



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA
TEZİ**

**BİR STRATEJİK YÖNETİM ARACI OLARAK
VERİMLİLİK KARNESİ UYGULAMALARINA
İLİŞKİN YÖNETİCİ ALGILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA İLİ
KAMU HASTANELERİ ÖRNEĞİ**

ÜMİT ARSLAN

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

OCAK 2019



**BİR STRATEJİK YÖNETİM ARACI OLARAK VERİMLİLİK KARNESİ
UYGULAMALARINA İLİŞKİN YÖNETİCİ ALGILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA İLİ KAMU HASTANELERİ ÖRNEĞİ**

Ümit ARSLAN

**DOKTORA TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI SAĞLIK
KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

OCAK 2019

Ümit ARSLAN tarafından hazırlanan “Bir Stratejik Yönetim Aracı Olarak Verimlilik Karnesi Uygulamalarına İlişkin Yönetici Algılarının Değerlendirilmesi: Ankara İli Kamu Hastaneleri Örneği” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Emine ORHANER

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum.....



Başkan : Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum.....



Üye : Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

İşletme Anabilim Dalı, Atılım Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum.....



Üye : Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum.....



Üye : Doç. Dr. Mehmet ALTINÖZ

Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum.....



Tez Savunma Tarihi: 16.01.2019

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



Prof. Dr. Figen ZALF

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Ümit ARSLAN

16.01.2019

BİR STRATEJİK YÖNETİM ARACI OLARAK VERİMLİLİK KARNESİ UYGULAMALARINA İLİŞKİN YÖNETİCİ ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA İLİ KAMU HASTANELERİ ÖRNEĞİ

(Doktora Tezi)

Ümit ARSLAN

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

Ocak 2019

ÖZET

Sağlık hizmetlerine artan talep ve gelişen teknoloji ile birlikte sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık hizmetlerinden beklentileri de artış göstermiştir. En büyük sağlık sunucusu olan kamu hastaneleri bu artan talep ve beklentilere yeterli düzeyde cevap verebilmek için sağlık kaynaklarının etkili ve verimli kullanılmasını sağlamak zorundadır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı'nca 2012 yılında kamu hastanelerinde verimlilik karnesi uygulaması başlatılmıştır. Araştırmanın amacı; kamu hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulamasını stratejik yönetim aracı olarak nasıl gördüklerini, verimlilik karnesi uygulaması ve verimlilik karnesinin hastane performansına etkisi konusundaki algılarını belirlemektir. Araştırmada Ankara ilindeki kamu hastanelerinde görev yapan 226 yöneticiye, verimlilik karnesi stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algılarını belirlemek amacı ile anket uygulanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler; frekans ve yüzde dağılımları, keşifsel faktör analizi, Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis testi ve korelasyon analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan yöneticilerin büyük çoğunluğu, verimlilik karne uygulamasının kamu hastanelerinin etkin yönetilmesini sağladığı, hastanelerin kurumsal performansının artmasında önemli rolü olduğunu ve hasta memnuniyetinin artırmasını sağladığını belirtmiştir. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne eğitimi alma durumu ile stratejik yönetim algısı arasındaki fark anlam bulunmuştur. Verimlilik karne eğitimi alan yöneticilerin stratejik yönetim algısı, eğitim almayanlara göre daha yüksektir. Kadın yöneticilerin hasta memnuniyeti algısı erkek yöneticilere göre daha yüksek bulunmuştur. Devlet hastaneleri yöneticilerinin verimlilik karnesinin kurumsal performansa etkisine yönelik algı ortalamalarının, eğitim ve araştırma hastaneleri yöneticilerinden yüksek olduğu görülmüştür. Verimlilik karnesinin kurumsal performansa etkisine ilişkin olarak ise yöneticilerin verimlilik karne uygulaması ile birlikte; borç ödeme gün süresinin azaldığı, stok devir hızının arttığı, hasta bekleme sürelerinin azaldığı, hasta memnuniyetinin arttığı ve hizmet içi eğitim alan personel sayısının arttığı ifadelerine diğer ifadelerden daha yüksek ortalama ile cevap verdikleri görülmüştür. Yapılan korelasyon analizlerinde yöneticilerin stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Sonuç olarak hastane yöneticilerinin verimlilik karnesini stratejik yönetim aracı olarak gördükleri tespit edilmiştir.

Bilim Kodu : 114709

Anahtar kelimeler : Kamu hastaneleri, verimlilik karne uygulaması, kurumsal performans, hastane yöneticileri.

Sayfa Adedi : 240

Tez Danışmanı : Prof . Dr. Emine ORHANER

**AN EVALUATION OF THE MANAGERS' PERCEPTIONS ON THE
IMPLEMENTATION OF BALANCED SCORECARD AS A STRATEGIC
MANAGEMENT TOOL: THE CASE OF PUBLIC HOSPITALS IN ANKARA PROVINCE**

(Ph.D. Thesis)

Ümit ARSLAN

**GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF EDUCATIONAL SCIENCES**

January 2019

ABSTRACT

The increasing demand for health services and technological development also increased health users' expectations. Public hospitals, which are the largest healthcare providers, must ensure the effective and efficient use of health resources in order to adequately respond to these increasing demands and expectations. For this purpose, the Ministry of Health (MoH) launched balanced scorecard application in public hospitals in 2012. The purpose of this study is to determine how public hospital managers perceive the balanced scorecard application as a strategic management tool and the perceptions of the managers at public hospitals in regard to the application of balanced scorecard, and its impact on hospital performance. In the present study, 226 managers working at public hospitals in Ankara were interviewed in order to identify the perceptions of the strategic management of the balanced scorecard, its application, and the corporate performance. The data obtained from the study were evaluated using frequency and percentage distributions, exploratory factor analysis, Mann Whitney-U test, Kruskal Wallis test, and correlation analysis. The majority of the managers who participated in the study stated that the balanced scorecard application provided effective management of public hospitals, increased the institutional performance of hospitals and increased patient satisfaction. The data showed a significant difference between the tendency of the managers at the hospitals to use the balanced scorecard and the perception of strategic management. The strategic management perception of managers who receive the training for the balanced scorecard is higher than those who did not. The perception of female managers' patient satisfaction is observed to be higher than male managers. It is observed that the means of perceptions of public hospital managers in regard to the impact of the balanced scorecard on corporate performance are higher than those of education and research hospital managers. In relation to the impact of balanced scorecard application on corporate performance, it was observed that public hospital managers tended to rate higher the items indicating that the application of the efficiency card decreased the duration of time to pay debts and patient waiting times and increased the stock turnover rate, patient satisfaction and the number of personnel who received in-service training due to the implementation of the balanced scorecard. The correlation analysis showed that there was a positive correlation between the managers' perceptions of strategic management and of the balanced scorecard application and the perception of corporate performance. As a result, it has been determined that the public hospital managers considered the balanced scorecard as a strategic management tool.

Science Code : 114709

Key Words : Public hospitals, balanced scorecard application, corporate performance,
hospital managers.

Page Number : 240

Supervisor : Prof . Dr. Emine ORHANER

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım boyunca değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, kıymetli tecrübelerinden faydalandığım danışman hocam Prof.Dr. Emine ORHANER'e, öğrencilik ve tez çalışmalarımda yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Sezer KORKMAZ ve Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU ve Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK'e ve tez çalışmama katkı yapan herkese teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	xi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xv
SİMGELER ve KISALTMALAR	xvi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS, VERİMLİLİK, PERFORMANS YÖNETİMİ ve BALANS SKOR KART UYGULAMASI KAVRAMLARI

1.1. Performans Kavramı.....	17
1.1.1. Performansın Boyutları.....	18
1.1.2. Performans ve Verimlilik İlişkisi.....	20
1.2. Verimlilik Kavramı	21
1.2.1. Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik İlişkisi.....	23
1.2.2. Kalite ve Verimlilik İlişkisi.....	25
1.2.3. Verimlilik Türleri	27
1.2.4. Verimlilik Analizi Yöntemleri.....	28
1.3. Performans Yönetimi.....	30
1.3.1. Bireysel Performans.....	33
1.3.2. Kurumsal Performans.....	35

1.3.3. Performans Yönetim Süreci.....	37
1.3.3.1. Performansı Ölçme.....	40
1.3.3.2. Performansı değerlendirme.....	42
1.3.4. Performans Yönetimi ve Stratejik Yönetim İlişkisi.....	45
1.3.5. Performans Yönetiminde Yöneticilerin Rolü.....	48
1.4. Balans Skor Kart (Performans Karnesi) Uygulaması.....	50
1.4.1. Balans Skor Kart Uygulamasının Gelişimi.....	55
1.4.2. Balans Skor Kart Uygulamasının Boyutları.....	56

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU HASTANELERİNDE KURUMSAL PERFORMANS ve VERİMLİLİK KARNESİ UYGULAMASI

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi.....	61
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma (663 Nolu KHK).....	67
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Performans Değerleme	70
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Performans Göstergeleri.....	80
2.5. Sağlık Hizmetlerinde Performans Karnesi Kullanımı.....	85
2.6. KAMU HASTANELERİNDE PERFORMANS YÖNETİMİ.....	93
2.6.1. Kamu Hastanelerinde Bireysel Performans Yönetimi	96
2.6.1.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi.....	97
2.6.1.2. Yönetici Performans Uygulaması.....	99
2.6.2. Kamu Hastanelerinde Kurumsal Performans Yönetimi	101
2.6.3. Kamu Hastanelerinde Kalite ve Verimlilik Uygulamaları.....	107
2.6.4. Kamu Hastanelerinde Kurumsal Stratejik Plan.....	114
2.6.5. Kurumsal Stratejik Plan ve Verimlilik Karnesi İlişkisi	119
2.6.6. Kamu Hastanelerinde Verimlilik Karnesi Uygulaması	122
2.6.6.1. Verimlilik Karnesi Karne Kriterleri ve hesaplama.....	126

2.6.6.2. Verimlilik Yerinde Değerlendirme	137
2.6.6.3. Verimlilik Karne Uygulamasının Kurumsal Karne Boyutlarına Göre Değerlendirmesi.....	140
2.6.6.4 Kamu Hastanelerinde Yapısal Değişiklikler.....	142

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları	145
3.2. Araştırmanın Modeli.....	146
3.3. Veri Toplama Aracı	147
3.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	150
3.4. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	151
3.6. Veri Toplama Araçlarına Yönelik Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	151

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular	157
4.2. Hipotezlere Yönelik Bulgular.....	159
4.2.1. H ₁ Hipotezin ilişkili Bulgular.....	159
4.2.2. H ₂ Hipotezine ilişkili Bulgular.....	164
4.2.3. H ₃ Hipotezine ilişkili Bulgular	177
4.2.3.1. Stratejik Yönetim Algısı Alt Boyutları İle Kurumsal Performans Algısı ilişkisi.....	178
4.2.3.2. Verimlilik Karne Uygulaması Algısı Alt Boyutları İle Kurumsal Performans Algısı ilişkisi.....	179
4.2.3.3. Stratejik Yönetim Algısı Alt Boyutları İle Verimlilik Karne Uygulaması Algısı ilişkisi.....	180
4.2.3.4. Verimlilik Karne Uygulaması Algısı ile Kurumsal Performans Algısı alt boyutları ilişkisi.....	181

4.3. Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Algısına İlişkin Bulguları.....	182
4.4. Hastane Yöneticilerinin Verimlilik Karnesi Uygulaması Algısına İlişkin Bulguları.....	185
4.5. Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Performans Algılarına İlişkin Bulguları.....	188
SONUÇ VE ÖNERİLER	195
KAYNAKÇA.....	209
EKLER	223
Ek-1. Anket Formu.....	224
Ek-2. Verimlilik Karnesi ve Göstergeleri (Revizyon 5/2'ye Göre).....	228
Ek-3. Ayrıntılı Verimlilik Karnesi Örneği (Revizyon 5/2'ye göre).....	230
Ek-4. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Stratejik Plan Performans Hedefleri.....	235
Ek-5. Araştırma İzni.....	238
ÖZGEÇMİŞ	240

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 1.1. Performans Ölçümünün Değişimi.....	41
Çizelge 2.1. Performans Ölçütlerinin Sınıflaması.....	72
Çizelge 2.2. Mayo Klinik Öncelikli Performans Yönetim Göstergeleri.....	85
Çizelge 2.3. Anahtar Performans Göstergeleri Örneği.....	88
Çizelge 2.4. Hastanelerde Kullanılan Ölçüm Parametreleri.....	103
Çizelge 2.5. Kamu Hastanelerinde Performans ve Kalite Uygulamalarının Gelişim Süreci.....	110
Çizelge 2.6. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Stratejik Hedefleri.....	117
Çizelge 2.7. Stratejik Planda Yer Alan Verimlilik Karnesi Finansal ve İç Süreçler Boyutuna İlişkin Göstergeleri.....	120
Çizelge 2.8. Stratejik Planda Yer Alan Verimlilik Karnesi Müşteri ve Öğrenme- Gelişim Boyutuna İlişkin Göstergeler.....	121
Çizelge 2.9. TKHK Verimlilik Karnesi Ana Bileşenleri.....	126
Çizelge 2.10. Verimlilik Karnesi Sağlık Hizmetleri Boyutu Göstergeleri.....	133
Çizelge 2.11. Verimlilik Karnesi Mali Hizmetler Yönetimi Boyutu Göstergeleri.....	133
Çizelge 2.12. Verimlilik karnesi İdari Hizmetler Yönetimi Boyutu Göstergeleri.....	134
Çizelge 2.13. Verimlilik Karnesi Verimlilik Yerinde Değerlendirme Göstergeleri.....	134
Çizelge 2.14. Verimlilik Karnesi Birlik Hedefleri (BH) Göstergeleri.....	135
Çizelge 2.15. Verimlilik Karnesi Başarı Grupları.....	136
Çizelge 2.16. Balans Skor Kart ve Verimlilik Karnesinin Balans Skort Kartın Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	141
Çizelge 3.1. Araştırma Evreni	145
Çizelge 3.2. Normallik Testi Bulguları.....	151
Çizelge 3.3. Verimlilik Karnesi Stratejik Yönetim Algısı Faktör Analizi Bulguları...	152
Çizelge 3.4. Verimlilik Karne Uygulaması Algısı Faktör Analizi Bulguları.....	153
Çizelge 3.5. Kurumsal Performans Algısı Faktör Analizi Bulguları	154

Çizelge 3.6. Güvenirlilik Analizi Bulguları.....	155
Çizelge 4.1. Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerinin Demografik Bilgileri.....	157
Çizelge 4.2. Hastane Yöneticilerinin Demografik Özelliklerine Göre Stratejik Yönetim Algısı, Verimlilik Karne Uygulaması Algısı ve Kurumsal Performans Algısına Yönelik Bulguları.....	160
Çizelge 4.3. Hastane Yöneticilerinin Verimlilik Karnesi Eğitimi Alma Durumu ile Stratejik Yönetim Algısı, Verimlilik Karne Uygulaması Algısı ve Kurumsal Performans Algısına Yönelik Mann Whitney U Testi Bulguları	161
Çizelge 4.4. Hastane Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Hastane Türü ile Stratejik Yönetim Algısı, Verimlilik Karne Uygulaması Algısı ve Kurumsal Performans Algısına Yönelik Bulgular	162
Çizelge 4.5. Hastane Yöneticilerinin Ünvanları ile Stratejik Yönetim Algısı, Verimlilik Karne Uygulaması Algısı ve Kurumsal Performans Algısına Yönelik Kruskal Wallis Testi Bulguları.....	163
Çizelge 4.6. Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Algısı Alt Boyutları ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	164
Çizelge 4.7. Hastane Yöneticilerinin Verimlilik Karne Eğitimi Alma Durumu ile Stratejik Yönetim Alt Boyutları İlişkisi Mann Whitney U Testi Bulguları	165
Çizelge 4.8. Hastane Yöneticilerinin Verimlilik Karne Uygulaması Algısı Alt Boyutları ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	166
Çizelge 4.9. Hastane Yöneticilerinin Cinsiyet Durumu ile Verimlilik Karne Uygulaması Algısı Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye İlişkin Mann Whitney U Testi Bulguları Bulgular.....	167
Çizelge 4.10. Hastane Yöneticilerinin Verimlilik Karne Eğitimi Alma Durumu ile Verimlilik Karne Uygulaması Algısı Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye İlişkin Mann Whitney U Testi Bulguları	168
Çizelge 4.11. Hastane Yöneticilerinin Görev Yaptıkları Hastane Türü ile Verimlilik Karnesi Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye İlişkin Mann Whitney U Testi Bulguları.....	168
Çizelge 4.12. Hastane Yöneticilerinin Ünvanları ile Verimlilik Karnesi Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye İlişkin Kruskal Wallis Testi Bulguları.....	169
Çizelge 4.13. Hastane Yöneticilerinin Çalıştıkları Hastanenin Yatak Sayısı ile Verimlilik Karnesi Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye ait	

kruskal wallis Testi Bulgular.....	170
Çizelge 4.14. Hastane Yatak Sayısı ile Verimlilik Karnesi Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye İlişkin Gruplar Arası Karşılaştırma Mann Whitney U Testi Bulguları	171
Çizelge 4.15. Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Performans Algısı Alt Boyutları ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	172
Çizelge 4.16. Hastane Yöneticilerinin Çalıştıkları Hastane Türü ile Kurumsal Performans Algısı Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Mann Whitney U Testi Bulguları.....	173
Çizelge 4.17. Hastane Yöneticilerinin Çalıştıkları Hastane Türü ile Kurumsal Performans Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Mann Whitney U Testi Bulguları	174
Çizelge 4.18. Hastane Yöneticilerinin Ünvanları ile Kurumsal Performans Algısı Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Kruskal Wallis Testi Bulguları.....	175
Çizelge 4.19. Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Algısı ve Verimlilik Karne Uygulaması Algısı İle Kurumsal Performans Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları.....	177
Çizelge 4.20. Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Algısı Alt Boyutları ile Kurumsal Performans Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları.....	178
Çizelge 4.21. Hastane Yöneticilerinin Verimlilik Karne Uygulaması Alt Boyutları ile Kurumsal Performans Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Bulguları.....	179
Çizelge 4.22. Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Algısı Alt Boyutları ile Verimlilik Karne Uygulaması Algısı Arasında İlişkiye İlişkin Korelasyon Analizi Bulguları.....	180
Çizelge 4.23. Hastane Yöneticilerinin Verimlilik Karne Uygulaması Algısı ile Kurumsal Performans Algısı Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye İlişkin Korelasyon Analizi Bulguları.....	181
Çizelge 4.24. Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Algısına İlişkin Bulguları...	182
Çizelge 4.25. Hastane yöneticilerinin Verimlilik Karnesi Uygulaması Algısına İlişkin Bulguları.....	183
Çizelge 4.26. Verimlilik Karne Uygulaması Algısı Faktöre Girmeyen İfadelere Ait Bulgular.....	187

Çizelge 4.27. Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Performans Algısına İlişkin Bulguları.....	189
Çizelge 4.28. Hipotez Sonuçları Özet Tablo	193



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1.1 Performans Boyutları ve İlişkileri.....	19
Şekil 1.2. Performans Boyutu Olarak Verimlilik ve Etkililik İlişkisi.....	20
Şekil 1.3. Kalite ve Verimlilik İlişkisi.....	25
Şekil 1.4. Performans Yönetim Süreci.....	38
Şekil 1.5. Kurumsal Performans Yönetiminin Beş İlkesi	39
Şekil 1.6. Müşteri Boyutu Temel Ölçütler.....	59
Şekil 1.7. Öğrenme ve Gelişme Boyutu Göstergeleri.....	60
Şekil 2.1. EFQM Modeli Bileşenleri.....	74
Şekil 2.2. PATH Kavramsal Modeli.....	79
Şekil 2.3. Kamu Hastaneleri Performans Değerlendirme Sistemi.....	95
Şekil 2.4. Hastanelerde Kullanılan Verimlilik Göstergeleri.....	104
Şekil 2.5. II.ve III Basamak Sağlık Kurumlarında Kurumsal Performansın Bireysel Performansa Etkisi.....	105
Şekil 2.6 SKS Hedefleri.....	113
Şekil 2.7. Verimlilik Karnesi Modeli.....	124
Şekil 2.8. Verimlilik Göstergesi Hesaplama Örneği	128
Şekil 2.9. Sağlık Tesisi Verimlilik Karne Puanı Alt Boyutlar Ağırlık Oranları.....	129
Şekil 2.10. Sağlık Tesisleri Verimlilik Karne Puanı Hesaplama	130
Şekil 2.11. Hastane Yöneticilerinin Karne Puanının Hesaplanması.....	131
Şekil 2.12. Kamu Hastane Birlikleri Karne Puanı Hesaplama.....	131
Şekil 3.1. Araştırma Modeli	146
Şekil 3.2. Kurumsal Performans Algısı Göstergeleri.....	149
Şekil 4.1. Araştırma Modeli Değişkenler Arasındaki İlişkiler.....	192

SİMGELER ve KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklama
n	Örneklem sayısı
Rho	Spearman korelasyon katsayısı
p	Anlamlılık düzeyi
Z	Z değeri
r	Korelasyon katsayısı
$\bar{x}$	Aritmetik ortalama
N	Evren birim sayısı
Kısaltmalar	Açıklama
BSK	Balans Skor Kart
EFQM	Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (European Foundation for Quality Management)
ISQua	Uluslararası Sağlıkta Kalite Topluluğu (International Society for Quality in Healthcare)
JCI	Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International)
JCAHO	Sağlık Hizmetleri Organizasyonlarının Akreditasyonu için Birleşik Komisyon (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KHB	Kamu Hastane Birlikleri
PATH	Hastanelerde Kalite iyileştirme için Performans Değerleme Aracı (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals)
SAS	Sağlık Akreditasyon Standartları
SB	Sağlık Bakanlığı
SKS	Sağlık Kalite Standartları
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SH	Stratejik Hedef
TKHK	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
VZA	Veri Zarflama Analizi

GİRİŞ

Sağlık hizmeti gibi çok girdili ve kendine özgü özellikler taşıyan hizmetlerin sunumu sırasında bir taraftan sağlık hizmetini kaliteli vermek ve hasta memnuniyetini sağlamak diğer taraftan kaynakların etkin kullanımı oldukça önemlidir. Sağlık harcamalarının azaltılması için kurumların verimli ve etkin çalışmaları gerekmektedir. Bunu sağlamak için sağlık kurumlarının elindeki kaynaklara göre verimli ve etkin çalışmalarını sağlayacak düzenlemeleri yapmak, stratejiler belirlemek ve bunları uygulayarak uygulama sonunda sağlanan verimlilik düzeyinin belirlenmesi kurumlar için kaçınılmaz olmuştur.

Hastanelerde hem finansal hem de idari yönden verimliliği artıracak ve aynı zamanda hasta ve çalışan memnuniyetini de sağlayacak uygulamalara ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçla kamu hastanelerinin verimli ve etkin çalışması amacı ile 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile sağlık sisteminde kurumsal yapısal değişiklikler yapılmış merkezde Kamu hastaneleri kurumu kurulmuş illerde ise Kamu Hastane Birlikleri kurularak hastanelerin sevk ve idaresi bu yapıya bağlanmıştır. Ayrıca kamu hastanelerindeki yöneticilere sözleşmeli yöneticilik modeli getirilmiştir. Bununla birlikte hastaneler için bilimsel çerçevede performans ölçüm standartları geliştirilmiştir. Kurumsal karne modeli (balans skor kart) temel alınarak oluşturulan kamu hastaneleri verimlilik karnesi, kamu hastanelerinde kurumsal performansı ölçmek için kullanılan temel ölçüm aracı olarak 2012 yılında uygulamaya konulmuştur.

Sağlık hizmetlerinde yüksek performans elde etmek için verimlilik, kaliteli hizmet sunumu ve sağlık hizmetlerine erişim önemli araçlar olarak nitelendirilmekte olup, bu araçlar Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) amaçlarını oluşturan unsurlardır. SDP'nin amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesidir. Yine SDP'nin ana bileşenlerinden biri de sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyondur (Aydın, 2007: 253-254)

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında uygulamaya başlayan SDP ile birlikte kalite çalışmaları hız kazanmıştır. Kalite çalışmaları hastanelerde hizmetlerin standartlaşmasını sağlamış ve hizmet süreçlerinden elde edilen verilerin ölçümünü zorunlu kılmıştır. Kalite çalışmaları kapsamında yapılan kalite gösterge indikatörleri ölçümlerinden başka 2012 yılında başlatılan verimlilik karne uygulaması ile kalite indikatörleri dışında bir çok sağlık

göstergesi ölçülebilir hale getirilmiş ve verimlilik karne uygulaması aracılığı ile takibi yapılmaya başlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan değişim ve gelişim hizmet sunumunda da birtakım yenilikleri ortaya çıkarmıştır. Hastanelerin karmaşık yapısı, hizmet sunan birimler arasındaki rekabet, teknolojinin sürekli olarak yenilenmesi ve maliyet baskıları, sağlık hizmetlerinde kaliteyi zorunlu kılmış ve sağlık hizmetlerinin yönetimini etkilemiştir (Döğücü ve Sayım, 2009).

Kamu hastaneleri kâr amacı gütmeksizin eğitim, araştırma toplum yararına sağlık hizmeti sunma faaliyetinde bulunan kuruluşlardır. Bu amaçla sınırlı bütçe ile ellerinde bulunan çeşitli girdileri kullanarak en optimal düzeyde sağlık hizmeti sunmaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle kamusal kaynakları kullanarak topluma sağlık hizmeti sunan kamu hastanelerinin etkin olup olmadığının bilinmesi ve etkin kullanılmayan kaynakların belirlenerek ekonomiye katılımının sağlanması son derece önemlidir (Doğan ve Gencan, 2014).

