirilmesine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR.

19/10/2018

Raportör

Ali KAHİRAMAN

Enstitü Sekreteri V.



Ek-6. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Mehmet ÇİNİBULAK
Doğum tarihi	: 01.12.1994
Doğum yeri	: Tuzluca-IĞDIR
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Ekonomisi Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 05423372576
Faks	:
E-mail	: mehmet.cinibulak06@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: İMKB Anadolu Lisesi
Lisans	: Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Upper Intermediate
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Sağlık İnovasyon ve Organizasyon Derneği (SİODER)	