Bergeron'a göre (2006) performans yönetimi; çoğunlukla süreç yönetimi olarak anılan, kalite, güvenlik, hasta memnuniyeti ve ödeme gücü gibi göstergelerin değerlendirildiği bir stratejidir. Performans yönetiminin temeli kaynakların etkili kullanımınıdır. Bunu yaparken süreçleri ölçen ve sonuçları anlamamızı sağlayan anahtar performans göstergelerinden yararlanılır. Söz konusu performans yönetiminde, bir listeden birkaç kritik gösterge seçerek ve bunları grafik gösterge çizelgesi sistemine beslemekten daha öte bir iştir. Bu davranış değişikliği, liderlik ve vizyon ile ilgilidir.

Kamu hastaneleri yöneticileri kurumsal performans hedeflerine ulaşmak için yönetsel faaliyetlerini performans yönetimini esas alan verimlilik karnesi eksenli eksenli yapmak durumundadırlar. Hastanelerin üst kurumca belirlenmiş hedeflere ulaşması, yöneticilerin konuya verdikleri önemle yakından ilgilidir. Hastane içi durum değerlendirmesi ve karne hedeflerine yönelik yeni stratejiler geliştirilmesi, çalışanların konuya duyarlı hale getirilmesi gibi faaliyetlerle yöneticilerin verimlilik karnesi göstergelerinde belirtilen performans hedeflerine ulaşmak için etkin karar almaları ve çalışanları karne hedefleri doğrultusunda yönlendirerek üst kurumun belirlediği karne hedef değerlerine ulaşılmasını sağlaması gerekmektedir.

Kamu hastaneleri verimlilik karne uygulamasının odak noktasını kamu hastane birliklerinde ve hastanelerde yöneticiler oluşturmaktadır. Çünkü hastane verimlilik karne puanı aynı zamanda yönetici performans puanı olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle hastanelerde görevli tüm yöneticiler için hastane karne puanı oldukça önemli hale gelmektedir.

Bu kapsamda kamu hastanelerindeki yöneticilerin verimlilik karnesine bakış açıları, hastaneleri kurumun hedeflerine yöneltmek ve kurumsal hedefleri gerçekleştirmek için gerekli yönetsel çabayı göstermeleri açısından son derece önemlidir.

Çalışmanın birinci bölümde performans, verimlilik, performans yönetimi ve stratejik yönetim ilişki ile balans skor kart kavramları açıklanmıştır.

İkinci bölümde, sağlık hizmetlerinde performans gelişim süreci ve kamu hastanelerinde uygulanan ve hastanelerin kurumsal performansını ölçen verimlilik karnesi uygulaması açıklanmıştır.

Üçüncü bölümde ise hastane yöneticilerinin verimlilik karnesine ilişkin algıları ve hastane yöneticilerine göre verimlilik karnesinin hastane performansına etkisi, hazırlanan veri toplama araçları ile değerlendirilmiştir.

Özetle bu çalışmada, kamu hastanelerinde kurumsal performansı ölçmek için kullanılan verimlilik karnesi uygulamasına hastane yöneticilerinin bakış açısı, stratejik yönetim boyutu ve performansın boyutları açısından incelenmiştir. Hastane yöneticilerinin yönetimde verimlilik karnesi sonuçlarını yönetsel kararlarda kullanıp kullanmadığı, yöneticilere göre verimlilik karnesinin hastaneler için yararlı olup olmadığı gibi sorulara cevap aranmıştır. Yine hastane yöneticilerine göre verimlilik karnesinin hastane performansına etkisi, balans skor kart modeli esas alınarak oluşturulan kurumsal performans algısı veri toplama aracı ile yöneticilerin verdiği yanıtlara göre değerlendirilmiştir.

Problem Durumu/ Konunun Tanımı

Sağlık harcamalarının hızlı artışı ile birlikte, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların kullanımı ve kullanım sonucunda elde edilen kazanımları sorgulayan yaklaşımlar oldukça önem kazanmıştır. Kamu sağlık hizmet sunucuları üzerindeki, toplumda bir taraftan genel sağlık

düzeyini yükseltmek diğer taraftan kaynakları verimli kullanma baskıları, kamu sağlık kuruluşlarının da performanslarının sorgulanması ve ölçme, değerlendirme yöntem ve tekniklerinin kamu sağlık hizmetlerinde kullanımını zorunlu hale getirmiştir (Tatar, 2009).

Kamu kuruluşlarında, kamusal sorumluluk, halkın beklentileri, sonuçlara odaklanmış yönetim ile bireysel ve örgütsel performansın belirlenmesi ihtiyacı kamu sağlık hizmetlerinde performans ölçümünün sebepleri arasındadır (Çevik, 2007:24-27).

Usta (2012), kamuda kullanılan araçların sınırlılığı, bütçe kısıntıları, vatandaşların kamusal hizmetleri nicelik ve nitelik açısından sorgulamaları, kamuoyunun gelişmeleri duyarlılıkla izlemesi, kamu harcamalarının artması gibi nedenlerle, kamu yöneticilerinin görevlerini daha dikkatli icra etmeleri gerektiği ayrıca günümüzdeki gelişmelerin kamu kaynaklarının daha verimli, etkili ve performans geliştirici olarak kullanılmasını zorunlu kıldığını belirtmektedir.

Sağlık alanında performans ölçütlerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesinde kabul görmüş standart bir model bulunmamaktadır. Her ülke kendi sağlık sunum sistemlerinin farklı kısımlarını farklı amaçlarla izlediğinden performans alanında ölçülen boyutlar çeşitlenmiştir. Sağlık hizmetleri sunumu için ağırlıklı olarak bakım ortamını ölçen göstergeler geliştirilmiş, memnuniyet anketleri ile hasta merkezilik boyuta da değerlendirme çalışmalarına eklenmiştir. Ölçüm odağı olarak çalışan, kolaylık tesisi ve altyapı öğelerine kısmen malzeme ve süreç ile ilgili göstergeler de eklenmiştir. Hastanelerde sunulan hizmetlerin değerlendirilmesinde etkililik boyutu ele alınmamış, sağlığın iyileştirilmesi alanındaki göstergeler ise çok sınırlı kalmıştır (Koçgil, Beyan ve Baykal, 2009).

Günümüzde sağlık sektörü kamu harcamalarında en büyük payı alan sektörlerden birisidir. Bu nedenle gerek sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların tahsisinde, gerekse sunulan hizmetin kalitesi hakkında yöneticilere önemli bir gösterge olması nedeniyle performans değerlendirmesi büyük önem arz etmektedir. Hastanelerde kurumsal performansın ölçülmesinde birçok yöntem kullanılmaktadır (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013).

Hastaneler sağlık sistemlerinin önemli bir parçasıdır. Belirli amaçları gerçekleştirmek için kurulan hastaneler, bu amaçlara ne derece ulaşıldığını belirlemek için performans ölçümü ile mevcut durumunu görmesi ve planlamalarını ona göre yapması gerekmektedir.

Hastaların gittikçe daha kaliteli hizmet talep etmesi, düzenleyici kuruluşların artan baskısı, sağlık hizmetlerinin maliyetinin artması, rekabet ve birtakım etik gerekçeler, hastaneleri performanslarını değerlendirmeye zorlamaktadır (Saluvan ve Kaya, 2017).

Hastane performansı, klinik ya da idari açıdan belirlenmiş hedefleri başarmak olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin amacı daha iyi bir sağlık çıktısı elde etmektir. Hedefler geleneksel hastane fonksiyonları ile ilgili olabilir, bunlar; tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyonun yanı sıra eğitim ve araştırmadır (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013).

Hastanelerde maliyet ve performans analizinin yapılmasının temel amacı maliyetlerin azaltılması, etkililik, verimlilik, performans artışlarının sağlanması ve kaliteli sağlık hizmet sunumunu gerçekleştirmek olarak görülebilir. Hastane yöneticileri, karar verme ve kontrol işlevlerini etkili ve verimli bir şekilde yapabilmeleri için hastane ile ilgili finansal bilgi kaynaklarına ihtiyaç duyarlar. Yöneticiler belirli alanlara ne kadar büyüklükte mali kaynak ayıracakları konusunda kararlarını maliyet analizleri sonucu verebilirler (Hayit, Erkan ve Ekşioğlu, 2009).

Ginsburg'a (2003) göre, bir sağlık kuruluşunun yönetiminde performans ile ilgili göstergelere en fazla ihtiyaç duyan kişiler kuşkusuz yöneticilerdir. Hastane yöneticilerinin hastane performans göstergeleri hakkında neler düşündükleri konusunda ise sınırlı sayıda araştırma mevcuttur (Çınaroğlu ve Şahin, 2012).

Bu çalışmada, sağlık kurumlarının en önemli parçası olan hastanelerde uygulanan ve kurumsal performans ölçüm aracı olarak kullanılan verimlilik karnesi uygulaması hakkında yönetici algıları nasıldır? Yöneticilere göre verimlilik karne uygulamasının hastane performansı üzerindeki etkisi nasıldır? Yöneticilere göre verimlilik karnesi kamu hastanelerinin performansını ölçmede ve hastanelerin kurumsal performanslarını geliştirmelerinde etkili midir? sorularına cevap arayarak verimlilik karne uygulamasını balans skor kart yaklaşımı çerçevesinde değerlendirmek araştırmanın temel konusunu oluşturmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; sağlık hizmetlerinde sağlıkta dönüşüm programı ile başlayan değişimlere bağlı olarak kamu hastanelerinde yeniden yapılanma sonucu uygulamaya konulan verimlilik karnesini incelemek, kurumsal performans ölçüm aracı olarak kullanılan verimlilik karnesi uygulamasının hastane yöneticileri tarafından nasıl algılandığını belirlemektir. Ayrıca verimlilik karnesinin uygulamaya başlamasından sonra hastane idarecilerine göre hastane performansına etkisinin nasıl olduğunu araştırarak verimlilik karnesi uygulamasına yönelik çıkarımlar elde etmektir.

Bu çerçevede kamu hastanelerinde kurumsal performans aracı olarak kullanılan verimlilik karnesine ilişkin hastane yöneticilerinin algı ve yaklaşımlarının değerlendirilmesi, verimlilik karne uygulamasının hastane performanslarına etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmada hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulamasına ilişkin yaklaşımları, stratejik yönetim ve literatürde sağlık hizmetlerinde performansın boyutları arasında yer alan etkililik, verimlilik, hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ve şeffaflık boyutları açısından değerlendirilerek, verimlilik karne uygulamasının hastane performansına etkisinin stratejik yönetim aracı olarak kullanılan dengeli skor kartı'nı oluşturan dört boyut (finansal, süreç, öğrenme ve gelişme ve müşteri boyutları) açısından incelenmesi hedeflenmiştir.

Bu amaçla hastanelerde kullanılan performans göstergelerinden yararlanılarak, finans, müşteri, iç süreçler ve öğrenme ve gelişme boyutlarına yönelik ölçme aracı oluşturulmuş ve hastane yöneticilerine göre verimlilik karne uygulaması ile bu göstergelerin hangi yönde değişim gösterdiğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırmanın Önemi

Ülkemizde sağlık alanında 2003 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyet oranları artmış ve birçok uygulama hayata geçirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde maliyeti düşürmek ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunarak hasta memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak amaçlanmaktadır. Bu amaçla uygulamaya konulan performansa dayalı ek ödeme sistemi ve kurumsal performans ve kalite uygulamaları ile hastanelerde bireysel ve kurumsal performans ölçülmeye başlanmıştır. Kalite uygulamaları

ile hastaneler belirlenen standartlar çerçevesinde değerlendirmelere tabi tutulmuştur.

Kamu hastanelerinde 663 nolu kanun hükmünde kararname ile yeni bir dönem başlatılmış ve SDP içerisinde yer alan hedefler gereği, karar veren ve denetleyen Sağlık Bakanlığı ile özerk hastaneler konusunda köklü değişiklikler yapılmıştır. Kamu hastanelerine farklı bakış açısı ile hastane yöneticiliği yapısı getirilmiştir. Hastane yöneticisi hem sağlık hizmetleri hem de idari hizmetlerin karar vericisi konumundadır. Burada amaç eski yapıda yer alan başhekimlik makamının tıbbi hizmetleri daha etkin yönetmesi her birimin kendi içinde özerk çalışma anlayışı ile kurumsal performansı en üst düzeye çıkarmaktır. Bu amaçla hastanelerin yaptığı hizmetlerin durumunun ölçülmesinde nicel yansıması olan verimlilik karnesi uygulaması 2012 yılında hayata geçirilmiştir. Bu kapsamda oluşan verilerdeki değişimlerin analiz edilmesi yapılan verimlilik karnesi uygulamasının sonuçları açısından önem taşımakta olup yetersiz kalınan alanların görülmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasını sağlayacaktır. Bununla birlikte verimlilik karnesi uygulamasına hastane yöneticilerinin bakış açısının bilinmesi verimlilik karnesi uygulamasının etkili olması için alınacak önlemlerin belirlenmesi açısından da yararlı olacaktır.

Türk sağlık sisteminin önemli hizmet sunum alanlarından biri olarak kamuya ait hastaneler, kamu kurumu niteliği ile değişen ve gelişen şartlar altında faaliyet göstermektedirler. Başarılı olmaları ve çağın gereklerine uyum sağlayabilmeleri için çağdaş dönüşümleri gerçekleştirecek araçları kullanmaları kaçınılmazdır (Asunakutlu, 2005).

Kamu hastanelerinde bir taraftan hizmeti istenilen kalitede vermek esas alınmışken diğer taraftan verimlilik, etkililik gibi kavramlarla hastane performansının yüksek olması beklenmektedir. Bu anlamda sağlık hizmetlerinde sağlıkta dönüşüm programı ile başlayan süreç sonunda yapılan yeni düzenleme ile hastanelerin hem yönetim sistemi değişmiş hem de performansa göre değerlendirme kriterleri getirilmiştir.

Literatürde genellikle kurumsal performans karnesi ile ilgili yapılan çalışmalar bulunmakta olup, kamu hastaneleri tarafından kullanılan verimlilik karnesi uygulamasına yönelik oldukça sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Verimlilik karnesi uygulaması sonuçları ve hastanelerdeki etkisine ilişkin yöneticilere yönelik yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır.

Bununla birlikte genellikle veri zarflama analizi kullanılarak hastane etkinliklerinin ölçüldüğü birçok araştırma mevcuttur. Bu araştırmalarda belirli girdi kriterleri ile belirli çıktı kriterlerine göre hastane etkinlikleri değerlendirilmiştir. Bu çalışmalardan bazıları aşağıda verilmiştir.

Beylik (2009) tarafından veri zarflama analizi (VZA) yöntemi ile Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Karlılık-Verimlilik Analizleri ve Değerlendirilmesi konulu yüksek lisans tez çalışmasında, 2007 yılı verileri kullanılarak 21 adet farklı birimde beş finansal girdi ve bir finansal çıktı değişkeni ile etkinlik ölçümü yapılmış aynı zamanda karlılık/zararlılık değerleri değerlendirilmiştir. Çalışmada 16 hastanenin atıl harcama yüzdesi tespit edilmiş ve karlılık/zararlılık durumları değerlendirilerek hastanelerin kaynakları daha verimli kullanmaları ve gelir-gider dengesi için önerilerde bulunulmuştur.

Koçgil ve diğerleri, (2009) tarafından yapılan çalışmada, sağlık bakım sisteminde bireysel ve kurumsal performans ölçümü amacıyla ülkemizde yapılan akademik çalışmaların incelenmesi neticesinde, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde kurumsal performans amacı ile ölçülen hedeflerin; erişebilirlik, kabul edilebilirlik, bakım ortamı, verimlilik, gider ve maliyet, sağlığın iyileştirilmesi ve klinik odaklılık, hasta merkezlik, güvenlik ve zamanındalık başlıklarından oluşmakta olduğu görülmüştür.

Cihangir (2009) tarafından yapılan JCI Akreditasyonuna Sahip Özel Hastanelerde Kurumsal Performans Yönetimi'ni incelediği doktora çalışmasında; kurumsal performansı alt yapı, fiziksel yatırım, insan kaynakları, finansal boyut ve çevre boyutu olarak beş alt boyutta ele alarak hastaneleri karşılaştırmıştır. Çalışmada, alt yapı boyutunda yer verilen ölçütlerin diğer boyutlarda yer verilen ölçütlere oranla daha iyi bir oranda karşılandığı belirtilmiştir.

Şimşir (2009) tarafından yapılan, Kamu Hastanelerinde Kurumsal Performans Uygulamaları Bağlamında Yönetici ve Diğer Personel Tutumlarının İncelenmesi konulu yüksek lisans çalışmasında, 16 alt faktörden oluşan 90 soruluk ölçme aracı ile hastane yöneticileri ve sağlık personeli arasındaki tutumları incelemiştir. Yöneticilerin sürekli gelişme, çalışan memnuniyeti, rasyonel yönetim ve hasta güvenliği başlıklarındaki görüşleri sağlık personeline göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Korkmaz (2011) tarafından yapılan Örgütsel Performansın Kurumsal Performans Karnesi Yöntemi ile Ölçülmesi konulu doktora çalışmasında, bir üniversite hastanesinde yıllara göre gösterdiği performans düzeyi, performans ölçütlerini balans skor kart modeline göre gruplayarak, dört boyut ve 28 gösterge ile ölçülmüştür. Bu çalışmada Kaplan ve Norton tarafından oluşturulan kurumsal performans karnesi uygulaması esas alınmıştır. Çalışma sonunda, hastanenin zaman içerisinde kurumsallaştıkça, finansal, müşteri, iç iş süreçler ve öğrenme gelişme boyutlarında yıllara göre artışlar olduğu, en fazla artışın öğrenme ve gelişme boyutunda olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık kurumlarının performans değerlendirmesinde mevcut verilerini balans skor kart yöntemi ile analiz ederek, işletme performansına yönelik önlemler alınabileceği tavsiye edilmiştir.

Dilmaç (2011) tarafından yapılan yüksek lisans çalışmasında, Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kurumsal Performans Karnesi (Balans Skor Kart) Yönteminin Uygulanabilirliği konulu çalışmada, hasta ve kamu boyutu altında; üç amaç, sekiz gösterge, finansal sürdürülebilirlik boyutunda; üç amaç, beş gösterge, klinik ve operasyonel mükemmellik boyutunda; üç amaç, 10 gösterge, öğrenme ve gelişim boyutunda; ise beş amaç dokuz gösterge tanımlanmıştır. Sonuç olarak bu göstergelerle araştırma yapılan hastanede kurumsal performansın ölçülebileceği, göstergelere ekleme ve çıkarma yapılarak diğer hastanelerde de kullanılabileceği tavsiye edilmiştir.

Kırılmaz (2012) tarafından yapılan Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi konulu doktora çalışmasında, yeni kamu yönetimi anlayışı ile sağlık hizmetlerinde performans yönetimi konusunda mevcut durum ortaya konmuş, sağlık yöneticileri, sağlık personeli ve hastalara Sağlık Bakanlığı performans yönetimi ile ilgili anket uygulanmıştır. Araştırmada Sağlık yöneticilerine göre Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeli etkin, verimli, ekonomik, kaliteli ve erişilebilir bir sağlık hizmeti sunumuna, sağlık göstergelerinin iyileşmesine ve sağlık hizmetlerinden memnuniyete olumlu yönde katkıda bulunmaktadır. Ancak performans ölçme ve değerlendirme başta olmak üzere insan kaynakları ve yönetim boyutu ile ilgili beklentilerin karşılanamadığı görülmektedir. Doktorların uygulamaları fazla benimsemedikleri görülmüştür. Yine, lisans ve lisansüstü eğitim almış hemşire, ebe ve sağlık teknisyenlerinin yeni kamu yönetimi anlayışını ve kamu kurumlarında performans yönetimi uygulamalarını benimsediklerini ve Sağlık Bakanlığı performans yönetimi modeli hakkında kanaatlerinin olumlu olduğu sonucuna varılmıştır.

Gök tarafından 2012 yılında yapılan doktora tez çalışmasında Türkiye’deki hastanelerin 2001-2008 yılları arasındaki verimlilikleri veri zarflama analizi yöntemi ile incelenmiştir. Özel hastanelerdeki sağlık harcamalarının verimliliği olumsuz etkilediği, kamu hastanelerindeki sağlık harcamalarının ise verimlilikle pozitif yönde ilişkili olduğunu sonucuna ulaşmıştır.

Erzurumlu (2012) tarafından yapılan çalışmada hastanelerde dengeli performans karnesine dayalı strateji haritalarının geliştirilmesi konusu çalışılmış ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi için bir model önerisi sunulmuştur. Çalışmada, dört boyut altında toplam on yedi amaç ve finansal boyutta 63 (% 44), müşteri boyutunda 20 (% 14), iç süreçler boyutunda 38 (% 26) ve öğrenme ve gelişme boyutunda 23 (% 16) olmak üzere toplam 144 gösterge belirlenmiştir. Araştırma yapılan hastanede performans değerlendirme için kullanılan göstergelerin, finansal ve müşteri boyutu göstergelerinde yoğunlaştığı, iç süreçler ve öğrenme ve gelişme boyutlarına ait göstergelerin performans değerlendirmede kullanım oranının düşük olduğunu belirtmiştir.

Çınaroğlu ve Şahin (2012) tarafından yapılan “yönetici değerlendirmelerine göre hastanelerde performans ölçümü” konulu araştırmada, kamu ve özel hastane yöneticilerine maliyet performansı, kalite performansı ve finansal performans boyutlarına göre alt maddelerden oluşan sorular sorulmuştur. Bu araştırmada hastane yöneticilerinin kalite, maliyet ve finansal performans göstergeleri başlığı altında yaptıkları tüm subjektif değerlendirmelerde özel hastanelerin daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmüştür. Kalite performansı başlığında, klinik kalite, hasta memnuniyeti, hasta taleplerinin karşılanması ve hasta şikâyetlerinin azaltılmasına yönelik ifadeler ile hastane yöneticilerinin değerlendirme yapması istenmiştir.

Yıldız (2013) tarafından yapılan doktora tez çalışmasında; devlet hastaneleri ile özel hastanelerin 2011 yılı finansal çizelgelerinden faydalanarak elde edilen finansal oranlar aracılığıyla hastanelerin finansal performansları ölçülmüştür. 95 devlet hastanesi ve dört özel hastanenin finansal verileri karşılaştırılmıştır. AII grubu statüsündeki devlet hastaneleri ile özel hastanelerin birlikte analizi sonucu 53 devlet hastanesinin 19’u (% 35,85), dört özel hastanenin ikisi (% 50) ve toplam 57 hastanenin 21’i (% 36,84) tam etkin olarak çalıştığı, b grubu 42 devlet hastanesinin 15’i (%35,71), dört özel hastanenin biri (% 25) ve toplam 46 hastanenin 16’sının (% 34,78) tam etkin olarak çalıştığı sonucuna

ulaşmıştır. Hastanelerin finansal oranları ile hesaplanan VZA etkinlik skorlarının faaliyet gelir ve gider değişkenleri ile ölçülen etkinlik skorları arasında pozitif yönlü ilişkinin olduğu; kaynak-kapasite değişkenleri ile hesaplanan etkinlik skorları ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı ortaya çıkmıştır.

Yılmaz (2013) tarafından yapılan İkinci Basamak Kamu Sağlık Kurumlarında Kurumsal Performans Ölçütlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma konulu doktora çalışmasında, farklı ülkelerde hastane performansının ölçülmesine yönelik kullanılan, uluslararası ve ulusal nitelikli 14 farklı performans ölçüm sistemi incelenmiştir. Çalışmada danışman uzmanların katkıları ile belirlenen 11 kategoride yer alan 107 performans ölçütü üzerinde delphi tekniği kullanılarak hastane yöneticilerin görüşleri alınarak performans ölçütleri belirlenmiştir. Çalışma sonunda balans skor kart yaklaşımına atıfta bulunularak belirlenen birincil performans ölçütü olarak 40, ikincil performans ölçütü olarak 30 ölçütün hastaneler için kurumsal performansı ölçmek için kullanılabileceği tavsiye edilmiştir.

Ötün (2013) tarafından yapılan kamu Sağlık Sektöründe Stratejik Yönetim Sürecinde Performans Ölçümü ve Değerlendirilmesi konulu yüksek lisans çalışmasında, hastanelerdeki performans yönetim sisteminde ek ödeme uygulaması ele alınmıştır. Bireysel performans değerlendirmede uygulama sonuçlarındaki eksiklikler dikkate alınarak iyileştirme konusuna odaklanması, özellikle yapıcı bir rekabet ve motivasyon ortamının yaratılması önerilmiştir.

Asandului ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan Avrupa’da halk sağlığı sistemlerinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada, veri zarflama analizi kullanılmış ve 30 Avrupa ülkesinin 2010 yılı verileri incelenmiştir. Girdi değişkenleri olarak, doktor sayısı, hastane yatak sayısı ve milli gelirden sağlığa ayrılan pay alınmış; çıktı değişkenleri olarak, doğuşta beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranı ve sağlığa uyarlanmış yaşam beklentisi alınmıştır. Elde edilen bulgular, verimlilik sınırında hem gelişmiş hem de gelişmekte olan bazı ülkeler bulunduğunu ortaya koyarken, örneklemdaki ülkelerin büyük çoğunluğu verimsiz olarak bulunmuştur.

Köse (2016) tarafından kamu hastanelerinde yapılan yönetici yetkinliklerinin kurumsal performansa etkisi konulu doktora çalışmasında, yönetici yetkinliklerinin kurumsal performansa etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır.

Uçkun ve Şahin (2016) tarafından yapılan Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesinde Verimlilik Karnesi Uygulaması isimli makalelerinde, kamu hastane birliklerinin uyguladığı verimlilik karnesi uygulamasına ilişkin genel bilgiler verilmiştir.

Yiğit (2016) tarafından yapılan Hastanelerde Teknik Verimlilik Analizi, Kamu Hastane Birliklerinde Bir Uygulama konulu çalışmada; altı çıktıdan (muayene sayısı, yatan hasta sayısı, A grubu ameliyat sayısı, B grubu ameliyat sayısı, C grubu ameliyat sayısı, yatak işgal oranı) ve üç girdiden (uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yatak sayısı) oluşan teknik verimlilik ölçüm modeli ile kamu hastane birliklerinin (KHB) verimlilik düzeyleri veri zarflama yöntemi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda, araştırma kapsamındaki KHB'nin yaklaşık %31'i verimli, % 69'nun ise verimsiz faaliyet gösterdiği saptanmıştır.

Atılğan (2016) tarafından Kamu Hastaneleri Birlikleri performans ölçüm yöntemi üzerine yapılan değerlendirme makalesinde, kamu hastaneleri için oluşturulan verimlilik karnesinde yer alan göstergelerin oluşturulması ve ölçüm yöntemi, ölçüm yönteminin ayrıntılı incelemesi ve etkinlik skorları tahmininde karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerilerine ilişkin değerlendirmeler yer almaktadır.

Bakırer (2016) tarafından yapılan yüksek lisans tez çalışmada 663 sayılı kanun hükmünde kararnamenin devlet hastanelerinin verimliliklerine olan etkisinin veri zarflama analizi ile ölçümü yapılmıştır. Girdi değişkeni olarak; yatak sayısı, muayene sayısı, uzman hekim sayısı çıktı değişkeni olarak; A, B ve C grubu ameliyat sayıları, yatak doluluk oranı ve yatak devir hızı alınarak hastanelerin 2011 ve 2014 yılları verileri analiz edilmiştir. Hastane etkinliklerinde girdi değişkenlerinde artış olmasına rağmen çıktı değişkenlerinde yeterli çıktı elde edilemediği, 2011 yılında 0,683 olan etkinlik skorunun 2014 yılında 0,640'a düştüğü görülmüştür. Yıllar arasındaki toplam faktör verimliliği değişimi incelendiğinde hastanelerin etkinliklerinin değişmediği görülmüştür.

Şenol ve Gençtürk (2017) tarafından yapılan Kamu Hastaneleri Birliklerinde Verimlilik Analizi konulu çalışmada 2014 verileri kullanılarak veri zarflama analizi ile 80 Kamu Hastane Birliğinin (KHB) verimlilikleri analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda, 80 tane Kamu Hastane Birliğinden, 20 tanesi (%25) CCR tekniğine göre, 31 tanesinin (%38) BCC tekniğine göre verimli bulunduğu belirtilmiştir.

Yılmaz ve Erdem (2017) tarafından yapılan Dengeli Ölçüm Kartı Modelinin Hastanelerde Uygulanabilirliğine Yönelik Isparta İl Merkezi Hastaneleri Örneği konulu çalışma 66 hastane yöneticisine yapılmış ve dengeli ölçüm kartı ölçütlerinin hastanelerde ne sıklıkla ölçüldüğü ve ölçülmesinin öneminin ne düzeyde algılandığı sorusuna cevap aranmıştır. Hastane yöneticilerinin dengeli ölçüm kartı içerisinde yer alan dört boyuttaki ölçütlere yüksek düzeyde önem verdikleri, ancak hastanelerindeki ölçümlerin önem verildiği kadar sık yapılmadığı görülmüştür.

Görüldüğü üzere literatürde genellikle mevcut veriler üzerinden veri zarflama analizi ile hastane etkinlik ve verimlilik değerlendirmeleri yapıldığı görülmektedir. Yine balans skor kart ile ilgili araştırmalarda ise balans skor kartın işletmelerde uygulanmasına yönelik araştırmalar yapılmış olup işletmelerde performans ölçütleri belirleme ve uygulamasına yönelik çalışmalar mevcuttur. Ancak bu çalışmalarla ortaya konan ölçütlere ilişkin standart bir veri seti oluşmamış olup konu literatür düzeyinde kalmıştır.

Hastane verimlilikleri ile ilgili çalışmalarda, veri zarflama analizi ile hastane etkinliklerinin değerlendirilmesi çalışmaları yoğun olarak yapılmış olup, kamu hastanelerinde 2012 yılından itibaren uygulamaya konan ve kurumsal performansı ölçmeyi amaçlayan ve kamu hastanelerinde uygulanan verimlilik karnesi ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Bu çalışma ile kamu hizmetlerinde uygulanan kurumsal performans yönetim aracı olan verimlilik karnesi uygulamasının hastanelerde meydana getirdiği değişimlerin yöneticilerin değerlendirmelerine göre nasıl olduğu belirlenecektir. Ayrıca bu çalışma hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması ile ilgili değerlendirmelerinin istatistiksel olarak incelenmesi, mevcut durumun ortaya konması ve kamu hastanelerinde verimliliğin yönü hakkında çıkarımlar elde etmemizi sağlaması bakımından önemli olacaktır.

Diğer taraftan bu çalışma: hastane yöneticilerinin görüşlerinin değerlendirilmesi, hastane yöneticilerinin bakış açısı, yönetsel olarak verimlilik karnesinin etkisinin araştırılması ve karneye verilen önemi ortaya koyması bakımından yararlı olacaktır. Geliştirilecek ölçme aracı ile stratejik yönetim boyutu ile verimlilik karnesi uygulamasına yönelik yönetici algıları, verimlilik karne uygulamasına yöneticilerin genel bakışı ve balans skor kart uygulamasının dört boyutu dikkate alınarak verimlilik karnesinin hastane yöneticilerine göre hastanelerde oluşturduğu etki belirlenmeye çalışılacaktır. Literatürde bu yönde yapılan çalışma kısıtlı olduğundan yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerin kurumsal performansını ölçmek için uygulanan verimlilik karnesinin, hastane yöneticilerine göre nasıl algılandığı ve stratejik yönetim ile ilişkisinin nasıl olduğu belirlenmek amaçlanmış olup hastane yöneticilerine göre verimlilik karnesinin hastane performansına etkisi balans skor kartın dört boyutu açısından değerlendirilmiştir. Bu çerçevede temelde aşağıdaki üç soruya cevap aranmıştır.

- a) Hastane yöneticileri verimlilik karnesini stratejik yönetim aracı olarak nasıl görmektedir?
- b) Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi uygulaması konusundaki genel algısı nasıldır?
- c) Hastane yöneticilerine göre verimlilik karnesinin hastanenin kurumsal performansına etkisi var mıdır?

Bu sorulara dayanılarak geliştirilen araştırmanın hipotezleri şunlardır;

H1. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

H2. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı alt boyutları demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

H3. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H3a. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile verimlilik karne uygulaması algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H3b. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H3c. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

Araştırmanın Varsayımları

- a) Verimlilik karnesi Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde uygulandığından, araştırmada hastane idarecilerinin verimlilik karnesi konusunda bilgi sahibi oldukları varsayılmıştır.
- b) Hastane yöneticilerinin veri toplama araçlarındaki ifadelere yönetsel boyutta değerlendirme yaparak ve gerçek düşüncelerini ortaya koyarak samimi cevaplar verecekleri varsayılmıştır.
- c) Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının araştırma amacı doğrultusunda veri toplamak için yeterli olduğu varsayılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

- a) Araştırma Ankara ilindeki kamu hastaneleri ve yöneticileri ile sınırlandırılmıştır.

Araştırmada ağız ve diş sağlığı merkezleri ile askeriyeden devir alınan hastaneler kapsam dışı bırakılmıştır. Bunun amacı devir alınan hastanelerin yakın zamanda devir alınması ve verimlilik uygulamasının devir alınan hastanelerde yeni başlamış olmasıdır. Ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ise verimlilik değerlendirme kriterleri farklı olduğundan çalışma dışı bırakılmıştır.

- b) Araştırma verileri, hastane yöneticilerinin anketlere verdikleri cevaplarla sınırlıdır. Araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde yapılacak çıkarımlar bu örneklemele sınırlıdır.

- c) Hastane idarecileri, 2-3 yıl süre ile sözleşmeli olarak görevlendirilmektedirler. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise yeni görevlendirmelerin araştırma yapılan yılın başında yapılmış olması nedeni ile bazı idarecilerin 2012 yılında uygulamaya konulan verimlilik karne uygulamasından sonra ilk defa hastane idarecisi olarak görevlendirilmiş olma ihtimali nedeni ile verimlilik karnesi ile yeni karşılaşmış olma olasılığıdır.

- d) Hastane idarecilerinin anket doldurmada isteksiz olmaları diğer bir kısıtlılıktır.

TANIMLAR

Balans Skor Kart: Robert S. Kaplan ve David P. Norton tarafından geliştirilen ve finansal göstergeler yanında finansal olmayan göstergelerinde ölçüldüğü kurumsal performans değerlendirme yöntemini ifade eder.

Birim performans katsayısı: Sağlık tesislerinde görev yapan personelin görev yaptığı birim için Kurum tarafından çıkarılacak yönerge ile belirlenen ve personele ödenecek ek ödemenin hesaplanmasında kullanılacak olan (0) ile (1) arasında değişen katsayıyı gösterir.

Kalite puanı: Sağlık kurum ve kuruluşlarında yerinde yapılan değerlendirme neticesinde sağlıkta kalite standartlarının uygulanma düzeyini gösteren, sıfır ile yüz arasında tespit edilen değeri gösterir.

Kurumsal Performans Katsayısı: Performans ve kalite yönergesi usul ve esaslarına göre hesaplanan ve Performans ve kalite yönetmeliği çerçevesinde kurum ve kuruluşlarda dağıtılabilecek döner sermaye tutarının belirlenmesinde kullanılacak olan (0) ile (1) arasında değişen katsayıyı gösterir.

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS): Bakanlıkça, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği başta olmak üzere verimlilik, etkililik, etkinlik, süreklilik ve zamanlılık gibi hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik geliştirilen standartların tamamını gösterir.

Verimlilik Karnesi: Sağlık Bakanlığınca kamu hastanelerine uygulanan ve kurumsal performansı ölçmeyi amaçlayan performans değerlendirme aracını ifade eder.

BİRİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS, VERİMLİLİK, PERFORMANS YÖNETİMİ, STRATEJİK YÖNETİM ve BALANS SKOR KART UYGULAMASI KAVRAMLARI

1.1. Performans Kavramı

Performans, insan kaynakları yönetimi alanında sık sık kullanılan fakat sınırları ve içeriği yeterince açıklanmamış bir kavramdır. Literatürde genel olarak performans, belirli amaçlara yönelik planlı etkinlikler sonucu nicel ya da nitel olarak değer kazanmış kavramdır. Diğer bir ifadeyle, belirlenmiş olan bir hedefe ulaşım seviyesinin ölçümüdür (Özer, 2009:4; Tanrıverdi ve diğerleri, 2010). Bu durumda performans, örgüt amaçlarının gerçekleştirilmesi için gösterilen tüm çabaların değerlendirilmesi olarak da tanımlanabilir (Tarım, 2004:234).

Performans kelimesi, İngilizce “performance” kökünden gelmiş, Türkçeye “performans” olarak yerleşmiş durumdadır. Türk Dil Kurumu performansın karşılığı olarak “başarım” sözcüğünü vermektedir. Türkçe sözlüklerde; beceri, başarı, yetenek gibi anlamlara gelmektedir (Akal, 2000:3).

Performans mutlak değildir, göreceli bir kavramdır. Şirketin kârlılığı, endüstri sektörünüzdeki benzer şirketler dikkate alınarak önceki yılların sonuçlarına göre değerlendirilmelidir. Dolayısıyla performansı dış karşılaştırmalara ve iç ölçütlere göre değerlendirmek gerekir. Dâhili bir bakış açısıyla, çalışanlar kendilerinden beklenen şeyleri bilmelidir (Bourne ve Bourn, 2011).

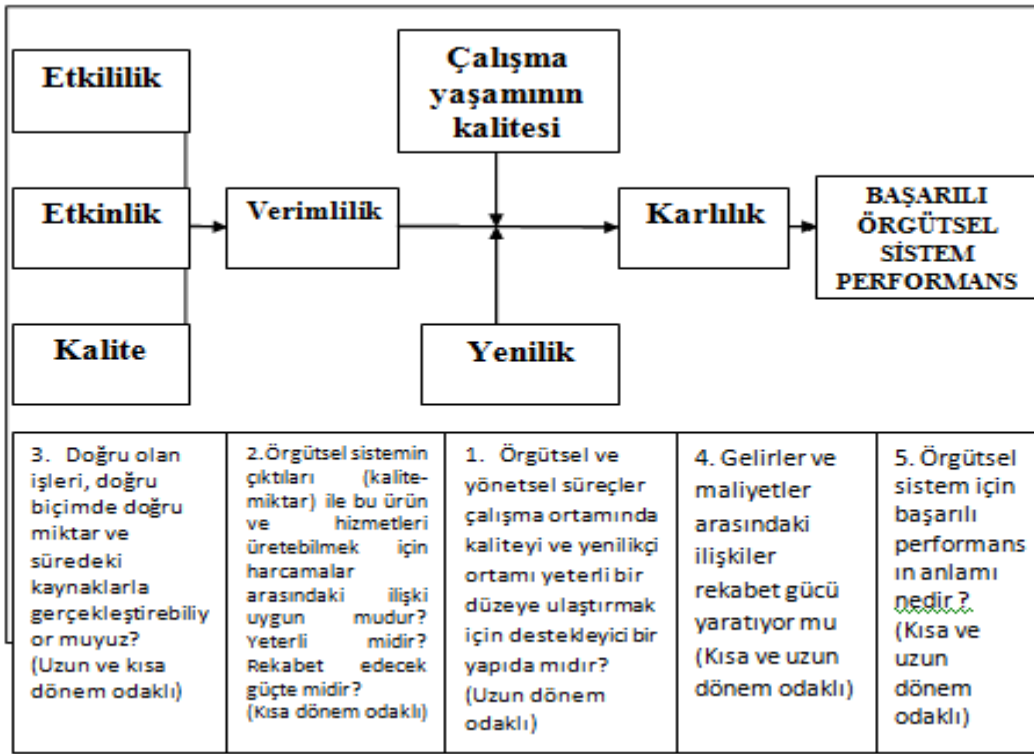
Performans, belirlenmiş olan hedefe ulaşma düzeyinin ölçümüdür. Bu konuda yapılan diğer bir tanıma göre; bir işi yapan bireyin, grubun ya da örgütün o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak hangi düzeye ulaşabildiğinin ortaya konulmasıdır. Performans; insanların çalışma hayatında hedeflediği bir şeyleri başarma çabasıdır. Performans her insanın sorumluluklarını geliştiren, hedeflerini ve amaçlarını belirleyen ve vizyonlarını geliştiren bir faaliyettir (Keskin, 2009:3). Bu nedenle performans kavramının, bir örgütün misyonunu, vizyonunu ve stratejisini uygulayarak amaçlarını gerçekleştirmesi için önemli bir araç olduğunu söylemek mümkündür.

Performansla ilgili örgüt ve yönetim literatürü incelediğinde ise performansın örgüt stratejilerine göre farklı tanımlarla ifade edildiği ve üzerinde birleşilen bir tanımının olmadığı dikkat çekmektedir. Bununla birlikte performans kavramının “belirlenen örgütsel hedefler doğrultusunda örgüt stratejilerine uygun bir şekilde çalışma faaliyetlerinin yerine getirilmesi” şeklinde tanımlandığı görülmektedir. Performans genel anlamda belli bir amaca yönelik olarak yapılan planlar neticesinde ulaşılan noktayı, başka bir deyişle elde edilenleri niteliksel ve niceliksel olarak belirleyen bir kavramdır (Songur, 1995).

Bir sistemin performansı, belirli bir zaman sonucundaki çalışmanın çıktısıdır. Bu sonuç, işletme amaçlarının ya da görevinin yerine getirilme derecesidir. Bu bağlamda işletme performansı, işletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için gösterilen tüm çabaların değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir (Akal, 2000:2, 2011). Bu nedenle performansın belirlenmesi için öncelikle performans ölçütlerinin belirlenmesi gerekmektedir.

1.1.1. Performansın Boyutları

Günümüzde performans ve yönetim kavramları, yönetim literatüründe ve günlük hayatımızda sıkça kullanılmaktadır. Performans yönetimi anlayışı zaman içerisinde farklılaşmıştır. Kamu ve özel sektörde performans, 1970’lerin sonuna kadar daha çok ekonomiklik ve verimlilik gibi kavramlarla açıklanırken, 1980’lerden sonra etkinlik ve kalite performans kavramının unsurları arasında yerini almıştır. Bu yıllarda özel sektörde üretim verimliliğini artırmak için toplam kalite yönetiminin de etkileri ile hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve sonuçlara dayalı performans ölçümü kavramları performans ölçümü alanında kullanılmaya başlanmıştır (Köseoğlu, 2007:42-45).



Şekil 1.1. Performans boyutları ve ilişkileri (Sink, 1985:64, aktaran Akal, 2011:35)

Akal'a göre (2011:35) performans boyutları: etkenlik, verim ve girdilerden yararlanma, verimlilik, kalite, yenilik, çalışma yaşamının kalitesi, karlılık ve bütçeye uygunluktur. Bunların yanında diğer boyutları ise kamu (sosyal) sorumluluğu ve ürün liderliğidir. Yine müşteri tatmini, çalışanların tatmini, büyüme ve pazar payı performans ölçümleri için geliştirilecek performans göstergelerinin tabanını oluşturmaktadır. Örgütler bu ölçütler çerçevesinde gereken göstergeleri belirleyip neyin ölçüleceğini tespit etmektedirler. Ölçümlerde boyutlardan hangilerinin kullanılacağı işletmelerin amaç ve hedeflerine göre belirlenmektedir. Bazı durumlarda performans ölçmek için zamanlılık, esneklik, kamu sorumluluğu, pazara uyum vb. daha alt değişkenler kullanılabilmektedir.

Farklı ülke, kurum ve projeler tarafından ortak olarak kullanılan performans hedef boyutları arasında (Arah, vd. 2006: 8-9; Kelley ve Hurst, 2006: 12-14, aktaran Koçgil ve diğerleri, 2009); kabul edilebilirlik, erişebilirlik, uygunluk, bakım ortamı, süreklilik, yeterlilik ve yapabilirlik, etkililik, sağlığın iyileştirilmesi ve klinik odaklılık, gider ve maliyet, verimlilik, eşitlik, yönetim, hasta merkezlik ya da duyarlılık, güvenlik, sürdürülebilirlik, zamanındalık sayılabilir.

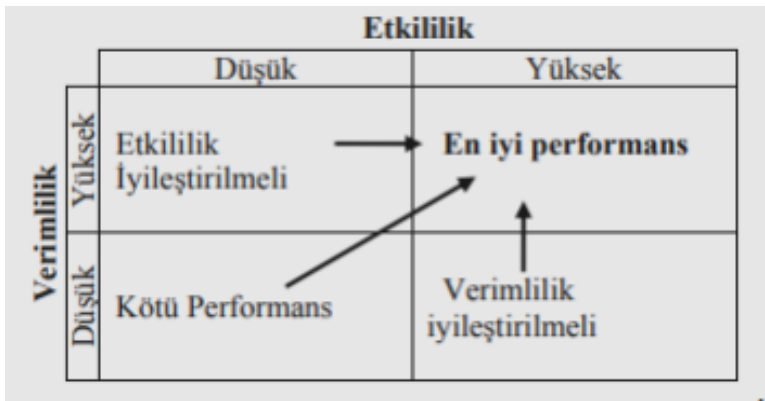
Kamu yönetiminde performans ölçütleri olarak; ekonomiklik, verimlilik, etkililik, hesap verebilirlik ve saydamlık ölçütleri kullanılmaktadır (Karasoy, 2014).

1.1.2. Performans ve Verimlilik ilişkisi

Çoğu zaman performans kelimesi verimlilik ile karıştırılmasına rağmen, aslında verimlilik performans kriterlerinden sadece birisi olmaktadır. Buna rağmen son zamanlarda birçok yönetici performans ve verimliliğin farklı kavramlar olduğunu kabul etmişlerdir. Bu nedenle örgütsel sistemler için performans bileşenlerini sistematik olarak tanımlama ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda verimliliğin, performans eşitliği içerisinde en önemli kritik bileşen olduğu da tespit edilmiştir (Sink, Tuttle ve Devries, 2006:265; aktaran Korkmaz, 2011).

Performans, amaçlı ve planlı faaliyetler sonucunda çıktıyı nicel ve nitel olarak belirleyen bir kavramdır. Verimlilik, girdi olarak kullanılan kaynaklar ile sağlanan çıktılar arasındaki ilişkiyi göstermektedir (Kubalı, 1999:31-62).

Yeni ölçüm ve denetim sistemleri verimliliğe dar kapsamda ve teknik anlamda bakmakta olup verimlilik kurumsal performansın boyutlarından sadece birisi olarak kabul edilmektedir. Böylece tanımı ve ölçümü daha kendine özgü hal almakta ve belirginleşmektedir (Akal, 2011).



Şekil.1.2 Performans boyutu olarak verimlilik ve etkililik ilişkisi (Özcan, 2008:6; Şahin, 2009).

Etkililik, verimlilikten etkilenebilir veya verimliliğe etki edebilir. Bir sağlık kurumu şekil 1.2’de gösterildiği gibi yüksek düzeyde verimli olduğu halde etkili olmayabileceği gibi, etkili olduğu halde verimli olmayabilir. Amaç, hem verimlilik hem de etkililik bakımından

hedeflenen sonuçlara ulaşmak ve performansı iyileştirmektir. Ancak performansı iyileştirmenin standart bir yolu bulunmamaktadır. Değişikliklerin izlenmesi, karşılaştırmaların yapılması ve performans boyutunun ölçülerek değerlendirilmesi gerekmektedir (Şahin, 2009).

Sağlık harcamaları ile performans arasında tanımlanabilecek ilişkinin birkaç alternatifi vardır (Roberts ve diğerleri, 2001). Birinci alternatif tasarrufu ön planda tutmak ve masrafları kısımdır. İkinci alternatifte de tasarruf hedeflenir ancak o kadar katı bir tasarruf anlayışı yoktur. Üçüncü olarak hem performansı yükseltmek hem de masrafları azaltmak için verimlilik yollarının aranmasıdır. Ekonomik kaygı ve sağlıkta performans kaygısı eşit ağırlıkta olmalıdır. Dördüncüsü sınırlı bütçe ile performansı en yüksek seviyeye çıkarmaktır. Beşinci alternatifte ekonomik kaygı bir kenara bırakılır ve sağlığı ön plana alan yaklaşım ile performans artırılmaya çalışılır (Aydın, 2007:274).

Ülkemizde sağlık sisteminde üçüncü alternatif olan yaklaşımın uygulandığı söylenebilir. Burada bir taraftan masrafları azaltırken diğer taraftan performansı artırmak için verimlilik uygulamalarına önem vererek kaynakların etkin ve verimli kullanılması ve daha iyi sağlık çıktılarının elde edilmesi amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde verimliliğin yüksek olması aynı zamanda performansın da yüksek olması anlamına gelmektedir.

Sağlık kurumlarının verimliliğin ölçümünde zorluklar mevcuttur. Öncelikle bu zorlukların başında sağlık kurumlarının girdi ve çıktı değişkenlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Hizmetlerin soyut özelliğinden dolayı ölçülebilir somut hale getirmek gerekmektedir. Algılanan sağlık hizmetindeki memnuniyet subjektif olduğu için standardizasyon sorunu vardır. Bir hizmetin üretilip tüketilinceye kadar geçen süreçte çok farklı uzmanlık alanındaki kişilerin olması başlıca zorluklar içerisinde sayılabilir (Çakmak ve diğerleri, 2009: 10).

1.2.Verimlilik Kavramı

Verimlilik kavramıyla ilgili geçmişten günümüze kadar birçok farklı tanım yapılmıştır. Verimlilik kullanıldığı kesimlere göre farklı anlamlar içermektedir. Verimlilik kavramı ilk olarak Quesnay tarafından 1776 yılında yazılan bir makalede kullanılmıştır. Litre ise 1883 yılında verimliliği, üretme yeteneği veya üretme gücü olarak tanımlanmıştır. Yirminci yüzyılın başlarında verimlilik, çıktı ile bu çıktıyı üretmek için kullanılan girdi arasındaki oran olarak tanımlanmıştır (Kahz ve diğerleri, 1966; aktaran Şahin, 1999).

Genel anlamda verimlilik kullanılan kaynaklar ile elde edilen çıktı arasındaki ilişki olarak tanımlanmakta ve şu şekilde formüle edilmektedir; $Verimlilik = \frac{Çıktı}{Girdi}$. Bu matematiksel ilişkiye göre verimlilik, işletmelerde üretim sürecinin belli bir dönemi sonunda üretilmiş olan ürün veya hizmetlerle (çıktı), bu üretimi gerçekleştirmek için kullanılan üretim kaynaklarının (girdi) birbirine oranlanmasıyla elde edilen bir katsayıdır (Şahin,1999).

Literatürde verimlilikle ilgili olarak yapılan tanımlamalarda, genellikle, kaynakların en iyi şekilde kullanılması ya da bir amacın en düşük maliyetle gerçekleştirilmesi gibi hususların ön plana çıkarıldığı görülmektedir. Verimlilikte çıktı kalitesi önemlidir. Kalitesiz üretim verimliliği düşürdüğü gibi kaynaklarında verimsiz kullanımı anlamına gelmektedir. Verimlilikte, üretilen bir birim hizmet ya da ürünün niteliğinin (kalitesinin) düşürülmeden maliyetinin düşürülmesi olgusudur. Verimliliğin yükseltilmesinde en önemli etken, girdilerin optimal kapasite ile kullanımıdır. Ama bir fiziksel çıktı, kendi türünden olan fiziksel girdiye hiçbir zaman eşit olamaz. Girdinin işlenmesi sırasında düşen fiziksel değerinin, işlenerek yükseltilmesi gerekmektedir (Başaran, 2000).

Köseoğlu'na (2005: 215) göre verimlilik; kuruluşun hedeflerini göz önünde tutarak, belirli girdilerle en yüksek çıktının elde edilmesini veya sabit değer ve miktardaki çıktının en az girdiyle elde edilmesini ifade etmektedir.

Geleneksel anlamda verimlilik bir işletme performansının temel göstergesidir. Verimlilik işletmede neyin ne kadar girdi ile üretildiğini fiziksel ya da parasal ölçütlerle gösteren orandır (Akal, 2011:68).

Verimlilik (efficiency), kullanılan kaynaklarla elde edilen çıktılar arasındaki ilişkiyi yansıtmakta olup, en az kaynak ile en yüksek çıktıyı elde etmek ya da en yüksek çıktıyı en düşük kaynak kullanarak elde etmeyi ifade eder.

Bir başka tanımda ise verimlilik, sunulan bakımda çıktı ve kaynak kullanımı arasındaki ilişkidir, diğer bir deyişle hedefi başarma maliyeti ile hedefin faydası arasındaki orandır. (Joint Comission Resources, 2004:57; Özcan, 2005:215, aktaran Esatoğlu, 2007:363)

Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık'a göre (2015:509) verimlilik (efficiency); sağıkta ulaşılabilir iyileşmeleri azaltmaksızın hizmet maliyetini azaltma yeteneğidir ve şu şekilde formüle edilebilir:

$$\text{Verimlilik} = \frac{\text{Sağıkta değeriendirilecek hizmetin meydana getirmesi beklenen iyileştirmeler}}{\text{Bu hizmetin maliyeti}}$$

1.2.1. Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Kavramları

Literatürde etkinlik, etkinlik ve verimlilik kavramları konusunda farklı kullanımlar mevcuttur. Bazı kaynaklarda etkinlik yerine etkenlik kavramı kullanılmaktadır. Yine pek çok bilim adamı etkinlik ve etkililik kavramlarını eşanlamlı olarak kullanılabilmektedir. Bazı araştırmacılar ise iki kavramın farklı anlamları olduğunu vurgulamaktadırlar. Bir firma etkin olmakla birlikte etkili çalışmayabilir. Mal üreten örgütlerde, örgütün etkinlik durumunu belirtmek üzere verimlilik kavramı da kullanılmaktadır. *Verimlilik*, elde bulunan kaynaklardan optimum çıktının sağlanması, *etkililik* ise, kaynakları en iyi şekilde değerlendirerek mümkün olan en iyi sonucun alınması biçiminde literatürde yer almaktadır (Yükçü ve Atağan, 2009).

Etkililik, örgütlerin tanımlanmış amaçlarına ve stratejik hedeflerine ulaşmak amacıyla gerçekleştirdikleri faaliyetlerin sonucunda bu amaçlara ve hedeflere ulaşma derecesini belirleyen bir performans boyutudur (Kubalı, 1999:31-62). Etkililiğin teknik ve ekonomik anlamda ölçülmesinde şu göstergeler yaygın olarak kullanılmaktadır.

a) Üretim Etkililiği = Gerçekleşen Üretim / Beklenen (planlanan) Üretim

b) Ekonomik Etkililik = Gerçekleşen Kar / Beklenen Kar

Örneğin, gerçekleşen (fiili) çıktı miktarı 95 birim, hedeflenen çıktı miktarının 100 birim olması durumunda; Etkililik = Gerçekleşen çıktı / planlanan çıktı = 95 birim/100 birim = %95 olacaktır (Yükçü ve Atağan, 2009).

Etkinlik ise, bir işletmenin üretim faktörleri ya da üretimin kendisi için önceden saptadığı programın gerçekleştirilme derecesini gösterir. Bir başka deyişle, fiili (gerçekleşen) performans, önceden saptanan standart (olması gereken) performans ile karşılaştırıldığında gerçekleşen performansın standart performansa ne ölçüde yaklaşıp yaklaşmadığını gösterir.

Etkinlik= Standart Performans / Gerçekleşen (Fiili) Performans

Örneğin; bir işin standart süresi 2 saat ise, fakat uygulamada bu iş 3 saatte gerçekleşiyorsa: Etkinlik= 2 / 3 = 0,66'dır. Buna göre, işin yeteri kadar etkin olmadığı sonucuna varılabilir. Etkinlik oranının "1" değerinin altında olması, faaliyetin istenildiği gibi gerçekleşmediği anlamına gelmektedir. Oranın "1" den büyük olması ise, standarttan daha büyük bir etkinlik düzeyini gösterir. Etkinlik, teknik ve ekonomik etkinlik olarak ölçülmektedir (Yükçü ve Atağan, 2009).

Etkinlik, verimlilikten farklı olarak daha çok amaç ve hedeflerle ilgilidir. Bir işletmenin amaç ve hedeflerine ulaşip ulaşmadığını veya ulaşma derecesini gösterir. Yani "etkinliğin" ölçümü önceden amaç ve hedeflerin belirlenmesi ve daha sonra üretim süreci sonucunda gerçekleşen durumun söz konusu amaç ve hedeflerle karşılaştırılması şeklindedir (Arslan, 2002).

Etkinlik amaçların gerçekleşme düzeyini ölçer ve sonuçlarla ilişkilendirir. Bu yönü ile etkinlik işletme düzeyinde toplam performansı yansıtan en önemli performans boyutudur. Çünkü bir işletmede elde edilen sonuçlar, yöneticiler, çalışanların bilgi becerisi, kullanılan teknoloji kapasitesi ve yöntemi dahası dış çevre ile etkileşime bağlı oluşan toplam bir çabanın sonucudur (Akal, 2011: 34).

Etkinlik ölçümleri performans geliştirme sürecinde yönetime iki büyük olanak sağlamaktadır. Birincisi; mevcut koşullar altında tüm kaynakların tam kapasitede kullanılmasına ulaşmak; ikincisi ise örgüt içi ve dışı kısıtlamaları yok sayarak ideal potansiyele, yeni ve daha yüksek performansla ulaşmaktır (Akal, 2011:37).

Etkinlik, verimliliğin esas belirleyicilerinden birisidir. Bu ifadeyi, etkinlik değişmesi, verimlilik değişimine yol açan faktörlerden biridir şeklinde de ifade etmek mümkündür. Verimlilik, üretim teknolojisindeki, üretim sürecinin etkinliğindeki ve üretimin gerçekleştiği çevredeki değişimlerden etkilenmektedir. Çağlar'a (2012) göre bir firmanın üretim faaliyetinde etkinliği sağlamadan verimliliği sağlaması imkânsızdır.

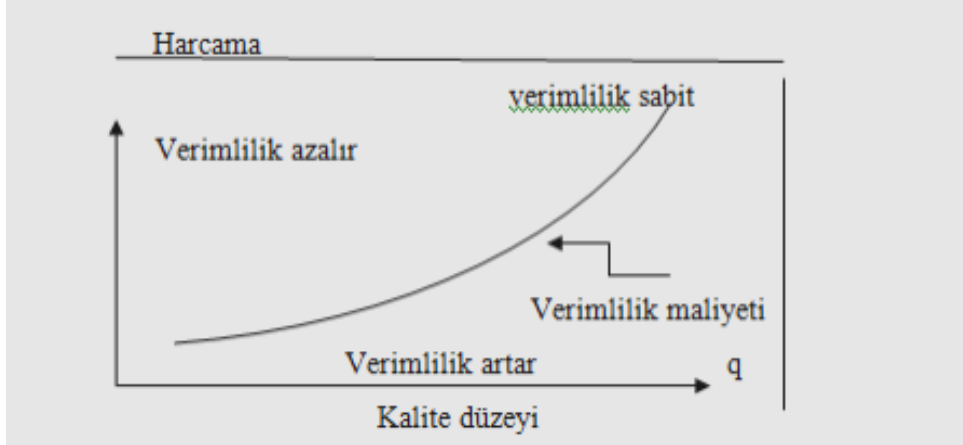
Etkinlik, mevcut kaynakların kullanımıyla ilgili olmasına karşın, etkililik çıktılarıyla ilgilidir. Etkinlik, teknik etkinlik (üretim etkinliği) ve tahsis etkinliği (kaynakları doğru çıktıları üretmek için kullanmak) olarak ölçülebilmektedir. Bu iki etkinlik toplam ekonomik etkinliğin bir fonksiyonudur (Özgen ve Tatar, 2007). Etkinlik teorik kapasite, verimlilik azami kapasite ile ilgilidir.

1.2.2. Kalite ve Verimlilik İlişkisi

Kalite çok boyutlu olup bir kavram olup, ürün ve hizmetlerin müşteri ihtiyaçlarına uygun, müşteri memnuniyetini sağlayıcı nitelikte olmasını sağlayan, aynı zamanda kaynakların verimli kullanılmasına yardımcı olan böylece işletmelerin kamusal sorumluluklarına da olumlu katkı yapan performansın boyutlarından birisidir (Akal, 2011:49-50).

Verimlilik, bireylerin gereksinim duyduğu sağlık hizmeti üretiminde verimliliğinin maliyetinin düşürülmesi ile hizmet kalitesinin düşmeden veya mevcut kaynaklar ile maksimum iyileştirilmenin elde edilmesi ve doğru dağıtılmasıdır (Çınaroğlu ve Şahin, 2012).

Verimlilik kavramı içerisinde kalite önemli bir yer tutmaktadır. Bu önem çıktının, girdinin ve sürecin kalitesinin yeterliliği ile verimlilik arasındaki ilişki ile doğru orantılıdır. Kilit önemde bir öge de iş gücünün, yönetimin ve çalışma yaşamının kalitesidir. Verimlilik artışı ile çalışma yaşamı kalitesindeki iyileşme birlikte hareket etmektedir (Prokopenko, 1987/2011:21).



Şekil 1.3. Kalite ve verimlilik ilişkisi (Prokopenko, 1987)

Şekil 1.3'te görüldüğü üzere kalite değiştikçe maliyette değişir, dolayısı ile maliyet değişimi verimlilik değişimini etkiler. Değişimlerin maliyet eğrisinin içinde veya dışında olması durumunda, konuma göre verimlilik artar veya düşer. Eğrinin dışı verimlilik artış bölgesidir. Böylece kalitenin verimlilik artırma alanının en önemli faktörlerinden biri olduğu ve kalite yönetimimin verimlilik yönetiminin önemli bir aracı olduğu açıkça görülmektedir (Prokopenko, 1987/2011:209-210).

Şekil 1.3'te kalite ile verimlilik arasında doğrusal bir ilişki olduğu ve kalitenin değişiminin maliyeti etkileyeceği, kalitenin verimliliğin tanımı olan çıktı/girdi anlamında maliyetlerin değişiminin olumlu ya da olumsuz etkileyeceği anlaşılmaktadır.

Performans sisteminde amaç, sağlık sisteminin kalitesinin geliştirilmesidir. Performans, kalite geliştirmede bir araç olarak kullanılmaktadır (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013).

Verimliliği artırmada kalite esaslı teknikler arasında, kalite kontrol, istatistik kalite kontrol-istatistiksel süreç kontrolü, kalite güvencesi sistemleri, sıfır hata programları, kalibrasyon sistemi, güvenilirlik artırılması, kalite belgelendirme çalışmaları, hizmet kalitesinin artırılması, toplam kalite yönetimi uygulamaları bulunmaktadır (Öncer, 2013).

Sağlık hizmetinin kalitesinin ölçümü sorunu karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite tanımı ve ölçümü tam olarak yapılabilirse bile, tüm toplumu kapsayan hizmet yaygınlaştırılması esnasında bunu gözetmenin zorluğu ortadadır. Sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması ve bütün vatandaşların eşit olarak hizmetlerden yararlanabilmesi gibi sağlık sistemlerinin öncelikli hedefleri ışığında, nitelikli bir sağlık hizmetinin nicelik

açısından yeterli düzeyde yaygın olarak sunulabilmesi gerekmektedir. Özellikle sağlıkta piyasa ekonomisinden ziyade sosyal politikaların öne çıkması bunu daha da zorunlu kılmaktadır (Aydın ve Demir, 2006).

Sağlık sisteminin tüm unsurları, sağlık hizmeti talep eden tarafların ihtiyaçlarının karşılanmasına eksiksiz hizmet etmelidir. Sağlıkta kalite için sağlık sistemi ile ilişkili sektörlerin, yüksek kaliteyi minimum maliyette ve en kısa sürede sunmayı hedefleyen bir biçimde lojistik unsurları sağlamaları gerekmektedir (Asunakutlu, 2005).

Sağlık hizmetleri açısından verimlilik, işletmelerdeki ürün kalitesinden çok, daha çok hizmet kalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Genelde hastanelerde toplam verimlilik şu şekilde formüle edilmektedir: Verimlilik= (Çıktı/Girdi) x Kalite Faktörü. Verimlilik ve kalite, herhangi bir faaliyet veya dönüşüm fonksiyonunda kaynakların en iyi şekilde nasıl kullanılacağına dair değerlendirmelerdir. Verimlilik, girdiye ilişkin bir dönüşüm sürecinin çıktısı ile ilişkili iken, kalite içsel ve dışsal müşteriler tarafından süreç ve çıktıların bir değerlendirmesini ifade etmektedir (Van Looy ve diğerleri, 1998: 360, aktaran Özgener ve Küçük, 2008).

Klasik performans anlayışında verimlilik, çıktı ve girdiler arasındaki oran olarak tanımlanmaktadır. Modern verimlilik tanımında ise geniş anlamda tanımlanmakta; doğru işleri doğru biçimde ve ekonomik bir anlayışla gerçekleştirmeyi hedefleyen akılcı bir yaşam biçimi olarak tanımlanmakta ve örgüt performansının temelini oluşturmaktadır. Ürün ve hizmet süreçlerinde yapılan, süreç ve kalite kontrol yöntemleri ile hatalı ürün ve işlemler ayıklanmış ve bu uygulamalar maliyet tasarrufu sağlamış, kalitenin verim artırma ve maliyet düşürme tekniği olarak değerini artırmıştır (Akal, 2011:45-53).

1.2.3. Verimlilik Türleri

Bir işletmede verimlilik; işgücü, hammadde, malzeme, makine ve donanım gibi temel üretim kaynaklarının yanı sıra, sermayenin kullanımı, teknolojik seçim, örgütlenme ve yönetim, çalışma ve yaşam koşulları günümüzde çok değer kazanan bilgi, zaman gibi kaynaklar arasındaki etkileşimlerin sonucudur (Akal, 2011:47).

Verimlilik ölçümleri; tek bir girdi (kısmi verimlilik), birden fazla girdi (çoklu faktör verimliliği) veya bütün girdiler (toplam verimlilik) kullanılarak yapılabilmektedir. Bu verimlilik ölçümlerinden hangisinin kullanılacağı esas itibariyle ölçümün sebebine bağlıdır. Eğer sebep işgücü verimliliğindeki gelişmeleri izlemekse, girdi ölçüsü olarak işgücü kullanılacaktır. Kısmi verimlilik hesabıyla faktörlerin her birine ne derece müdahale etmek gerektiği belirlenebilir. İşletmeler tarafından işgücü verimliliği (çıktı/işgücü) ve makine verimliliği (çıktı/makine) gibi kısmi verimlilik ölçümleri sıklıkla kullanılmaktadır. Bununla birlikte, bir işletmenin genel performansını ölçmede kullanılacak ölçüt, tüm girdi ve çıktıları dikkate alan toplam verimlilik değeri olmalıdır (Ar, 2006, aktaran Yükçü ve Atağan, 2009).

1.2.4. Verimlilik Analizi Yöntemleri

Literatürde sıklıkla kullanılan verimlilik analizi yöntemleri hakkında aşağıda kısa bilgiler verilmiştir.

a. Oran Analizi

Oran analizi en bilinen ve yaygın biçimde kullanılan verimlilik ölçüm yaklaşımıdır. İki değişken birbirine oranlanması yolu ile çıkarımlar elde edilir. Bu yöntem kısmi verimlilik ölçüm tekniği olarak günümüzde de yaygın olarak kullanılmaktadır.

b. Regresyon Analizi

Regresyon analizi, iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkileri ölçmek için kullanılır, tanımlayıcı ve çıkarımsal istatistik sağlar. İki değişken arasında nedensel ilişki arar.

Regresyon analizinde ortaya çıkan sakıncalardan en önemlisi verimliliği en yüksek verimlilik yerine, ortalama verimlilik düzeyine göre ölçmesidir. Bu nedenle regresyon analizi yöntemi örnek kümesindeki hastanelerin verimlilik kazançlarını veya kayıplarını ortaya koymak bakımından fazla bilgi sağlamamaktadır. Yöntemin diğer sakıncası da birden fazla girdi kullanılması durumunda etkili olmamasıdır. Diğer bir olumsuz yanı ise parametrik bir üretim fonksiyonunun tanımlamasını gerektirmesidir. Bazı durumlarda üretim fonksiyonlarındaki değişkenlerin ölçümle belirtilmesi (yatak sayısı, personel sayısı gibi) mümkün olmayabilmektedir (Kavuncubaşı, 2000:345, aktaran Esatoğlu, 2007:384).

Literatürde birçok regresyon yöntemi mevcuttur: en küçük kareler yöntemi veya L2 norm, en küçük toplamli mutlak sapma veya L1 norm, toplam en küçük kareler veya ortogonal regresyon, robust regresyon, temel bileşenler regresyonu (PCR), geometrik ortalama regresyonu (GMR), traşlanmış en küçük kareler yöntemi (LTS) ve kovaryant düzeltilmiş regresyon (CAR) yöntemleri örnek olarak verilebilir (Öztürk, 2012).

c. Veri Zarflama Analizi

Veri Zarflama Analizi (VZA), ilk olarak Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından 1978 yılında benzer mal veya hizmet üreten ekonomik karar birimlerinin göreceli etkinliklerinin ölçülmesi amacı ile geliştirilmiş olan doğrusal programlama esaslı bir yöntemdir (Banker; 1992: 74). Yöntem, klasik regresyon tekniğinin doğrudan uygulanamadığı çoklu girdi ve çoklu çıktılar için üretim ilişkilerinde performans karşılaştırmalarında kullanılmaktadır (Yavuz, 2001: 15, aktaran Akan ve Çalçamur, 2011).

Hastane etkinliklerini ölçmek için en çok tercih edilen yöntemdir. Bu yöntemde birden çok girdi, birden çok çıktı ile değerlendirilir. Bu yöntem oran analizi ve regresyon analizi uygulamasında ortaya çıkan sorunları gidermek için geliştirilmiştir.

Birden fazla girdi ve çıktı olması durumunda nesnel bir biçimde verimlilik indeksi içinde birleştirilmediği durumlarda VZA göreceli verimlilik ölçümü için kullanılan yöntemdir. VZA diğer yaklaşımlara göre yöneticilere daha fazla bilgi sağlar. VZA ile yöneticiler hangi girdilerin verimsiz hangilerinin verimli olduğunu, hangi çıktıları ne miktarda yetersiz ürettiğini belirleyebilir (Kavuncubaşı, 2000:347, Özcan, 2005:217, aktaran Esatoğlu, 2007:385).

Verimlilik analizleri, aslında kaynak israfını önlemeye yöneliktir. VZA ile yöneticiler hastanenin, diğer benzer hastanelere göre, kaynaklarını ne derece verimli kullandıklarını tespit edebilir ve verimli olabilmek için hangi girdilerin ne miktarda azaltılması ve hangi çıktıları ne miktar arttırılması gerektiği konusunda yönetsel etkili karar vermede önemli bir araç olarak kullanılabilir. Ayrıca VZA etkili bir şekilde kullanılması halinde, sağlık hizmetlerini finansmanını sağlayan kurumlar ve diğer hizmet sunucularının kaynakları etkili ve verimli bir şekilde kullanılmasında son derece kritik öneme haiz olduğu söylenebilir (Yiğit, 2016).

d. Stokastik Sınır Analizi

Stokastik sınır üretim fonksiyonu yaklaşımı, bazı birimlerin kaynaklarını etkin bir biçimde kullanmadıkları varsayımını esas almaktadır. Stokastik sınır analizi üretim sonucunda çıktı üzerinde etkili olan etkinsizlik faktörlerinin üretim sınırından olan sapmalardaki etkisini ortaya koymaktadır (Atılğan, 2016).

İşletmeler açısından etkinsizlik, mevcut kaynakları ile maksimum çıktıyı elde edememek, ya da mevcut üretimini gereksiz kaynak kullanarak gerçekleştirmesinden kaynaklanmaktadır. Stokastik yaklaşım etkinlik/etkinsizlik derecesinin ölçümü için, ideal üretim ya da girdi kullanım değerlerinden sapmaların belirlenmesini sağlar (Atılğan, 2016).

Stokastik Sınır Yaklaşımının önemli avantajlarından birisi istatistiksel hataları, etkinsizlikten kaynaklanan hatalardan ayırıştırması olarak karşımıza çıkmaktadır. Öte yandan, yöntemin önemli dezavantajlarından birisi ise, ölçülecek etkinlik türüne göre bir fonksiyonel yapının belirlenmesini gerektirmesidir (Turgutlu ve diğerleri, 2007: 92, aktaran Akan ve Çalçamur, 2011).

Kamu hastaneleri verimlilik karnesi hesaplanmalarında stokastik sınır analizi yöntemi kullanılmaktadır. Bunlardan başka serbest atılabilir zarf (SAZ), toplam faktör verimliliği (TFV) ve serbest dağılım yaklaşımı (SDY) yöntemleri de verimlilik ölçümünde kullanılmaktadır.

1.3. Performans Yönetimi

Daha önceleri etkililik, verimlilik ve ekonomiklik ilkeleri üzerine temellendirilen performans kavramları, 1990 yılından itibaren yerini nitelik olarak, kalite, müşteri/vatandaş/çalışan memnuniyeti kavramlarına bırakmaya başlamıştır. Kurumsal performans hedefleri için 2000’li yıllardan sonra bireysel performansı esas alan anlayışın hakim olduğu bir performans anlayışı gelişmiştir (Ateş ve Kırılmaz, 2015).

Performans yönetimi, bireylerin ve ekiplerin performansını belirleme, ölçme, geliştirme ve performansın organizasyonun stratejik hedefleri ile uyumlu hale getirilmesi için yapılan kesintisiz bir süreçtir (Aguinis, 2013:2).

Aguinis'e (2009:2-3) göre performans yönetiminin iki önemli bileşeni vardır. Birincisi *kesintisiz bir süreç* olup bu süreç, amaçları ve hedefleri belirleme, performansı gözlemleme ve devamında koçluk ve geri bildirim alıp vermeyi kapsar. İkincisi *stratejik amaçlarla uyum* olup bu bileşen yöneticilerin, çalışanların faaliyetlerinin ve çıktılarının kurumun hedefleriyle uyumlu olmasını ve dolayısıyla kuruluşun rekabet avantajı kazanmasına yardımcı olmasını sağlar. Performans yönetimi, çalışan performansı ile örgütsel hedefler arasında doğrudan bir bağ oluşturur ve çalışanların organizasyona açık bir şekilde katkıda bulunmaları ile mümkün olmaktadır. Performans yönetim sistemlerinin ilk amacı, üst yönetimin stratejik hedeflere ulaşmasına yardımcı olmaktır. Kuruluşun hedeflerini bireysel hedeflerle birleştiren performans yönetim sistemleri, örgütsel hedeflerin elde edilmesiyle tutarlı davranışları güçlendirir.

Caldwell'e (2000) göre performans yönetimi, başarılı olmak için uzun vadeli bir taahhüt ve çaba gerektiren bir süreç olup herhangi bir iyi sistem gibi, bütün de parçalarının toplamından daha büyüktür. Sürecin her adımı belirli hedefleri gerçekleştirmek üzere tasarlanmıştır. Her adımın tek başına diğerleri olmadan çok az etkisi olacaktır. Bununla birlikte, tüm adımlar birlikte kullanıldığında, sonuç, kurumun performansını iyileştirir ve sonuçta iyileştirilmiş sonuçlara yol açar.

Performans yönetimi sistemi, gerçekleştirilmesi beklenen örgütsel amaçlara ve bu yönde işgörenlerin ortaya koyması gereken performansa ilişkin ortak bir anlayışın örgütte yerleşmesi ve işgörenlerin bu amaçlara ulaşmak için gösterilen ortak çabalara yapacağı katkıların düzeyini artırıcı bir biçimde yönetilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi, ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi sürecidir (Barutçugil, 2004:334).

Önceden belirlenmiş olan hedeflere ulaşma seviyesinin ölçümü olan performans kavramında temel unsur, kurumun önceden belirlenmiş hedefleri olması ve kaynaklarını bu hedefleri gerçekleştirme yönünde kullanarak elde edilen çıktı ve sonuçların ölçülmesidir. Performans yönetiminde temel amaç kaynakların ekonomik, verimli ve etkin bir biçimde kullanılmasını sağlamaktır. Diğer bir ifadeyle performans, hizmet üretimi ve sunumunda etkinlik, etkililik, verimlilik ve ekonomiklik ölçütlerinin yerine getirilmesidir (Sözen, 2005: 113-114, aktaran Kırılmaz, 2012).

Holzer and Yang'a (2004) göre kamu yöneticileri ve politika yapıcılar artık hizmetleri sunmak ve geliştirmek için gelişmiş performans ölçme araçlarına sahiptir. Hatry ve Fisk (1992) bu araçların aşağıda belirtilen en az sekiz farklı stratejiyi kapsadığını vurgulamaktadır.

- Hedefleri belirlemek ve sonuçları ölçmek,
- Kaynak gereksinimlerini belirlemek,
- Kaynakları yeniden tahsis etmek,
- Organizasyon iyileştirme stratejileri geliştirmek,
- Performansı artırmak için çalışanları motive etmek,
- Performansı kontrol işlemleri uygulamak,
- Aşırı üretim veya kapasite altındaki üretim dönemlerine ilişkin çıkarımlarda bulunmak,
- Ölçüm için kapasiteler geliştirmek.

Performans yönetiminin neden gerekli olduğu Ateş (2007) tarafından şöyle sıralanmıştır:

- a) Strateji oluşturmak. Kurumun hedef ve amaçlarını belirlemek ve bunlara nasıl ulaşılacağını ortaya koymak. Bu, performans yönetiminin stratejik yönetim ile olan bağını da sağlayan gerekçedir.
- b) Strateji uygulama sürecini yönetmek. Belirlenen stratejilerin planlandığı gibi uygulanıp uygulanmadığını kontrol etmek.
- c) Kurumun durumunu kontrol etmek. Beklenen performans sonuçlarının ne ölçüde gerçekleştirildiğinin analizini yapmak.
- d) Mecburi düzenlemelere uyum sağlamak. Yasal veya çevresel zorlayıcı dinamiklerce istenilen standartlara ulaşmasını sağlamak.
- e) Kurumun stratejik planda yer alan amaç ve hedeflerini tüm çalışanlara duyurmak ve çalışanlardan beklentilerini açıkça ortaya koymak.

- f) Çalışanların dikkatini stratejik önceliklere çekmek, onları motive etmek.
- g) Yönetimsel karar verme mekanizmasını, verilen kararların uygulanma ve hedefe ulaşma derecesi konusunda bilgilendirerek kararlarını daha sağlıklı vermelerini sağlamak.
- h) Kurumun işleyiş ve politikalarında iyileşme sağlamak ve sürekli öğrenme ortamı oluşturmak.

Uyargil (2013:11-12), performans yönetimi uygulamaları sayesinde işletmelerde mal ve hizmet kalitesi artacağı, işletmenin etkinliğinin artacağı, karşılaşılan sorunların daha kolay çözüme kavuşturulacağı, etkin bir insan kaynakları yönetimi sağlanacağı ve çalışanların gelişiminin daha kolay sağlanacağını belirtmiştir.

Kurumsal Performans Yönetiminin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için kuruluşların iyi bir planlama yapmaları ve stratejileri doğrultusunda doğru performans ölçütlerini belirlemeleri büyük önem taşır. Bunun için kurumun stratejileri, bütçeleri, raporları ve öngörülerini dikkate alınarak yapılan belirlenen kriterlerin ölçümlemeleri halinde kurumsal performansa bir değer katıp katmadığı sorgulanmalıdır (Cihangir, 2009).

Performans genelde iki grupta incelenir: Bireysel ve kurumsal performans. Bireysel ve kurumsal performans hakkında gerekli bilgiler aşağıda verilmiştir.

1.3.1. Bireysel Performans

Uyargil'e (2013:3) göre performans yönetimi; sürekli ve geniş kapsamlı bir süreç olmakla birlikte, yönetici ve çalışanın karşılıklı beklentilerini birbirlerine aktardıkları, bireyin performansını planladıkları, yöneticinin verdiği destekle planlara ulaşmaya çalıştıkları, yöneticinin etkili geri besleme sağladığı ve sürecin sonucunda değerlendirme yaptığı bir sistemdir.

Bireysel performans, beklenen amaçlara ulaşmak için çalışanın yetenek ve motivasyonu ile ortaya koyduğu davranış ve sonuçları ifade eder. Borman'a (2004) göre, iki tür performans ön plana çıkmaktadır: Görev performansı ve bağlamsal performans. Bazı yazarlar ayrıca

bağlamsal performansa atıfta bulunarak ön sosyal davranışlar ve örgütsel vatandaşlık davranışları etiketlerini kullanmaktadır.

Bağlamsal Performans, bağlamsal performansa katkıda bulunan davranışlar olarak tanımlanır. Görev performansının oluşabileceği iyi bir ortam sağlayarak organizasyonun etkililiğini artırır. Bağlamsal performans şunları içeren davranışları içerir:

- a) Şevkle ısrarcı olmak ve tamamlamak için ekstra gayret sarf etmek. Kişinin kendi görev faaliyetleri başarıyla gerçekleştirilir. (örneğin, dakik, nadiren yok, işte fazladan çaba harcamak)
- b) Resmi olarak işin parçası olmayan görev faaliyetlerini yerine getirme konusunda gönüllü olmak. (ör. yapısal iyileştirmeler önermek, yapıcı önerilerde bulunmak).
- c) Yardımcı olmak ve diğerleriyle işbirliği yapmak. (örneğin, iş arkadaşlarına ve müşterilere yardımcı olmak ve yardımcı olmak)
- d) Örgütsel kurallar ve prosedürleri izlemek. (örneğin, emir ve düzenlemeleri takip ederek, otoriteye saygı göstererek, örgütsel değerlere ve politikalara uymayı göstererek)
- e) Örgütsel amaçları onaylamak, desteklemek ve savunmak. (örneğin, örgütsel sadakat, organizasyonu yurtdışında olumlu olarak temsil etmek), (Aguinis, 2013:91-92).

Armstrong (2000:21) performans yönetimi sisteminin işletmeye örgüt ve bireysel işgören düzeyinde katkıları olduğunu ifade eder. Örgüt düzeyindeki katkılar; misyonun, değerlerin, stratejilerin ve amaçların tanımlanması; rollerin, standartların, yetkinlik gereksinimlerinin ve performans ölçütlerinin tanımlanması; örgütsel, takım ve bireysel performansın izlenmesi; bireysel ve takım performansının geliştirilerek kendini yöneten öğrenmenin desteklenmesi olarak sıralanır. Bireysel katkılar ise; amaçlara ilişkin anlayış ve uzlaş; rollere, standartlara, yetkinlik gereksinimlerine ve performans ölçümlerine ilişkin anlayış ve uzlaş; bireyin kendi performansını izleyebilmesi olarak sıralanır (Yılmaz, 2013).

Örgütsel performans yönetimi sürecine göre daha dar kapsamda çalışanların birebir performanslarını değerlendirme sürecine, bireysel performans yönetimi süreci denir. Örgütsel performans yönetimi süreci, kurum ve alt birimlerin, hedef ve amaçlarının ne olduğuna ve bu hedef ve amaçlara ne kadar ulaşıp ulaşılmadığına odaklanmaktadır.

Bireysel performans yönetimi ise kurumun amaçlarını gerçekleştirmede çalışanların sorumlu oldukları görev ve rolleri nasıl ve ne düzeyde yerine getiriyorlar konusuna odaklanır (Çevik ve diğerleri, 2008:76).

Uyargil'e göre (2013:12), bireysel performans yönetimi üç evreden oluşur. Birinci evre: Yöneticilerin, bireyin performansını ölçmek için gerek duydukları iş alanlarının tanımlanması evresidir. Bireysel performansın, örgüt başarısı için gerekli boyutları belirlenir. Bu boyutlar, değerlendirme kriterleridir ve günümüzde yetkinlik olarak adlandırılır. Örneğin; iş bilgisi, ekip çalışması yapabilmek, iletişim becerisi vb. İkinci evre: Çalışanların performanslarının ne derece iyi ya da yetersiz olduğunun ölçüldüğü evredir. Güç olsa da tüm değerlendiriciler aynı tutarlılıkta ölçüm yapmalıdır. Performans boyutlarını ölçmek için değişik ölçeklerden yararlanılır. Üçüncü evre en kritik evredir ve değerlendirme sonuçları değerlendirilenlerle paylaşılır. Değerlendiricinin bu konuda eğitilmiş olması ve koçluk becerilerini etkili kullanması gerekir. Geçmiş döneme ilişkin değerlendirmeler ve gelecek dönem için performans geliştirmeye yönelik görüşler paylaşılır.

Performans yönetimi sisteminin en önemli evrelerinden olan bireysel performansın hedef belirleme yolu ve planlaması faaliyeti ile işletmenin stratejik planlama faaliyetleri yakın ilişkilidir, etkinlikleri de birbirine bağlıdır (Uyargil, 2013:7).

1.3.2. Kurumsal (Örgütsel) Performans

İşletmelerin performans anlayışları günümüze gelene dek sürekli gelişen ve değişen bir süreç göstermiştir. Bu gelişim ve değişim, düşük maliyette, daha çok üretim ve yüksek kârı hedefleyen geleneksel yönetim anlayışından, günümüzün rekabetçi koşullarının gereği olarak müşteri tatminini, kaliteyi, yeniliği vb. çok farklı ölçütlere ağırlık vererek, gelecekte de varolmayı hedefleyen yönetim anlayışına geçiş olarak açıklanabilir (Akal, 2000:23).

Kurumsal performans; kaynakların ekonomik kullanımına, verimlilik randımanına hizmet verimliliği, etkinlik ve müşteri memnuniyeti gibi ölçütlere göre yapılabilir. Ekonomik olarak en basit anlamda parasal kaynakların ne kadar ekonomik kullanıldığı ve girdilerin maliyeti kurumsal performans için önemlidir. Verimlilik randımanı ise çıktıların üretilmesi ile harcanan para arasındaki ilişki düzeyini ifade eder (Çevik, 2007:38).

Örgütsel performans, işletmenin finansal durumunun değişimi ve verilen yönetim kararlarının finansal çıktılarda oluşturduğu değişim olarak tanımlanmıştır. Ancak işletmelerin de temel amacı olan “değer yaratımı” ve bunun tespiti daha doğru bir tanımlamadır. Bu değer görünen veya görülmeyen, operasyonel veya finansal olabilir. Tek boyutu olmaktan ziyade çok boyutludur. Değere bu niteliklerini kazandıran ise durumsal koşullardır (Carton ve Hofer, 2006: 13-25). İşletmenin sektörü, pazardaki konuşlanması, çevresi, hissedilen rekabet, müşteri ve paydaş beklentileri ve teknolojiadaki değişim işletmenin üstünde durması gereken performans ölçütlerini de değiştirmelidir (Neely, 1999:210, aktaran Çarıkçı ve Alparslan, 2014).

Kurumsal performans yönetiminin evreleri kısaca şu şekildedir: Örgütsel performans yönetiminde ilk adım, başta stratejik planların yapılması ile tüm örgütün ve bağlı birimlerin hedef ve amaçlarının belirlenmesidir. İkinci adım bu hedef ve amaçlara göre performans standartları belirlenir. Diğer bir ifadeyle amaç ve hedeflerin başarıma dereceleri açıkça ortaya konur. Böylece çalışanlar, bu standartlara göre ne yapacaklarını bilirler. Bir sonraki süreçte birimlerin performansları ölçülür. Daha sonra bu değerlendirilir ve gerekli düzeltmeler yapılır. Bu evreler, kesintisiz devam eden bir süreci oluşturmaktadır (Çevik ve diğerleri, 2008: 60-61).

Çarıkçı ve Alparslan’a (2014) göre performans ölçümünün hangi amaçla yapıldığı da yöneticiler için belirlenmesi gereken bir husustur. Performans ölçmedeki amaç her zaman işletmenin bütün başarısını ölçmek olmayabilir. Zaten böyle bir göstergenin ya da göstergeler bütünüünün olmadığı da literatürde sıklıkla belirtilmiştir. Behn (2003:586) özellikle kamu kurumlarında performans ölçümündeki amaçların; değerlendirme, kontrol, bütçeleme, motive etme, iyileştirme, öğrenme, takdir etme ve geliştirme amaçlı olduğu ifade etmiştir. Her amaca özgün bir performans göstergesi belirlenerek en etkin değerlendirme yapılabilir.

Kurumu öne çıkaran, kurumsal etkililiği ve verimliliği artırmayı hedefleyen kurumsal performans; stratejik planların yapılarak önceliklerin belirlenmesi ve belirlenen hedeflere kurumsal düzeyde ulaşma sürecidir. Kurumsal performans sürecinde kalite, maliyet, zaman, işgücü, güvenlik gibi ölçütlerin yanı sıra etkinlik, verimlilik, ekonomiklik, hukukilik, şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkelerinin yerine getirilmesi önem arz etmektedir (Çevik ve diğerleri, 2008: 19, aktaran Kırılmaz, 2012).

1.3.3. Performans Yönetimi Süreci

Performans yönetim sistemi; gerçekleştirilmesi beklenen organizasyonel amaçlara ve bu yönde çalışanların ortaya koyması gereken performansa ilişkin ortak bir anlayışın organizasyonda yerleşmesi ve çalışanların bu amaçlara ulaşmak için gösterilen ortak çabalara yapacağı katkıların düzeyini artırıcı bir biçimde yönetilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi, ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi sürecidir (Barutçugil, 2004:334).

İşletmelerin performans anlayışları günümüze gelene dek sürekli gelişen ve değişen bir süreç göstermiştir. Bu gelişim ve değişim, düşük maliyette, daha çok üretim ve yüksek kârı hedefleyen geleneksel yönetim anlayışından, günümüzün rekabetçi koşullarının gereği olarak müşteri tatminini, kaliteyi, yeniliği vb. çok farklı ölçütlere ağırlık vererek, gelecekte de varolmayı hedefleyen yönetim anlayışına geçiş olarak açıklanabilir (Akal, 2000:23).

Performans yönetimi, planlanmış hedefler, standartlar ve yetkinlik gereksinimleri üzerinde anlaşmaya varılan bir çerçeve içinde performansı anlamak ve yönetmek suretiyle, bütün bir organizasyondan veya bir takımdan ve bireylerden daha iyi sonuçlar almanın bir yoludur. Bu, neyi başaracağına ilişkin ortak bir anlayışın kurulması için bir süreçtir ve insanları kısa sürede ve daha uzun vadede elde etme ihtimalini artıracak bir şekilde yönetmek ve geliştirmek için bir yaklaşımdır. Performans yönetimi üst yönetim tarafından idare edilir ve işletilir. Philpott ve Sheppard (1992) tarafından tanımlandığı gibi: Performans yönetiminin temel amacı, bireylerin ve grupların, iş süreçlerinin sürekli iyileştirilmesi ve kendi becerileri ve katkıları için sorumluluk üstlenebileceği bir kültür oluşturmaktır (Amstrong, 2000:6).

Coşkun'a (2006) göre ise işletmelerde performans yönetimi, bir organizasyonun amaçlarına ulaşp ulaşmadığının izlenmesi, performans hedeflerinin belirlenmesi, performansın ölçülmesi, hedefler ile ulaşılan performansın karşılaştırılarak benzerlik ve farklılıkların ortaya konulması ve aradaki farklılıkların giderilmesi için yapılan faaliyetler bütünüdür.

Bir süreç olarak yaklaşıldığında Performans Yönetimi, önceden belirlenmiş olan performans göstergeleri kullanılarak gerçekleştirilen ölçümler sonucunda kurumsal amaç ve hedeflere ulaşma derecesinin tespit edilmesi, bununla birlikte personel başarısının

ortaya çıkarılması ve elde edilen performans sonuçlarının değerlendirilmesi aşamalarından oluşmaktadır (Köseoğlu, 2007:44).

Caldwell, (2002) performans yönetiminin aşamalarını şu şekilde tanımlamıştır;

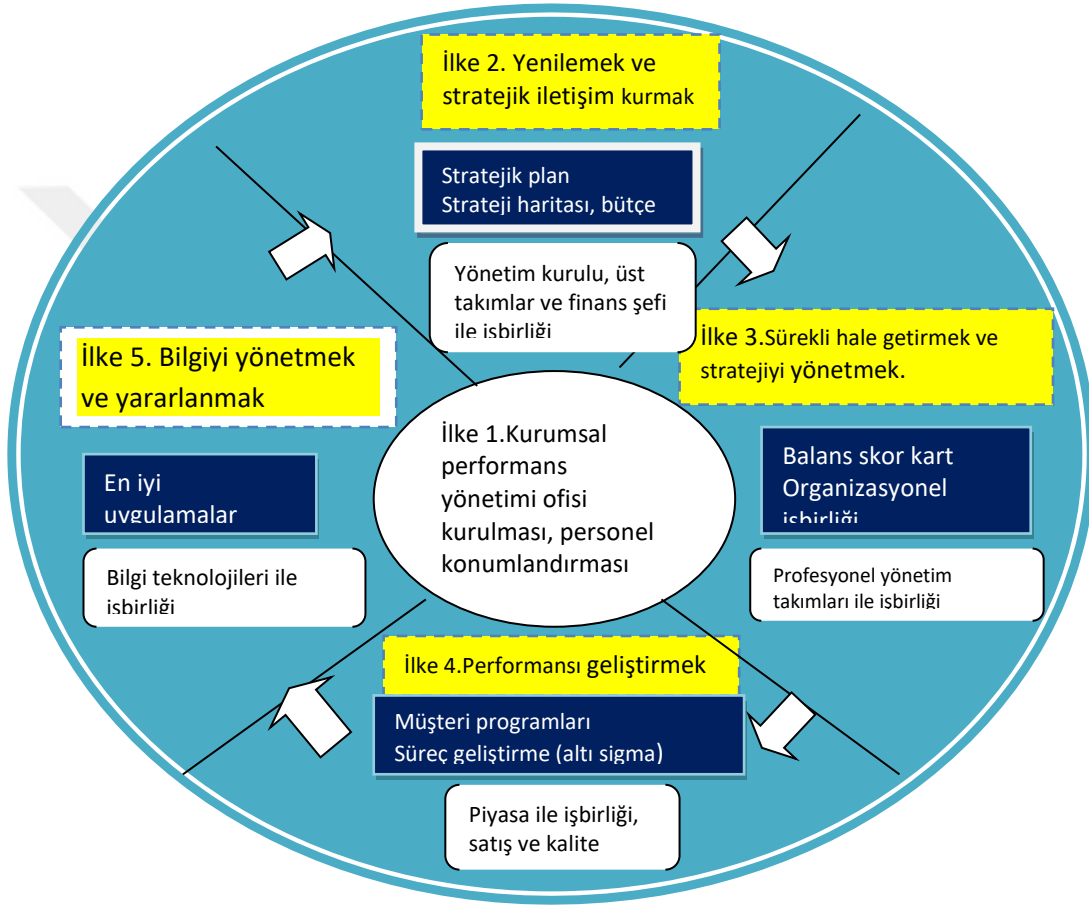
- a) Performansın planlanması. Beklenen nedir?
- b) Performansı izleme. Nasıl yapıyoruz?
- c) Performansı analiz etmek. Performans boşlukları var mı?
- d) Performansı iyileştirme. Bunu nasıl daha iyi hale getirebiliriz?
- e) Performansın sürdürülmesi. Performansı nasıl izleyebiliriz?
- f) Performans yönetiminin uygulanması



Şekil. 1.4. Performans Yönetim Süreci (Aguinis, 2013:39)

Aguinis (2013) ise performans yönetim sürecini (şekil.1.4) yedi başlık altında incelemiştir. Burada ilk madde olan ön koşullar/gereksinimler kavramında, performans yönetim sistemi uygulanmadan önce gerekli olan iki önemli ön koşulu ifade etmiştir. Bunlar; kuruluşun misyonu ve stratejik hedefleri ile ilgili bilgi ve işle ilgili soruları kapsayacak bilginin varlığıdır. İşle ilgili bilgi iş analiziyle yapılır. İş analizi, belirli bir işin, faaliyetler, görevler, ürünler, hizmetler ve süreçler gibi kilit bileşenleri belirleme sürecidir. Bir iş analizi, herhangi bir performans yönetim sisteminin temel ön şartıdır. İş analizi olmadan belirli bir iş için nelerin gerekli olduğunu hangi görevleri oluşturduğunu anlamak zordur. Bir çalışanın işte ne yapması gerektiği hakkında bir fikir sahibi değilseniz, nelerin değerlendirilmesi gerektiğini ve nasıl yapılacağını bilmek zordur.

Organizasyonun misyonu ve stratejik hedefleri stratejik planlamanın bir sonucudur ve stratejik planlama süreci misyon ve vizyon ifadeleri oluşturulduktan sonra gerçekleşebilir, bu nedenle misyon ve vizyon ile stratejik planlama arasında sürekli bir etkileşim vardır. Stratejik planlama, bir organizasyonun varılma amacını veya varlığını, geleceğinde nerede olmak istediğini, ulaşmasını istediği hedefleri ve bu hedeflere ulaşmak için kullanacağı stratejileri açıkça tanımlamasını sağlar (Aguinis, 2013:38).



Şekil 1.5 Kurumsal performans yönetiminin beş ilkesi (Paladino, 2007:25)

Şekil 1.5'te Paladino (2007) performans yönetim sürecini, stratejik performans yönetim süreci olarak ele alarak aşamalarını açıklamıştır. Kurumsal performans yönetimi oluşturulması ve aşamalarını beş aşamalı olarak açıklamıştır. Buna göre;

İlke 1. Kurumsal performans yönetimi ofisi kurmak ve personeli konuşlandırmak.

İlke 2. Yenilemek ve stratejik iletişim kurmak.

İlke 3. Sürekli hale getirmek ve stratejiyi yönetmek.

İlke 4. Performansı artırmak.

İlke 5. Bilgiyi yönetmek ve bilgiden yararlanmak.

Paladino (2007) modelde her aşamada alt bölümler ve yararlanılacak stratejileri açıklamış ve stratejilerin gerçekleşmesi için tüm aşamalarda ilgili işbirliklerinden yararlanmak gerektiğini belirtmiştir. Örneğin üçüncü aşama olan sürekli hale getirmek ve stratejiyi yönetmek başlığı altında, balans skor kart, organizasyonel işbirliği ve personeli ödüllendirme, yine bir alt başlığında ise profesyonel yönetim takımları ile işbirliği yapılması gerektiğini, stratejik yönetim araçlarının kullanılmasını belirtmiştir.

Performans yönetim süreçlerinden, performans ölçme ve değerlendirme sürecine ilişkin aşağıda bilgiler verilmiştir.

1.3.4. Performansı Ölçme

Herhangi bir performans ölçüm aracının nihai hedefi, sağlık sistemi hedeflerine ulaşılmasını teşvik etmektir. Bu nedenle, etkinliği, doğruluk ve geçerlilik gibi istatistiksel özelliklerle ilişkili olarak değerlendirilmemeli, ancak kapsamla ilişkili olarak daha geniş kapsamlı olarak değerlendirilmelidir. Etkin performans yönetimi, tek başına etkili performans yönetimi sağlamak için yeterli değildir. Performans verilerinin analizi ve yorumlanması işlevleri de çok önemlidir. Ayrıca, performans ölçümü, sistem iyileştirmesini sağlamak için çok önemlidi olsa, sadece bir araçtır. Etkilerini en üst düzeye çıkarmak için performans ölçümünün finansman, piyasa yapısı, hesap verebilirlik düzenlemeleri ve düzenlemeler gibi sistem tasarımının diğer yönleriyle uyumlu olması gerekmektedir. ... Hükümetler, sağlık sisteminin iyileştirilmesi için performans ölçümünün tüm potansiyelini kullanmakta önemli bir rol oynarlar. Performans ölçümünün, sağlık sistemlerine performans iyileştirme ve sağlık sistemi bulunmaması için büyük fırsatlar sunduğu öne sürülmüştür (Smith, Mossialos ve Papanicolas, 2008:15).

Günümüzde performans ölçümü, örgütlerin rekabet ortamında ayakta kalabilmeleri, stratejilerini belirleyebilmeleri ve gelecekte nerede olabileceklerini tanımlamaları açısından önem kazanmıştır. Performans ölçümü uygulamalarını farklı bakış açılarından değerlendiren yaklaşımlar bulunmaktadır. Örgütün varoluş nedenini, amaçlarını ve bunları gerçekleştirmeye çalışırken hangi performans ölçütlerini ele alacağını ve ölçümlemelerin

nasıl yapılacağını her yaklaşım farklı biçimde değerlendirmektedir (Ülgen ve Mirze, 2013:24-26)

İşletme yönetiminin temel işlevlerinden olan kontrolün en önemli faaliyeti, performans ölçümü ve yönetimidir. Performans ölçümünden elde edilen sonuçlar, hem yöneticilerin hem de diğer pay sahiplerinin işletme ile ilgili verecekleri kararları etkilemekte; işletmenin geleceğine yön vermektedir. Performans yönetimi, yöneticilerin önündeki fırsatları daha iyi görmelerini ve kaynakları daha etkili bir şekilde kullanmalarını sağlamaktadır. Bu nedenle, işletme yönetiminde performans ölçümünün ve yönetiminin önemli bir yeri vardır (Coşkun, 2006).

Çizelge 1.1. Performans Ölçümünün Değişimi

Özellik	Geleneksel Performans ölçümü	Balans skor kart performans ölçümü	Kurumsal performans Yönetimi
Odak noktası	İçsel odaklanma	İçsel ve dışsal odaklanma	Paydaşlarla ilgili ihtiyaçlara odaklanma.
Boyut	Tek boyut	Çok boyutlu	Boyutlara daha az odaklanma ve boyutlar arası bağlantı ve daha fazla uyum, başarı haritaları ve deneysel ölçümlerden yararlanma.
Araçlar	Maliyet	Yenilik ve öğrenme	Kaynakların desteklenerek geliştirilmesi, işlem yetenek ve kapasitesinin iyileştirilmesi.
Hedef	Finansal	Finansal ve finansal olmayan	Kıyaslama- dışsal ve rekabete karşı.
Arzulanan yarar	Maliyet kontrol	Stratejik hedefler arası uyum ve iletişim	İş süreçlerinin iyileştirilmesine odaklanma aracılığı ile sürdürülebilir performans iyileştirme.

Kaynak: Bourne, M., Franco, M. and Wilkes, J. (2003) "Corporate Performance Management", *Measuring Business Excellence*, s.20.

Bourne ve arkadaşları (2003) performans ölçüm sistemlerini odak noktası, boyut, araçlar, hedef ve arzulanan yarara göre karşılaştırmıştır (Çizelge 1.1). Performans ölçümü zaman içerisinde değişime uğramış ve geleneksel ölçüm yöntemlerinden balans skor kart gibi ölçüm sistemlerine doğru değişim göstermiş ve kurumsal performans yönetimi kavramına odaklanılması sağlanmıştır. Geleneksel performans ölçüm yöntemleri maliyetlere odaklı,

balans skor kart ölçüm yöntemi ise yenilik ve öğrenme odaklıdır. Kurumsal performans yönetimi ise verimsiz kaynakların desteklenmesi ve geliştirilmesi aracılığı ile işlem yeteneklerinin iyileştirilmesine odaklanır.

Bourne ve Bourn'a (2011:6) göre ise, performans ölçüm sisteminin beş temel rolü vardır. Bunlar, işletmenin mevcut durumunu ortaya koymak, performansın yönünü belirlemek, davranışları etkilemek, hareketi teşvik etmek ve öğrenmeyi kolaylaştırmaktır

Zerenler'e (2005) göre işletme performansını ölçme uygulamalarının değişim süreci içinde önemini yitirmeyen en eski boyutlarından biri ekonomik performans anlayışıdır. Çünkü işletmeler ekonomik yapılardır ve sosyal amaçlı kuruluşlar dışında en belirgin amaçlarından biri de kârlarını artırmak ve devamlılıklarını sağlamaktır. Ancak kâr, işletmelerde bir amaç olarak değil, işletmelerin yaşam süresinin sürekliliğini sağlayan bir sonuç olarak görülmelidir.

Holzer ve Yang'a (2004) göre performans ölçümleri kararların iyileştirilmesine yardımcı olur. Ölçümler, problemleri odak haline getirmeye yardımcı olabilir. Bir kez açıklığa kavuşturulduğunda sorunlar daha sonra sistematik bir şekilde ele alınabilir, örneğin engellerin aşılması, hizmetlerin hedeflenmesi ve beklenen sorunların yönelik planlama yapılması gibi. Kısacası, ölçüm hayal kırıklıklarından ve sürprizlerden kaçınmanıza yardımcı olabilir. Kamu sektörü iyileştirme programları birçok etiket altında faaliyet göstermektedir. Bununla birlikte, artan talepler ve azaltılmış kaynaklar ortamında kapsamlı verimlilik artışı için programın içeriği önemlidir. Bu tür programlar, gelişmiş yönetim tekniklerini entegre ederek ve en iyi durumlarda, üretkenlik-iyileştirme girişimlerini kurumsallaştırarak, sistematik olarak performansı artırır.

1.3.3.2. Performans Değerlendirme

Performans değerlendirmesinin önemi dünyada giderek artmakta ve kabul görmektedir. Günümüzde pek çok organizasyonda, türlerine veya boyutlarına bakılmaksızın, performans değerlendirmesi üst düzey yöneticiler için ilgilendikleri ana ve en önemli konudur. Performans değerlendirmesi, geçmiş planların gözden geçirilmesi ve stratejilerin uygulanmasını, yönetici yetenekleri olan kuruluşların işletme faaliyetlerini, katılımcı oranı ve çalışanların rekabetçi oranlarını karşılaştıran bir değerlendirme modelidir. Buna ek

olarak, bu değerlendirme modeli, kurumların gelecekteki stratejilerini planlamasına ve tüm organizasyonların nihai hedefini gerçekleştirmek için çalışanların performans hedeflerini belirlemelerine yardımcı olur (Rahimi ve diğerleri, 2017).

İnsan kaynakları yönetiminde, performans değerlemesinin yeri ve önemi günümüzde de en çok tartışılan sorunların başında gelmektedir. Örgütlerin başarısını artırmada en önemli aktif unsur olan insan kaynağının verimli kullanılmasının gerekliliği, performans değerlemesini üzerinde önemle durulması gereken bir konu haline dönüştürmüştür. Performans değerlemesi, akademisyenler ve yöneticiler tarafından etkili bir insan kaynakları yönetimi sisteminin önemli bir unsuru olarak gösterilmektedir (Waite ve Stides, 2000, aktaran Altan, 2005).

İşletmelerin oluşturacakları performans yönetim sistemleri, stratejilerini destekleyici olmalıdır. Bu sistem, müşteri ve iç sürecin performansı ile ilgili olarak finansal ölçüler yanında finansal olmayan ölçüleri de içermelidir. Oluşturulacak performans yönetim sistemi, işletme stratejisi ile ilişkili olarak, işletmenin iç süreci (değer zinciri), müşteriler ve gelişme faaliyetlerini finansal boyut ile birleştirecek şekilde yapılandırılmalıdır (Kaygusuz, 2005).

Etkili bir sağlık işletmesi oluşturulabilmesi için güçlü bir performans değerlendirmesi gerekmektedir. Performans değerlemesinden elde edilen bilgiler, yöneticiler tarafından organizasyonların rekabet üstünlüğü elde etmesi ve sürekli geliştirilmesi amacıyla stratejik bir araç olarak kullanılmaktadır (Waldman, 1997:264, aktaran Bal, 2010).

Değerlendirme, örgütün stratejik seçimlerinin uygulamada elde edilen bilgi ve deneyimlerinin ışığında değiştirilmesi ya da uyarlanması gerekip gerekmediğini anlamaya dönük olarak yapılan bir kontroldür (Demir ve Yılmaz, 2010).

İşletme hedeflerine göre performans değerlendirmesi yapabilmek için öncelikle işletmelerin uzun vadeli hedeflerinin belirlenmesi ve daha sonra bölüm ve birey hedeflerinin ortaya konması gerekmektedir. Bu konuda başarılı olmak için öncelikle tüm hedeflerin çalışanlar ve yöneticilerin işbirliği içinde paylaşılması ve belirlenmesi söz konusudur (Sabuncuoğlu, 2000:183).

Performans değerlendirmesi, erişilebilir, çoğunlukla nispeten kısa vadeli hedefleri belirleme ve geri bildirim vermek üzerine odaklanmaktadır. Çalışanların organizasyonun hedefleriyle uyumlu hedeflerine ilişkin görüş birliğine varılması yoluyla görevin açıklığa kavuşturulması, performans eksiklikleri ya da yüksek çaba için gerekli eğitim ihtiyaçlarını belirlemek için performans değerlendirmesi gerekmektedir (Dean, 2002).

Performans değerlendirmede üç adımlı bir süreçten söz edilir, bu adımlar (Falcone, 2007, aktaran Özgür, 2010):

- Hedef belirleme ve planlama
- Sürekli geribildirim ve rehberlik
- Değerlendirme ve ödüllendirme

Ancak, uygulamada ilk iki adımın genellikle göz ardı edildiği görölmektedir. Performans değerlendirmelerin beklenen faydaları vermesinin önündeki en büyük engel yeterince önemsenmeyen ilk iki adım olmaktadır

Performans değerlendirme, performans yönetimi sistemi içinde, bir organizasyonun başarısını ölçümleyen önemli bir aşama olarak kullanılmaktadır. Ancak performans değerlendirme basit bir faaliyet olarak organizasyonda çalışan bireylerin sıralama yolu ile iyiden kötüye şeklinde sıralanarak değerlendirilmesi demek değildir. Bir süreç olarak sistemin hedefi; organizasyonun amaçlarının tüm çalışanlar tarafından anlaşılması ve benimsenmesi yolu ile örgüt amaçların herkes tarafından yerine getirilmeye çalışılmasıdır. (Uyargil, 2013)

Performans değerlendirmelerin etkinliğini artırmak, beklenen faydaları sağlamak açısından son derece önemlidir. Yöneticiler performans değerlendirmeyi etkin bir yönetim aracı olarak kullanabilmek için planlamada proaktif bir yaklaşım sergilemelidirler. Organizasyonlar sürekli ve yasayan bir performans değerlendirme sistemini organizasyon kültürünün bir parçası haline getirmelidirler. Performans değerlendirme sürecinin çalışan ve yönetici arasında istenmeyen bir ritüel halinden çıkarılabilmesi için uygulanabilecek önlemlerden en önemlisi değerlendiricileri eğitmektir (Özgür, 2010).

Tengilimoğlu ve arkadaşları (2015:400) sağlık işletmelerinde performans değerlemenin işletmeler açısından yararlarını şöyle sıralamıştır. Performans değerleme sağlık işletmelerinde;

- Birimlerin performanslarının iyileştirilmesini sağlar,
- Verimliliğin artırılması için bilgi sağlar,
- Hizmetlerin kalitesinin artırılmasını sağlar,
- Ödül ve ücretlendirme sisteminin gözden geçirilmesine ve düzenlenmesine yardımcı olur,
- Çalışan memnuniyetinin tespiti ve çalışanları motive edici önlemlerin alınması için bilgi sağlar.

1.3.4 Performans Yönetimi ve Stratejik Yönetim İlişkisi

Performans yönetimi, çalışanların bireysel performansını artırarak ve bireysel katkıları ile takımların yeteneklerini geliştirerek, organizasyonlara sürekli başarı kazandıran stratejik ve entegre bir süreçtir (Amstrong, 2000:1).

Stratejik yönetim modernist görüşe göre; işletmelerin varlıklarını sürdürmeleri, rekabet edebilmeleri ve kar elde edebilmeleri için kaynaklarının etkili ve verimli kullanılması için gerekli yönetimsel süreçler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle stratejik yönetim uzun dönemli faaliyetlere ve nihai sonuçlara yoğunlaşan bir işletme yönetim sürecidir. Etkili ve verimli olmayı amaçlayan bu süreç; bilgi toplama, analiz etme, karar verme ve uygulamayı kapsayan analitik bir süreçtir (Ülgen ve Mirza, 2013:28).

Yukarıdaki tanımlamalara göre stratejik yönetim, kurumların amaçlarını gerçekleştirmeleri kaynaklarını verimli kullanarak performanslarını artırmalarını hedefleyen uzun dönemli bir süreci gerektirmektedir. Hedeflere ulaşma derecesinin belirlenmesi etkili bir performans yönetim süreci ile mümkün olmaktadır.

Aktan'a (2008) göre stratejik yönetimin amacı; organizasyonun gelecekteki performansının artırılması, karlılık ve verimliliğinin yükseltilmesidir. Stratejik yönetim geleceğe yönelik vizyon oluşturulmasını amaçlar. Organizasyonda vizyonun belirlenmesinden sonra, bu vizyona ulaşılabilmesi için misyon belirlenir. Organizasyonda vizyon ve misyonun tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi ve ortak değerler olarak kabul edilmesi büyük önem taşımaktadır. Vizyon ve misyon belirlenmesi organizasyonel başarı için yeterli değildir. Ayrıca, amaca ulaşmak için stratejiler ve aksiyon planları oluşturulmalıdır. Bu açıdan değerlendirildiğinde işletmelerin belirlediği performans hedeflerine ulaşması, verimliliğin sağlanması ve gelecekte olmak istedikleri yer ile ilgili olarak, stratejik yönetim sürecinin

iyi uygulanması ve yönetilmesinin gereklilik olduğunu söyleyebiliriz.

Stratejik yönetim bir işlemenin uzun dönemli performansını belirleyen yönetsel kararlar ve faaliyetlerin bütünüdür. Stratejik yönetimin temelinde yatan düşünce, gelecekte ne yapılacağı düşüncesi değildir. Stratejik yönetimin asıl amacı bilinmeyen ve görünmeyen bir gelecekte hedeflediğimiz noktaya ulaşabilmek için bugün nelerin yapılabileceğinin ve özellikle yapılması gerektiğinin planlanmasıdır (Efil, 2006: 17).

Stratejik yönetim, organizasyonda mevcut iç ve dış çevrenin analiz edilmesine ve geleceğe yönelik kararlar alınmasına imkan sağlayan bir yönetim tekniğidir. Stratejik yönetim, geleceği kazanmanın yollarını bilimsel olarak analiz eden bir yönetim aracıdır (Aktan, 2008).

Eren (2010), stratejik yönetim modelini üç farklı evreye ayırmak suretiyle incelemektedir. Birinci evrede stratejik planlama; misyon, vizyon, strateji ve politikalar; ikinci evrede stratejilerin uygulanması; örgüt kültürü, yönetim tarzları ve liderlik, örgüt yapılarının stratejiye uyumunun sağlanması, programlar, bütçeler ve süreçler; üçüncü evre ise değerlendirme ve kontrol evresidir. Bu evrede eksiklikler ve aksayan taraflar her evrede belirlenerek düzeltici önlemler alınmaktadır (Birinci, 2012).

Aguinis'e göre (2013:80-81), performans yönetim sistemleri, faydalı olması için stratejik plana dayanmalıdır. Tüm çalışanların davranışları, sonuçları ve gelişim planları, organizasyonun ve birimin vizyonu, misyonu, hedefleri ve stratejileri ile uyumlu olmalıdır. Aguinis, stratejik planlama sürecini şöyle açıklamıştır;

- Stratejik plan oluşturma süreci, dahili (ör. Organizasyon yapısı, süreçler) yanı sıra dışsal (örneğin, ekonomik, teknolojik) eğilimleri de dikkate alan bir çevresel analizle başlar. İç eğilimler güçlü ya da zayıf yönlerden sınıflandırılabilir ve dış eğilimler fırsatlar ya da tehditler olarak sınıflandırılabilir. Bir boşluk analizi, fırsatlar ve tehditlerle güçlü ve zayıf yönleri eşleştirmek ve durumun avantajlı, dezavantajlı (yani sorun) veya aradaki herhangi bir yerde (yani sınırlama) belirlenmesini içerir
- Stratejik plan hazırlamanın ikinci adımı, *misyon* yazmaktır. Bir misyon ifadesi, kuruluşun neden mevcut olduğunu, faaliyetlerinin kapsamını, sunulan müşterileri ve sunulan ürün ve hizmetleri tanımlar. Görev beyanları aynı zamanda üretim veya teslimatta hangi teknolojinin kullanıldığı ve kuruluşun benzersiz faydaları veya avantajları hakkında bilgi

içerir. Misyon ifadesi değerler ve inançlar, örneğin örgütün yönetim felsefesi bir açıklama içerebilir.

- Stratejik planın üçüncü bileşeni, gelecekteki özlemlerin bir tanımını içeren *vizyon* ifadesidir. Vizyon ifadesi, bugünkü sunumu vurgularken, gelecek ifadesini vurgular. Bununla birlikte, birçok durumda, misyon ve vizyon ifadeleri tek bir ifade ile birleştirilir. Vizyon ifadelerinin en yararlı olabilmesi için, kısa, doğrulanabilir, zaman çizelgesi, güncel, odaklanmış, anlaşılabilir olmalıdır.

- Görev ve vizyon ifadeleri oluşturulduktan sonra, bir sonraki adım stratejik planlama süreci, yardımcı olacak *belirli hedefler üretmektir*. Hedefler misyon ve vizyonun nasıl uygulanacağı konusunda daha spesifik bilgiler sağlar. Tipik olarak hedefler beş yıllık bir dönemi kapsar.

- Stratejik planlama sürecinin son adımı, belirtilen hedeflere ulaşılmasına yardımcı olacak *stratejileri belirlemektir*. Bu stratejiler oyun planlarıdır ve genellikle büyüme, hayatta kalma, dönüşüm, istikrar, yenilik ve liderliği çevreleyen konuları ele alır. İnsan kaynakları departmanı, üyelerinin organizasyonun misyonu ve vizyonu ile organizasyonun iç kabiliyetleri veya kurumun beşeri sermayesi hakkında bilgi sahibi olması nedeniyle stratejilerin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

- Misyon, vizyon, hedefler ve stratejiler de dahil olmak üzere organizasyonun stratejik planı, tüm organizasyonel seviyelere aşağıya doğru kayar. Böylece, her bir bölüm veya birim aynı zamanda kendi stratejik planını oluşturur ve bu plan organizasyonun genel planıyla tutarlı olmalıdır. Bunu yapmanın en etkili sekansı birimler için ilk önce ortak stratejileri üzerinde anlaşmaya ve daha sonra birim düzeydeki hedefleri belirlemeye yöneliktir.

Stratejik planlamanın yararları aşağıdaki şekilde özetlenebilir(Aguinis, 2013:61):

- Kuruluşun kimliğini tanımlamaya yardımcı olur,
- Kuruluşların geleceği hazırlamasına yardımcı olur,
- Çevresel değişikliklere uyum yeteneğini geliştirir,
- Odak sağlar ve kaynakların daha iyi tahsis edilmesini sağlar,
- Örgütsel bir işbirliği kültürü üretir,

- Yeni seçenek ve fırsatların değerlendirilmesine izin verir,
- Çalışanları günlük aktiviteleri yönlendirmek için bilgilendirir.

Performans yönetim sisteminin yapılandırılmasında işletme stratejilerine bağlılık ile, değişen koşullara uyum sağlanmalı ve karar vermede etkin rolü üstlenecek kritik başarı faktörleri ve performans ölçüleri geliştirilmelidir. Etkin bir performans yönetim sisteminin yapılandırılması için *pazar koşulları, işletme stratejisi, müşteri beklentileri ve geleceğe ilişkin beklentiler* gibi özelliklerin belirleyici etkisini göz önünde tutmak gerekir. Etkin bir performans yönetim sisteminin yapılandırılmasında aşağıda belirtilen süreç izlenmelidir (Glad ve Becker, 1995:174, aktaran Kaygusuz, 2005):

- İşletmenin yaşamı için önemli olan içsel ve dışsal faktörlerin tanımlanması.
- Kritik başarı faktörlerinin belirlenmesi.
- Performans ölçülerinin belirlenmesi.
- Performans ölçümünün organizasyonun alt basamaklarına yayılması.

1.3.5. Performans Yönetiminde Yöneticilerin Rolü

Kurum performansları üzerinde etkili olan faktörlerin 1980'lerden önce daha çok dışsal faktörler olduğu ileri sürülmekte idi. Ancak daha sonra yeni kamu anlayışı ile birlikte yöneticilik yaklaşımı sonucu içsel faktörlerin de kurum performansı üzerinde önemli etkisi olduğu çeşitli araştırmacılar tarafından ortaya konmuştur. Kurumsal performans üzerinde etkisi olan dışsal faktörler; düzenlemeler ve rekabetin olmaması, içsel faktörler ise kurumsal değişim, kurum kültürü, liderlik tarzları, insan kaynakları yönetimi ve stratejisidir. Yine çeşitli yazarların yaptığı çalışmalarda, performansı yüksek kamu kurumlarının misyon ve kamusalılık yönelimi, liderlik ve çalışanların yönetimi ve iş dizaynı ve çalışma ortamı boyutlarında gerekli düzenlemeleri ve uygulamaları yaptıkları görülmüştür (Ateş, 2007:6-7).

Performans yönetimi, planlanmış hedefler, standartlar ve yetkinlik gereksinimleri üzerinde anlaşmaya varılan bir çerçeve içinde performansı anlamak ve yönetmek suretiyle, bütün bir organizasyondan veya bir takımdan ve bireylerden daha iyi sonuçlar almanın bir yoludur. Bu, neyi başaracağına ilişkin ortak bir anlayışın kurulması için bir süreçtir ve insanları kısa sürede ve daha uzun vadede elde etme ihtimalini artıracak bir şekilde yönetmek ve geliştirmek için bir yaklaşımdır. Philpott ve Sheppard (1992) tarafından tanımlandığı gibi:

Performans yönetiminin temel amacı, bireylerin ve grupların, iş süreçlerini sürekli iyileştirme ve kendi becerileri ve katkıları için sorumluluk üstlenebileceği bir kültür oluşturmaktır (Amstrong, 2000:6).

Barutçugil'e (2002) göre performans yönetimi sisteminin etkili bir şekilde işlemlerini sağlayan bir çok amacı bulunmaktadır. Bunlar; ücretlendirme politikaları, tayin-terfi, işten ayırma gibi yönetsel kararların alınmasına etki etmektedir. Performansı geliştirip iyileştirmeye yönelik amaçlar, kariyer yönetiminde, eğitim planlarının hazırlanmasında, çalışanlara güçlü ve güçsüz yönleri ilgili geri bildirimlerde bulunularak rehberlik hizmetinin verilmesinde öne çıkmaktadır. Araştırmaya yönelik amaçlar, çalışanların motivasyon düzeyinin belirlenmesinde ve gelecek hedeflerin saptanmasında, performans etkileyen hususların ortaya çıkarılmasında ve çalışanların performansı ile organizasyonun hedefleri arasındaki ilişkinin incelenmesinde gündeme gelmektedir.

Performans planlama aşamasında yöneticinin çalışanlara hedeflere ulaşmalarında gerekli kaynakların sağlanacağı sözünü vermesi çalışanları özendirici olacaktır. Yönetici, çalışanları işe yönlendirici ve güven verici sözlerle motive etmelidir. Beraber hareket etme düşüncesi benimsenmeli ki bireysel düşünme ve davranmanın olumsuz etkileri azaltılabilsin (Çevik ve diğerleri, 2008:77).

İnsan kaynakları yönetiminde performans değerlendirmesi son derece önemli ve öncelikli bir çalışmadır. Ancak, en iyi sistemi kurmaktan çok; bu sistemi güvenilir, gerçekçi ve uygulanabilir bir platforma oturtmak önem taşır. Burada en büyük rol, kuşkusuz yöneticilere düşer. Belirli dönemler sonunda çalışanların başarılarını ölçme ve değerlendirme konusunda yöneticilerin son derece duyarlı, titiz ve objektif davranmaları ve mutlaka saydam bir sistem kurmaları gerekir (Sabuncuoğlu, 2000:159).

Örgütsel verimliliğin artırılması konusu öncelikle yöneticilerin sorumluluğunda olduğundan, verimlilik çalışmaları yönetim düzeyinde başlar. Yöneticilerin tutumlarına, stratejiye, politikaya ve en önemlisi uygulamalı çalışmaya bağlı olarak verimlilik programları başarılı olur ya da olmaz. Verimliliği artırmada iki ana strateji vardır. Birincisi yüksek maliyetli ve uzun zamanda sonuç veren emek maliyetlerinin artırılmasına dayanır. İkincisi ise daha iyi bir yönetim uygulamasına ve biçimine dayanır. Yönetim uygulamalarının geliştirilmesi ucuz ve işletmeye ekonomik katkısı fazla olabilecek

uygulamalardır. Yöneticiler astlarını ne ölçüde iyi yönetirse verimlilik o derece başarılı olur. Yöneticilerin rolü iki alanı içerir. Birincisi, iş ve bu işin örgütlenme ve uygulanma biçimi; ikincisi ise çalışanlar ve çalıştıkları ortam, diğer ifade ile üretken bir çalışma için fırsatların sağlanması (Prokopenko, 1987/2011, 234).

Bir hastane verimli olduğu halde etkili olmayabileceği gibi, etkili olduğu halde verimli olmayabilir. Verimli ve yüksek kalitede tıbbi çıktılar diye adlandıran yüksek performansa ulaşabilmek için sağlık yöneticilerinin kendi yönetim alanlarındaki kaynakları kullanmak için yeni yöntemleri uyarlamaları gerekmektedir (Özcan, 2008, aktaran Şahin, 2009).

Aktan'a (2008) göre stratejik yönetimin organizasyonlarda başarıyla uygulanabilmesi için en başta lider ve üst yönetimin stratejik düşünmenin ve stratejik planlamanın önemine ve yararına inanması gerekir. Lider ve üst yönetimin inancı ve desteği olmaksızın organizasyonda stratejik yönetimi uygulamaya kalkışmak bir sonuç vermez. Stratejik yönetim, her şeyden önce üst yönetimin bir işlevidir.

Yönetimler uzun vadeli bir başarı istiyorsa, performans yönetimi organizasyonun kültürünün bir parçası haline gelmelidir. Üst yönetim, performans yönetimini oluşturan kavram ve faaliyetleri desteklemeli ve değer vermelidir. Performans yönetimi için kültür ve sistematik yaklaşım organizasyonun etkili performans göstermesi için birlikte çalışmalıdır (Caldwell, 2002).

Astların işletme hedefleri doğrultusunda çalışmalarını sağlamak yöneticilerin sorumluluğundadır. Yöneticiler performans değerlendirmeye gereken önemi vermez ise işletmelerde mutlak bir başarısızlık görülmesi kaçınılmazdır. Bu nedenle yöneticiler performans değerlendirmeyi bir süreç olarak ele almalı, planlar doğrultusunda astlarla iletişim içinde ve geri bildirim sağlayarak performans değerlendirme değil performans yönetim sistemi olarak ele aldıklarında daha başarılı olacaklardır (Uyargil, 2008:18-24).

1.4. Balans Skor Kart Uygulaması

Balans skor kart uygulaması, 1990'lı yıllarda Robert S. Kaplan ve David Norton tarafından geliştirilen bir yöntem olup, işletme performansının hem finansal göstergeler hem de finansal olmayan göstergeler dikkate alınarak ölçülmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

Operasyonel ve stratejik kontrolle ilgili alternatif bir yaklaşım, Harvard Business School profesörleri Robert Kaplan ve David Norton tarafından geliştirilmiş olan, dengeli puan kartı olarak isimlendirdikleri bir sistemdir. Önceki uygulama ve kontrol yaklaşımlarının bazı zayıflıkları ve belirsizlikleri keşfedilerek, stratejik planın uygulaması ve kontrolündeki finansal ögeyi dengelemek için örgütlerin neyi ölçmeleri gerektiğiyle ilgili açık bir formül sağlamak için dengeli puan kartı yaklaşımına yönelinmiştir (Pearce ve Robinson 2007; aktaran Karsavuran, 2013).

Balans skor kart uygulaması, işletmelerin misyonunu ve stratejilerini kapsamlı bir performans ölçütleri setine dönüştürerek stratejik performans ölçümü ve yönetimi için bir çerçeve oluşturan, ölçme esasına dayalı bir stratejik performans yönetim sistemidir (Kaplan ve Norton, 1996:2).

Balans skor kart uygulaması yaygınlaşmasına rağmen, “balanced scorecard” kavramının Türkçe’ye tercüme edilmesinde bir karmasa yaşanmaktadır. Gerek akademisyenler, gerekse uygulayıcılar performans karnesi için ortak bir Türkçe karşılık bulamamış ve bir kavram birliğine varılamamıştır. Bu nedenle, Türkçe işletme yazınında “balanced scorecard” kavramının karşılığı olarak: performans karnesi, dengeli puan kartı, denge kontrol paneli, dengeli değerlendirme kartı, dengeli performans değerlendirme çizelgesi, dengeli puan cetveli, , dengeli sonuç kartı, işletmelerde dört boyutlu performans ölçümleme sistemi, ölçüm kartı tekniği, puan kartı, strateji karnesi, toplam (dengeli) başarı göstergesi, verimlilik ve başarı karnesi, kavramlarının kullanıldığı görülmektedir (Coşkun, 2005:87-88).

Balans skor kart, stratejik bir ölçüm ve yönetim sistemidir. Bir kuruluşun misyon ve stratejisini, performans ölçütlerine çevirir. Geleneksel finansal perspektif ile müşteri memnuniyeti, iç iş süreci ve öğrenme ve büyüme gibi mali olmayan perspektiflerle tamamlar. Ayrıca, sonuç göstergelerini, göstergeleri geciktiren, performans hedefleri ile önde gelen göstergelerle karıştırır, çünkü performans göstergeleri olmaksızın sonuç ölçütleri, bir anlam ifade etmez (Kaplan ve Norton 1996, s. 150). Neden ve sonuç ilişkisi zincirinde iş teorisine uymak için uygun performans göstergeleri belirleyerek, organizasyon potansiyel rekabet üstünlüğünü nasıl elde edebileceğiniz konusunda daha iyi bir fikri olacaktır (Chan ve Hoo,1999).

Balans skor kart, işletmelerin sahip oldukları geçmiş verilere dayanan finansal değerlerin yanında, geleceğe yönelik olarak müşteri odaklılığı, müşterilerin ve hissedarların beklentileri çerçevesinde şirket içi faaliyetlerin geliştirilmesi ve mükemmelleştirilmesi, değişime ayak uydurabilmek amacıyla öğrenme ve gelişme gibi fiziksel olmayan boyutlarını esas alan, stratejiyi uygulanır hale getirmeyi amaçlayan dinamik bir performans ölçüm sistemidir (Tarım, 2004).

Performans ölçme sistemlerinin merkezinde stratejinin olması gerektiğini savunan Kaplan ve Norton'un geliştirdiği balans skor kart kurumsal performans karnesi ölçmeye; performansın önemli kritik boyutlarının (finansal, müşteri, iç süreçler ve öğrenme/yenilik boyutlarının) dengelenmesi yaklaşımını getirmiştir. Kurumsal performans karnesi kurumsal performans değerlendirme konusundaki geleneksel yöntemlerin eksiklerini gidermeye yönelik kapsamı ile şirketlerin ölçme sistemlerine yeni ve önemli bir bakış açısı sunmakta ve stratejik hedeflerin tanımlanmasında yönetsel bir araç olarak kullanılmaktadır (Gencay, 2010).

Balans skor kart, bir stratejik performans ölçüm sistemi olarak, işletmelerdeki stratejik kontrol sistemine de bir altyapı oluşturmakta olup kurumsal hedefleri kurumsal stratejilerle aynı doğrultuya yönlendirmektedir. Stratejik kontrol sisteminin alt yapısı olan balans skor kart, stratejileri dört aşamada harekete geçirmektedir. İşletmenin vizyonunun ve stratejilerinin açıklanması, stratejik amaçların işletme içinde çalışanlara duyurulması, planlamanın ve hedef belirlemesinin yapılması ve stratejik geri bildirim sağlanması (Kaplan ve Norton, 1996:10-18).

Balans skor kart diğer performans yönetim sistemlerinden en önemli farkları, finansal performans ölçütleri ile birlikte finansal olmayan performans ölçütlerini de dengeli bir şekilde kullanması, işletmenin maddi varlıkları ile birlikte maddi olmayan varlıklarının değerini de dikkate alması ve performans yönetim sistemini işletmenin stratejik hedefleri üzerine kurmasıdır. (Kaplan ve Norton, 2004: 61-64; aktaran Coşkun, 2006)

Amacı itibarıyla de balans skor kart, hem bir performans ölçüm ve değerlendirme aracı, hem bütünsel bir yönetim aracı hem de bir kurumsal öğrenme aracıdır (Koçel, 2001:374).

Balans skor kart, örgütlere açık hedefler sağlayabilmekte ve bu sayede örgütler ne yapacağını bilebilmektedir. Böylece kurumsal başarı karnesi yardımıyla örgütler stratejileri özel yönetsel faaliyetlere dönüştürebilmektedir. Eğer kurumsal başarı karnesi tamamen ve etkili bir şekilde uygulanabilirse, stratejik planın değerlendirilmesi gerçekleştirebilir ve bu sayede planlama hatalarının gözden kaçırılması engellenmiş olur. Yine de kurumsal başarı karnesi strateji uygulamasını sihirli bir biçimde gerçekleştirmez ama tüm kuruluşun beraber gidebileceği bir araç olma özelliğini taşımaktadır (Atkinson, 2006:1454, aktaran Büyük ve Barca, 2015).

Kaplan ve Norton stratejilerin etkin olarak uygulanabilmesinin önünde dört engel bulunduğunu tespit etmişlerdir. Bunlar şöyle sıralanmaktadır (Argüden ve Sağdıç 2000; Tarım, 2004):

- *Vizyon engeli* – kurum hedefinin ve stratejisinin onları uygulamakla sorumlu çalışanlar tarafından yeterince anlaşılmamış olması.
- *Operasyonel engel* – bütçeleme, yatırım planlaması gibi yönetim sistemlerinin uzun vadeli stratejik yaklaşımlar ve öğrenme odaklı olmaması.
- *Yönetim engeli* – üst yönetimin zamanlarını günlük sorunları çözmek için kullanıp, stratejik düşünceye yeterince eğilmemesi.
- *İnsan engeli* – insan kaynakları yönetim ve teşvik sistemlerinin strateji ile bağlantısının kurulmamış olması.

Balans skor kart uygulama sonuçlarının çalışanlara yansıtılması gerekmektedir. Çalışanların ödüllendirilmesinde bireysel hedeflerin belirlenmesi, dikkat edilmesi gereken önemli bir konudur. Performans karnesi uygulamasında işletmenin stratejilerine ve misyonuna odaklanmak gerekmektedir. İşletme çalışanlarının performans ölçütlerinin belirlenmesinde desteği alınmalıdır. Performans ölçütlerinin az olması etkinliği artırır. Bu nedenle önemli göstergelere odaklanma gerekir (Coşkun, 2005).

Balans skor kart'ın kurumun ve bireylerin performansını olumlu yönde geliştirecek bir araç olarak yapılandırmak için aşağıdaki adımların izlenmesi önerilmektedir (Özgür, 2010:99):

- Organizasyon için en iyi stratejiyi seçmek,
- İlgili kurum için temel stratejileri destekleyecek hedefleri seçmek,

- Kurumun stratejik hedeflerine ulaşmakta olup olmadığını kontrol etmek için 20-25 performans ölçütünü seçerek izlemek,
- Performans ölçütleri için rakamsal hedefler belirlemek (Örneğin % 23 Pazar payı, % 6 eleman değişim oranı, % 2 üretim firesi gibi),
- Bu hedefleri önce yöneticilerle, ardından da çalışanlarla paylaşmak,
- Ödüllendirme sistemleri ile çalışanların bu hedeflere ulaşmak konusunda motive etmek,
- Sistemi organizasyonun bölümleri ve bireyleri ölçütünde uygulayarak toplam başarıyı oluşturan parçaları birleştirmek.

Balans skor kart yönteminin uygulamada başarılı olabilmesi için dikkat edilmesi gereken faktörleri aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz (Roest, 1997: 163-165; Karaman, 2008):

- a) Balans skor kart uygulamasında aşağıdan yukarıya doğru bir yaklaşım içinde olunmalıdır. Skor kart d üst düzey yönetim tarafından tasarlandıktan sonra alt seviyedeki çalışanların Balans skor kart algılamaları güçlendirilerek katılımları sağlanmalı ve uygulamaların üst düzeyde kurumsal stratejiyle uyumlu olmasına özen gösterilmelidir.
- b) Balans skor kart uygulamasında kullanılacak olan performans göstergeleri ve performans kriterlerinin işletmenin yönetim tarzı üzerindeki olası etkileri dikkate alınmalıdır.
- c) Balans skor kart uygulamasının başlangıç noktası üst düzey yönetimdir. Çünkü skor kart tepe yöneticiler tarafından hazırlanarak işletmenin diğer düzeylerine uygulanır. Bu bağlamda, üst düzey yönetimin desteği olmaksızın Balanced Scorecard'ı uygulamaya çalışmak zaman kaybına neden olacaktır.
- d) Stratejik yönetim balans skor kart uygulamanın ön koşullarından biridir. Bu nedenle, Balans skor kartın başlangıç noktası strateji olmalıdır.

1.4.1 Balans Skor Kart Uygulamasının Gelişimi

Geleneksel performans ölçütlerine ilişkin eleştirilerin en önemlilerinden biri müşteri tatmini, süreç verimliliği ve yenilik gibi finansal olmayan performans öğelerini yansıtmamasıdır. BSK, finansal ve finansal olmayan performans ölçümlerini bütünleşik bir yaklaşımla değerlendiren bir sistem olarak önerilmiştir. BSK'nın öncül amaçlarından biri üst düzey yöneticiler için geleneksel ölçümlerin aşırı bilgi yüklemesini ortadan kaldırarak işletmenin tümüne ilişkin kapsamlı ve hızlı bilgi vermektir (Yeniyurt, 2003).

BSK tasarım özellikleri, tasarım süreçleri ve kullanım şekilleri zaman içerisinde geliştirilmiş ve yeni özellikler eklenmiştir. Cobbold ve Lawrie (2002), puan kartlarının üç "kuşağını" şöyle tanımlar (Martinez ve Radnor, 2007):

- Birinci nesil. Başlangıçta Kaplan ve Norton (1992), perspektif olarak adlandırılan kümeler için önlemler düzenlemişlerdir. Bu dört bakış açısı (finansal, müşteri, iç süreçler ve öğrenme ve gelişme), herhangi bir kuruluş tarafından gerekli tedbirlerin kümesini temsil etti.
- İkinci nesil. BSK'nın odağı, daha sonra önlem seçimini bildirmek için kullanılabilecek hedeflerin seçimine doğru ilerledi. Hedefler, dört veya daha fazla perspektifte organize edilen bir "Strateji haritası" biçiminde belgelenen neden-sonuç ilişkileri ile ilişkilendirildi (Kaplan ve Norton, 2000).
- Üçüncü nesil. Kısa ve orta vadeli hedeflerin seçimini bildiren bir hedef bildirimi fikri (uzun vadeli plan) getirildi. Bu ölçülebilir stratejik hedefler, daha sonra, nedensel ilişkiler yoluyla bağlantılı faaliyetler ve sonuçlarla organize edilir hale getirildi.

Diğer kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve hizmet organizasyonları gibi, dengeli puan kartı da hastaneler tarafından aşağıdakileri yapmak için kullanılabilir (Kaplan ve Norton, 1996:19, Chan ve Ho, 1999):

- Strateji hakkında fikir birliğine varmak,
- Kuruluş boyunca strateji iletişim kurmak,
- Departman ve kişisel hedefleri stratejiyle uyumlu hale getirmek,
- Stratejik amaçları uzun vadeli hedeflere ve yıllık bütçelere bağlamak,
- Stratejik inisiyatifleri tanımlamak ve uyumlaştırmak

- Periyodik ve sistematik stratejik incelemeler gerçekleştirmek,
- Stratejiyi öğrenmek ve geliştirmek için geribildirim

1.4.2.Balans Skor Karnesinin Boyutları

İşletme sahipleri finansal perspektifi, müşteriler ve hissedarlar müşteri perspektifini, yönetici ve süreç sahipleri iç iş süreçleri perspektifini, çalışanlar ve kapasite ise büyüme ve öğrenme perspektifini simgelerler (Rhom, 2002, aktaran Tarım, 2004).

Michigan üniversitesi araştırmacıları dört boyutun içeriğini şöyle tanımlamıştır:

- Finansal boyut; finansal performans ve kaynak yönetimi.
- İç iş süreçleri boyutu; maliyet, kalite, verimlilik ve diğer özellikleri ürünler ya da hizmetler.
- Müşteri boyutu; memnuniyet ölçüleri, pazar payı ve rekabetçi konum.
- Öğrenme ve büyüme boyutu; teknoloji, müşteri değişikliklerine cevap verme yeteneği tutumlar ve ekonomik çevre (Griffith ve ark., 2002, aktaran Chen vd, 2006).

a. Finansal boyut: İşletmenin hissedarları tarafından nasıl görüldüğüne odaklanır. Dengeli Puan Cetvelinde ölçülen işletme performansı finansal performansa dönüştürülemezse yöneticiler yeni baştan işletmenin stratejisi ile stratejinin uygulanması konusunu gözden geçirmelidir (Rhom, 2002; Tarım, 2004)

Bu boyut, işletmenin satış miktarı, satış gelirleri, karlılık, gelirler ve toplam aktifler ve hisse başına düşen kar payı kriterleri ile değerlendirilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:566).

Finansal ölçütler geçmişte neler olduğuyla ilgili önemli veriler sağlamakla birlikte organizasyonun bugün ortaya çıkardığı gerçek değeri, bilgi ve ilişkiler ağı gibi somut olmayan varlıkları ifade etmekte yetersiz kalmaktadır. Finansal ölçütler geçmişte kalmış göstergeler olarak adlandırılabilir. Bunun nedeni finansal ölçütlerin önceki dönemlerde yapılan faaliyetlerin sonuçlarını göstermesidir. Balans skor kart, geleceğe dönük ekonomik performans ve göstergeler gibi yürütücülerle bu geçmişe ait göstergeleri tamamlamaktadır. Bu sistem seçilen hedefler ve ölçütler yoluyla bir örgütün geçmişten geleceğe tüm

hikayesini anlatan yeni bir çerçeve çizerek örgütün vizyon ve politikalarını dönüştürmesine imkan sağlamaktadır (Niven, 2002:13, aktaran Büyük ve Barca, 2015).

Finansal perspektif genellikle nakit akışı, öz kaynak karlılığı, satışlar ve gelir artışı gibi ölçümleri kullanır (Karsavuran, 2013).

Finansal boyutta iş yönetim stratejisi, büyüme, sürdürme ve hasat olarak belirlenir. Stratejik konular ise gelir artışı, yeni ürünler, yeni uygulamalar, yeni müşteri ve pazarlar, yeni ilişkiler, yeni fiyatlandırma faaliyeti, maliyetin düşürülmesi ve verimliliğin artırılması, birim maliyetlerin düşürülmesi, işletme giderlerinin azaltılması, nakit dönüş sürecinin hızlandırılması gibi konular analiz edilir ve süreçler hızlandırılarak işletmede finansal iyileştirmeler sağlanır (Kaplan ve Norton, 2007:66-72).

Sağlık kurumları için Balans skor kart, sağlığa nerede ve nasıl değer katılabileceğini göstermesi açısından gereklidir. Sağlık bakımı üç kategoride birbirine bağlı değerlerden etkilenir. Bunlar işletme değeri, çalışan değeri ve hasta değeridir. Sağlık organizasyonları, hastalar devamlı müşterileri olduğu zaman işletme değeri kazanırlar. Hastanelerin işletme yöneticileri, müşteri tatminini hedeflerler. Dolayısıyla klinik çıktılar ve maliyetler onlar için önemlidir. Klinik ve idari personel hastalara hizmet sunduğu ve ihtiyaçlarına cevap verdiği zaman değer yaratılmış olur. Çalışanlara organizasyonları iş, kariyer ve gelişme fırsatı verdiği zaman değer yaratılır. Bu sürece öğrenme ve büyüme safhaları da ilave edilmelidir (Tarım, 2004, aktaran Karsavuran, 2013).

b. İç süreçler boyutu: Müşteri gereksinimlerini tatmin etme olanağı sağlamada kritik olan ve müşterinin gözünde değer yaratan süreçleri bulmaya yardım eder. Bu içeriden bakış, öz yeterliliği tanımlamada ve her alandaki ölçümün başarısı için özel göstergeleri sağlamada işletmeye olanak sağlar (Rhom, 2002; Tarım, 2004).

Kurumsal performans karnesinin iç iş süreçler boyutu, müşteriler ve hissedarlar için değer eklemeyi sürdürmek amacıyla hangi anahtar süreçlerde mükemmelliğe ulaşmak gerektiği konusunda örgüte bir fikir vermektedir. İş süreçler boyutu, müşterilere hizmet sunmak ve değer yaratmak amacıyla spesifik iç süreçlerin etkin işletimini gerektirmektedir. İç süreçler boyutu, müşteri ve hissedarların beklentilerini karşılamak ve onları tatmin etmek amacıyla mevcut faaliyetleri artırmak ve geliştirmek yerine yeni iç süreçler tanımlamaktadır. Bu

boyut aynı zamanda ürün gelişimini, üretim ve dağıtım gibi süreçleri de içermektedir (Niven, 2002:15-16).

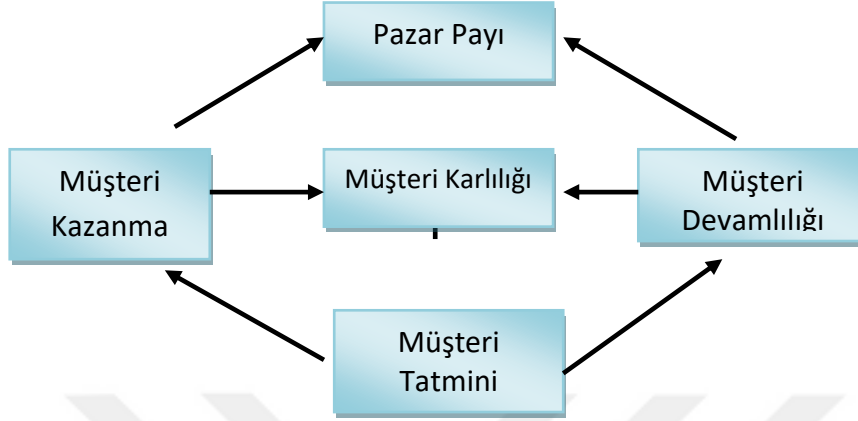
“Süreçlerin etkililiği ve verimliliği nasıl artırılabilir?”, “Kurumun geliştirmesi gereken süreçler nelerdir?”, “Kaynaklara ulaşmak ve sosyal etki sahibi olmak için hangi süreçleri başarmamız gerekir?” gibi sorulara yanıt aranılır. Sosyal beklentileri karşılamak için kurum gerekli donanımına sahip olmalıdır. Yeni gereksinimler ortaya çıktığında kurumsal süreç yeni durumlara uyarlanmak zorundadır. Örneğin; dosya işlemlerini hızlandırmak, hata oranını azaltmak gibi. Bu boyut ile ilgili olarak; kurumun ve süreçlerin gözden geçirilmesine, yeniden yapılanmaya, vatandaşa istenilen düzeyde hizmet verilmesi için sürecin iyileştirilmesine ve etkililik, verimlilik, kalite, iş güvenliği gibi performans geliştirici unsurlara gereken özen gösterilir (Usta, 2012).

c. Müşteri boyutu: Bu ölçüm, işletmenin müşteri tarafından nasıl görüldüğüne odaklanır. Müşteri, bir işletmenin performansını dört noktayı temel alarak değerlendirir. Bunlar zaman, kalite, hizmet performansı ve maliyettir. Balans skor kart yaklaşımı rekabet üstünlüğünü başarırken müşteri stratejilerini gerçekleştirmede işletmeye yardım eder. Böylece yöneticiler, sektör liderliği ve standartlarına karşı performanslarını kıyaslarken, müşteri gözüyle performanslarını değerlendirme imkanına kavuşur (Rhom, 2002; Tarım, 2004).

Müşteri boyutu ile ilgili değerlendirmelerde, müşteri memnuniyeti, müşteri bağlılığı, pazar payı, şikayet sayısı, tekrar gelen müşteri sayısı gibi kriterler dikkate alınmaktadır. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:566).

Hizmet sunduğumuz insanlar kimlerdir?, Vatandaşa en iyi biçimde nasıl hizmet verebiliriz?, Takdir edilmemiz için neler yapmamız gerekir? Vatandaşlar kurumu nasıl görüyorlar? Vatandaşlar üzerinde sosyal etkiye nasıl sahip olabiliriz? gibi sorulara yanıt aranılır. Bu boyut vatandaşların her kesimdeki değişik gruplarına yöneliktir. Ürün ve hizmet sunumlarının vatandaş tarafından takdirine yönelik olarak sunulan hizmetlerin tipi ve kalitesi ile birlikte bazı önlemlerin alınması gerekmektedir. Örneğin; vatandaş memnuniyetine yönelik çalışmaların artırılması, hizmet sunulan alanların genişletilmesi vb. Bu boyut ile ilgili olarak; kurumsal görevlere, izlenen politikaların etkisine, kurumun ve personelin imajına, sunulan hizmetlerin kalitesine, vatandaşların istemlerine cevap verilme

düzeyine, vatandaşın memnuniyetine ve ilişkilerin iyileştirilmesine gereken özen gösterilir (Usta, 2012)



Şekil. 1.6. Müşteri boyutu temel ölçütler (Kaplan ve Norton 2007:87)

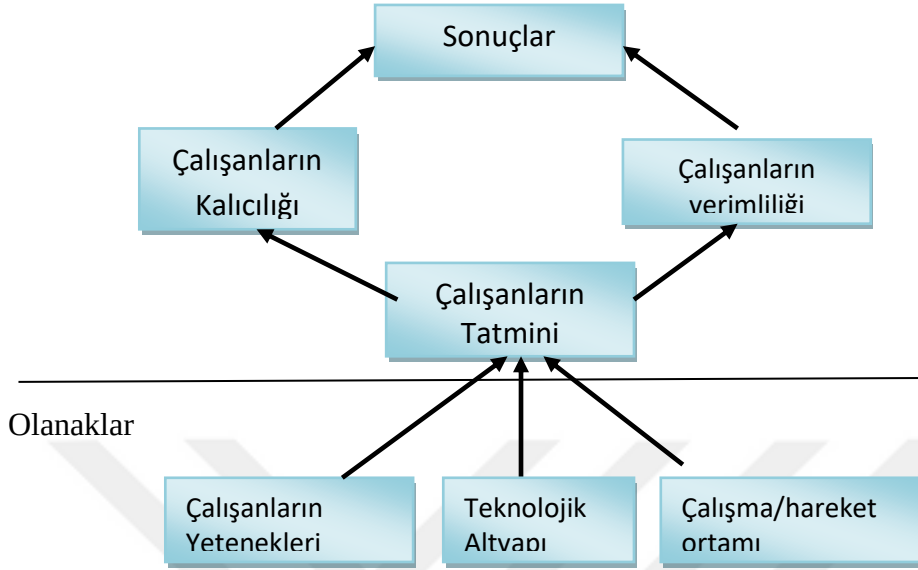
d. Öğrenme ve gelişme boyutu: İşletmeleri, ilerleme, yenilenme ve öğrenme yeteneklerini değerlendirerek ileriye odaklanmaya sevk eder. İşletmede değer oluşturma ve gelişmeyi nasıl sürekli hale getirebiliriz sorusuna yanıt arar (Rhom, 2002, aktaran Tarım, 2004). Öğrenme ve gelişme boyutu, çalışanların yetenekleri, bilgi sistemlerinin yeterliliği, motivasyon ve yetkilendirme gibi konular ele alınmaktadır. Çalışanların durumunun izlenmesi, yeteneklerinin geliştirilmesi, işletme ile ilgili sorunları ve işletme yönetiminden talepleri gibi konularla ilgilenir.

Balans skor kartın öğrenme ve gelişme boyutu, işletmenin maddi olmayan varlıklarını strateji ile uyumlaştırmanın önemine dikkat çekmektedir. Bu boyut, herhangi bir stratejinin uygulanması için gerekli olan üç bileşenin amaç ve ölçütlerini içerir: (1) insan sermayesi, (2) bilgi sermayesi, (3) organizasyonel sermaye. Alt bileşenler şunlardan oluşur (Kaplan ve Norton, 1999; Bekmezci,2008):

- İnsan sermayesi: Çalışanların yetenekleri, çalışanların eğitimleri, çalışanların bilgi düzeyi,
- Bilgi sermayesi: Bilgi sistemleri, veri tabanları, bilgisayar ağları
- Organizasyonel sermaye: Kurum kültürü, Liderlik, çalışanların aynı yönde hareketi, takım çalışması.

Öğrenme ve gelişme boyutu işletmelerin ayakta kalabilmeleri ve rekabet edebilmeleri için önemli bir boyuttur. Bu boyutta çalışanların yeteneklerinin geliştirilmesi ve teknolojinin

takip edilerek, kurum hedeflerinin gerçekleştirilmesi için insan gücünün etkili kullanılması gerekmektedir.



Şekil. 1.7. Öğrenme ve gelişme boyutu göstergeleri (Kaplan ve Norton, 2007:157)

Balans skor kart, her işletme için özgün olarak geliştirilmesi gereken bir performans ölçüm aracıdır. Balans skor kart, kurum performansının en önemli belirleyicisi olan stratejinin, iş sonuçlarına süratle ve ölçülebilir bir şekilde yansımaya yardımcı olan bir araçtır. Performans ölçümünü yöneten işletmeler temelde kendi kendini yönetme, organizasyonda daha iyi iletişim, tepede daha iyi takım çalışmasını yönetmiş olurlar. Balans skor kart öncesi yapılan uygulamalarda statik bir vizyon ve misyon anlayışı mevcuttur. Halbuki Balans skor kart, vizyon ve misyon, dört perspektife yani müşterilerin, hissedarların, çalışanların ihtiyaçlarına bağlı olarak yenilenir ve değişir. Geçmiş uygulamalardan bir diğer önemli farkı sadece geçmiş performansa (finansal performans) göre değerlendirme yapmanın kurumların varlıklarını sürdürebilmesi ve artan rekabet koşullarına ayak uydurabilmesi açısından yeterli olmaması ve mutlaka diğer üç perspektifi (müşteri, iç iş süreçleri, öğrenme ve gelişme) de göz önüne alması gerektiğidir (Tarım, 2004).

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU HASTANELERİNDE KURUMSAL PERFORMANS YÖNETİMİ Ve VERİMLİLİK KARNESİ UYGULAMASI

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi

Performans yönetimi son yıllarda kamu sektörü reformlarının köşe taşı konumundadır. Yönetim hizmetleri, 21. yüzyılın başlarında performans yönetimi ile birlikte yönetim dönemi olarak ifade edilmeye başlandı. Performans yönetimi kamu sektörü için sadece bir değer göstermesi beklenmeyen, aynı zamanda sürekli ileriye doğru verimli ve etkili aktiviteler sergileyen bir doktrin olarak geliştirildi (Moynihan, 2008).

Artan talebi karşılamak, ihtiyaçları gidermek ve giderleri kontrol altına almak için birçok ülkede sağlık sektörlerinin performansını izleme ve iyileştirme üzerine odaklanılmaktadır (Greener, 2003).

Kamu sağlığı düzeyi, bir ülkenin sosyo–ekonomik gelişmişliğini göstermekte olup etkinliği sadece ekonomik etkinlik olarak anlaşılmamalıdır. Sağlık sektöründe etkinlik, sağlık hizmetlerinin sağlık ve bakım talebini karşılayıp karşılamadığı, kapsayıcı olup olmadığı ve hizmetin ulaştığı kalite düzeyi ile değerlendirilir. Sağlık sektöründeki bu yaklaşım yeni kamu yönetimi yaklaşımı kavramı ile açıklanmakta ve tartışılmaktadır. Yaklaşımın özü, özel ve kamu sektörü tekniklerini birlikte kullanmaktır. Bu amaçla kurumsal düzenlemeler yaparak, etkin bir sağlık politikası kapsamında, etkili ve kaliteli bir kamu sağlığı düzeyi yakalamak mümkündür (Annear, 2001, aktaran Günaydın, 2011).

Sektörler ve kurumlar düzeyinde performans ölçütlerinin, performans değerlendirme modellerinin ve genel olarak performans yönetimi anlayışının zaman içerisinde değiştiği görülmektedir. Örneğin ilk zamanlarda performans anlayışın temelinde minimum maliyet ile maksimum üretim elde etmek bulunmaktayken, günümüzde rekabetçi koşulların da gereği olarak vatandaş memnuniyeti, kalite, yenilik, şeffaflık ve hesap verebilirlik gibi çok değişik unsurların ön plana çıktığı görülmektedir (Halis ve Tekinkuş, 2003: 170, aktaran Ateş ve Kırılmaz 2015).

Kamu değerleri içeriğinde, verimlilik, etkililik, eşitlik, sağlamlık, şeffaflık kavramları tanımlanabilir. Performans yönetimi performans bilgisinin kazanım sürecidir. Bu süreç değerler, amaçlar ve ilgilenilen konu ile ilgili i ve dış paydaşların müdahale ve destekleri ile yakından ilgilidir. Performans yönetiminde cevap aranması gereken sorular; ne çalışıyor, ne alışmıyor, niçin bazı şeyler alışmıyor sorularıdır. Hastane sektörüne uygulanan performans yönetimi uygulamasından kastedilen, tüm alanlarda hizmet kalitesinin geliştirilmesi, tıbbi hata olaylarını ve kazaları önlemedir (Vranboeg ve diğerleri, 2017:120-121).

Sağlık politikası konusunda araştırma yapanlar ve politika belirleyiciler, sağlık hizmeti sunucularının sağlık hizmeti sunumunda ve sağlık kaynaklarının kullanılmasında önemli bir güce sahip olduğuna inanmaktadırlar. Bununla birlikte kamu hastanelerinin verimsiz çalıştığı yönündeki kanıların artması nedeni ile dünyada kamu hastanelerinin yönetsel özelliklerini ve finansal sorumluluklarını artırma yönünde reformların olduğu gözlenmektedir (Liu ve Mills, 2005:2, aktaran elik, 2007:192).

Sağlık girdilerinin azlığı nedeni ile hastanelerin hizmetleri devam ettirirken aynı zamanda bu kaynakları kullanırken ekonomik fayda sağlamaları da gerekmektedir. Buna karşın aynı zamanda hastaneler "kamu refahını" yansıtacak şekilde sosyal sorumlulukta üstlenmelidir. Yeni kamu yönetimi anlayışında hastanelerde performans yönetimi güçlü bir silahtır, çünkü personel ve departman hedeflerini belirleyebilir, onları birleştirerek ve hastane gelişimi için stratejiler uygulayabilir. Performans yönetimi ile stratejik planlama geliştirilebilir. Hastane stratejisi uygulaması etrafında dengeli skor kartı, kilit performans göstergeleri, hedeflere göre yönetim, hastaneler, departmanlar ve kişisel hedefler için her seviyedeki hastane stratejisine göre stratejinin uygulanması gerekmektedir. Performans yönetimi, performans planlama, performans izleme, performans değerleme ve performans yansıtmı olarak dört boyutta incelenebilir. Performans yönetiminin düzgün uygulanması için kültür tanıtımını, organizasyonel yapı değişikliklerini, bilgi sistemleri ve benzeri konuların incelenmesi gerekmektedir (Jiang, 2011).

Sağlık hizmetlerinde performans göstergelerini yükseltmek için kurumlar, organizasyonlar ve kişilerin çeşitli uygulamaları ortaya koymaları gerekmektedir. İyi bir sistem performansı elde edebilmek için uygulamada verimlilik, sağlık hizmetlerine erişim ve kaliteli hizmet sunumu önemli araçlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Aydın, 2007:253).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile performans yönetimi anlayışının temellerinin atıldığını söylemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin organizasyonunda, finansmanında ve sunumunda etkinlik, verimlilik ve hakkaniyet ilkelerine göre hareket edilmesini amaçlayan SDP ile kamu politikaları sonucunda toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmektedir. Sağlık hizmet sunumunda öncelikli hedef, insanların hastalanmasının önlenmesi, yani koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi olarak belirlenmiştir. SDP, sağlık hizmetlerinde verimliliğin esas alınmasını öngörmektedir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarında verimlilik ön planda olmalıdır. Sağlık hizmet sunumunda hakkaniyet ilkesini temel amaç olarak belirleyen SDP; vatandaşların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde erişmelerini, hizmetlerin finansmanına mali güçleri nispetinde katkıda bulunmalarını ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılmasını hedeflemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003:24).

Hemen hemen her ülkede sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik olarak ortaya çıkan reform arayışları belirli temel konulara odaklanmıştır. Bunların başında verimlilik, memnuniyet, etkililik gibi temel hedefler gelmektedir. Öncelikle hizmete erişimin kolay olması, kaliteli sağlık hizmetinin ülke çapında yaygınlaştırılması, sağlık çalışanlarının dengeli bir şekilde dağılması ve çalışanların moral motivasyonunun en üst seviyeye çıkarıldığı bir ortamın sağlanması gerekmektedir. Hizmet kalitesi artıkcı sağlanan fayda da maksimize olma yönündedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi artıracak ve bu artışı devamlı kılacak bir yapının kurulması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarına kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti sunma sorumluluğu kazandırılmalıdır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde sunulan tüm hizmetlerin kayıtlarının sistematik olarak tutulması gerekli bilginin tüm hizmet sunucuları ve kamuyla paylaşılması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığınca uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile halka eşit, ulaşılabilir, etkili, kaliteli ve güler yüzlü bir sağlık hizmeti sunulmaya çalışılmaktadır. Aynı yıl başlayan performans dayalı ek ödeme uygulaması 10 ilde pilot olarak uygulandıktan sonra sistem geliştirilmiş ve 2004 yılı başından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurumlarında uygulamaya konulmuştur (Aydın ve Demir, 2006).

Bireysel ve niceliksel performans göstergelerinin 2004 yılında kullanıldığı sisteme, 2005 yılında kurumsal performans göstergeleri ilave edilerek sunulan hizmetin daha nitelikli bir

hale getirilmesi hedeflenmiştir. 2006 yılında ise sisteme yönetici performans kriterleri ve finansal göstergeler ve klinik göstergelerin de ilave edilmesi sonucu bu uygulama ile sağlık sistemi, uluslararası genel kabul görmüş klinik başarı ölçütlerine göre geliştirilmeye başlanmıştır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi, dinamik bir uygulama olup uygulamanın başladığı günden bu yana sürekli geliştirilmekte ve Sağlık Bakanlığının stratejik hedeflerine göre yenilenmektedir (Aydın ve Demir, 2006:53-54).

Sağlık hizmetlerinde performans kavramı kullanımının SDP ile başladığı görülmektedir. Bireysel performansı ölçen performansa dayalı ek ödeme uygulamasının sağlık hizmetlerinde performans ölçümüne yönelik ilk uygulama olduğunu söylenebilir. Bu uygulama, hekimler için bireysel performansı ölçerek genel olarak sağlık tesisinde üretilen hizmetlerin finansal anlamda kurumsal performansını oluşturmaktadır. Böylece verilen hizmetlerin parasal karşılığındaki değere göre kurumsal performansı da ölçmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Hedefe konan politikanın önemli bileşenlerinden birisi de Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile diğer kamu, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmet sunumunda Bakanlıkça belirlenen standartları karşılayanlara Hizmet Kalite Belgesinin verilmesidir. İlk defa ortaya konan bu uygulamayla; hasta memnuniyetinin artırılması, kurum çalışanlarına kalite bilincinin kazandırılması, tüm süreçlerde, sürekli geliştirme ve iyileştirmenin sağlanması, verimlilik ve etkililiğin artırılması, finansal sürdürülebilirliğin sağlanması, rekabet ortamının oluşturulması ve kalite uygulamalarını yaygınlaştırması amaçlanmıştır (Tarcın ve diğerleri, 2009).

Bakanlık, performans ölçüm ve ölçme sistemini, hastanelerin nitelikli, etkili ve verimli bir hizmet sunumunu sağlamak üzere bir araç olarak kullanmıştı. Bu metot, hastaların hakkaniyetli bir şekilde sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerini kolaylaştırmıştır. Özel hastane ve üniversite hastanelerinin hizmet kalite denetimi kapsamına alınmasıyla Sağlık Bakanlığı, bütün özel ve kamu hastanelerinin performanslarını değerlendirecek ve izleyecek böylece denetim ve koordinasyon faaliyetleri yapabilecek ve aynı zamanda makro düzeyde planlama yapılabilmesi ve politikalar geliştirebilmesi için elinde bilimsel geçerliliği olan araçlara sahip olacaktır (Tarcın ve diğerleri, 2009).

Akdağ (2012) SDP değerlendirme raporunda, SDP süreci ile ilgili beklentileri şöyle açıklamaktadır: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçlarıyla uyumlu olarak 2006 yılında hazırlanan 9. Kalkınma Planı ile sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması ve Genel Sağlık Sigortası Sistemi'nin tesisini hedeflemiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulamaya konulduğu 2003 yılından bu yana, bu hedeflerin büyük kısmına ulaşılmış bulunmaktadır. Program'ın en önemli bileşenlerinden olan genel sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve hizmet kalitesinin artırılması gerçekleştirilmiş durumdadır. Sağlık bilgi sistemleri, akılcı ilaç ve malzeme kullanımı, Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi konularında alınan mesafeler oldukça önemlidir. Bu konulardaki detaylı bilgiler raporun ilgili kısımlarında yer almaktadır. Bu ekseninde yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı, ulusal politikanın bütünleyici bir parçasıdır. Bu programın gerçekleşmesi ile sağlık hizmetleri, geleceğin hızla değişen ve dönüşen sağlık önceliklerini karşılayabilecek dinamik bir zemin kazanmaktadır.

Sağlık personelinin daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorundadır. Bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ölçütleri üzerinde durulmaktadır. Bu ölçütlerin başlıcaları şunlardır:

- a) İnsanın mutluluğunun sağlanması (Hasta Memnuniyeti),
- b) Daha iyi bir sağlık düzeyi (çıktı) elde etmek,
- c) İyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak,
- d) Bu hizmeti sunmak için kullanılan altyapı, insan ve malzeme kaynaklarında (girdi) tanımlanmış normları yerine getirmek (Aydın, 2008:2).

Aydın ve Demir, (2006) sağlıkta dönüşüm programı ve performans değerlendirme uygulamaları sonucunda yaşanan gelişmeleri şöyle sıralamıştır;

- a) Performans değerlendirme sistemi, personel verimliliğini sağlayarak artan sağlık hizmet talebinin karşılanmasındaki en önemli araç olmuştur.
- b) Performans değerlendirme sistemi, hastanelerin mevcut kapasitelerini daha verimli kullanmalarını sağlamıştır.

- c) Sistem sayesinde hekimlerin kamuda tam zamanlı çalışma konusunda önceki dönemlere göre çok daha istekli hâle geldikleri görülmüştür.
- d) Bir üst kuruma sevk oranları düşmekte, hastaların kendi yerleşim bölgelerinde tedavi oranları artmaktadır.
- e) Poliklinik oda sayısında belirgin bir artış meydana gelmiştir.
- f) Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik puan desteği önceki yıllara göre aşı oranları, gebe ve bebek izleme sayılarında iyileşmelere katkı sağlamıştır.

Diğer sonuçları ise şöyle özetlenmiştir.

- Hastanelerde mesai saatlerinin verimli kullanılması bile ameliyathane, laboratuvar, görüntüleme hizmetlerinin daha uzun süre verilmesi sağlanmıştır.
- Ameliyathaneler daha verimli ve etkin kullanılmaya başlanmıştır.
- Ameliyat için bekleme süreleri kısalmıştır.
- Görüntüleme ve patoloji laboratuvarlarındaki bekleme süreleri kısalmıştır.
- Muayene sürecinde hastalara daha fazla vakit ayrılıp sınırlı tetkikle kısa sürede sonuca bulaşmaya çalışılması birim hasta maliyetinin düşmesine olumlu etki yapmıştır.
- Sağlık kurumlarının gelir-gider dengeleri verimli işletmecilik anlayışıyla hassasiyetle takip edilir hâle gelmiştir.
- Hekim seçme hakkı kolaylaşmıştır.
- Gereksiz tetkik istemleri azaltılarak uygun tetkiklerle kısa sürede sonuca ulaşılmaya, çalışılması birim hasta maliyetlerinin düşmesine olumlu etki yapmıştır.
- Kongre desteği, bilimsel çalışmaların teşviki, asistan eğitimi teşvik edilerek takip edilmeye başlanmıştır.
- Bütün hastane çalışanlarının adeta kurumun ortakları hâline gelme bilincini elde etmesi, yapılanları sorgulaması, gelişme, kapasite ve kalite artırımına ilişkin adımları benimsemesi, destek vermesi ve görev almasını sağlamıştır.
- Kurumsal performans tanımı çerçevesinde, sağlık müdürlüklerinin hastaneler üzerinde aktif denetim yapabilmesine imkân sağlanmış ve böylece hastanelerde fiziki mekânlar başta olmak üzere birçok alanda iyileştirme çalışmaları başlamıştır.

- Kurumsal performans çerçevesinde çalışan ve hasta memnuniyeti araştırmaları başlamıştır.
- Hastanelerde kalite sorumluları belirlenmiş, JCI (Joint Commission International) kalite kriterlerinden uyarlanan 100 kalite ölçütünün hastanelerce uygulanması sağlanmıştır.
- Laboratuvar, görüntüleme, yemek, temizlik gibi hizmet alanlarında eksiklik bulunan hastanelerde, döner sermaye kaynaklarından mal ve hizmet alımının hızlanması gerçekleştirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, bireysel ve kurumsal performans yönetimi olarak iki başlıkta incelenebilir. Bireysel performans boyutunda, performansa dayalı ek ödeme sistemi ve yönetici birim performans uygulaması, kurumsal performans uygulaması boyutunda ise yönetici birim performans uygulaması, verimlilik karne uygulaması uygulamaya konulmuştur. Verimlilik karnesi uygulaması ilerleyen bölümlerde ayrıntılı anlatılacaktır.

Sağlık sisteminde performans değerlendirmesi ise, sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik önceliklere dair ortak vizyon oluşturmak, sağlık programları ve sektörler arasında diyalog platformu sağlamak ve ortak eylemlerin sağlık sonuçlarını nasıl etkilediğini anlamak için kullanılır. Ayrıca performans değerlendirmesi, politika yapıcılar ve politikacıların hem daha iyi ve hakkaniyetli sağlık sonuçları, hem de verimlilik, finansal katkı payında koruma ve yanıt verilebilirlik gibi sağlık sistemi hedefleri için çalışırken aldıkları kararlarda hesap verebilir ve sorumlu olmalarının sağlanmasına yardımcı olur (Sağlık Bakanlığı, 2011:9).

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma

Dünya Bankası 2002 Türkiye Sağlık Raporu'nda, Türkiye'nin kendi düzeyindeki ülkelere kıyasla sağlık durumunun daha kötü olmasının nedenlerini; 'kaynakların verimli ve eşit bir şekilde tahsis edilememesi, yöneticiler ve sağlık personeli için yeterli teşvik olmaması, sağlık hizmetleri sunumunun parçalı yapıda olması, özel sektörün potansiyelinin tam olarak anlaşılamamış olması, su kullanma, eğitim gibi sağlığın güçlü belirleyicilerinin herkese eşit olarak sunulamaması olarak göstermiştir. Bu tespitlerden sonra Dünya Bankası, Mart 2003 tarihli 'Türkiye: Yayınlılığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla

Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar' adlı raporunda Türkiye'nin sağlık sistemi için aşağıdaki önerilerde bulunmuştur (Orhaner, 2006:146).

- Zorunlu evrensel sosyal sağlık sigortası ile isteğe bağlı ek özel sigorta
- Temel hizmetler paketi geliştirme ve kamu sağlık harcamalarını hedef alma
- Kamu hastanelerinin yeniden düzenlenmesi ve daha geniş özerklik sağlanması
- Birleştirme ve kurumsal sorumlulukları yeniden tanımlama
- Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirme

Daha sonra 2003 yılında aşamalı bir şekilde Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlanmıştır. Programın bileşenleri o tarihte sekiz tane olarak belirtilmiştir. Daha sonra 2007 yılında bu bileşenlere üç bileşen daha eklenmiştir. Bu bileşenler sırasıyla şunlardır (Akdağ, 2008);

- a) Planlayan ve denetleyen etkin bir Sağlık Bakanlığı,
- b) Tüm vatandaşları tek bir çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası sistemi,
- c) Genele yayılmış, kolay erişilebilir ve güler yüzlü hizmet sunan sağlık sistemi,
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri: Aile hekimliği modeli,
 - Etkili, kademeli sevk zinciri
 - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri: Özerk hastaneler
- d) Yeterli bilgi ve teknik donanımlı, yüksek motivasyonla çalışan nitelikli sağlık sektörü insan gücü.
- e) Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- f) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- g) Ulusal İlaç ile Tıbbi Cihaz Kurumları,
- h) Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi,
- ı) Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
- i) Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
- j) Uluslararası alanda ülkenin gücünü arttıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

Sağlıkta dönüşüm programında yer alan planlayan ve denetleyen etkin bir Sağlık Bakanlığı yine SDP'de yer alan ilaç ve tıbbi cihaz kurumu kurulması, hastanelerin özerk yapıya kavuşturulması gibi hedefler de sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma nedenleri arasındadır.

Bu hedefler doğrultusunda, sağlık hizmet sunumunda sağlanan iyileşme ve gelişmeye paralel olarak politika belirleme, düzenleme, denetleme ve hizmet sunumunun merkezde toplandığı dikey yapılanmadan; Sağlık Bakanlığının politika belirleme ve sistem yönetimi üzerine yoğunlaştığı, kurumsal uzmanlaşmaya dayanan, taşra teşkilatındaki idarecilerin karar verme imkânlarını artırmayı amaçlayan yatay yapılanmaya geçilmiştir. Bu çerçevede, 2011 yılı sonunda çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlık teşkilatı ve bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması süreci başlatılmıştır (TKHK, 2012).

Kamu hastanelerini daha etkin yönetilmesini sağlamak için 663 no'lu kararname ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur. İllerde, Sağlık Müdürlüklerinden ayrı bir yapı olarak Kamu Hastane Birlikleri (Genel Sekreterlikler) kuruldu. Kamu Hastane Birlikleri ildeki kamu hastanelerinin yönetiminden doğrudan sorumlu hale getirilmiştir. Büyük illerde Kamu Hastane Birlikleri sayısı birden fazla olabilmekte idi. Kamu Hastane Birliklerinin amacı hastanelerin daha etkili ve verimli yönetilmesini sağlamak için maliyetlerin azaltılması ve hizmet kalitesinin artırılarak halkın sağlık hizmetlerine olan memnuniyetini daha üst seviyelere çıkarmaktır.

Yeni yapılanma ile kamu sağlık hizmetlerinin daha etkili, verimli, süratli, kaliteli, halkın talep ve beklentilerine daha duyarlı bir şekilde sunulması amaçlanmıştır. Hastane yönetimleri kapasitelerinin, kaynaklarının kullanımında ve ekonomik şartlarını değerlendirmede daha bağımsız ve esnek davranabileceklerdir. Böylece, yeni oluşturulan yönetim birimlerinin yetkileri ile birlikte sorumluluğu da artacak ve bu yönetimler kaynaklarını, personel yatırımlarını, işletme giderlerini, bütçe ve hedeflerini, bulundukları sorumluluk alanındaki stratejik iş yükünü dikkate alarak planlama yapma yoluna gideceklerdir. Bu bağlamda “Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge” ile sağlık tesislerini (Hastaneler, ADSM/ADSH) çok yönlü olarak değerlendirmeye olanak sağlayan Verimlilik Karnesi oluşturulmuştur (TKHK,2012).

Kamu hastaneleri, 2012-2017 yılları arasında kamu hastane birlikleri sistemi ile yönetilmiştir. Sağlık Bakanlığı 2017 yılı sonunda hastane hizmetleri boyutunda 694 sayılı kanun hükmünde kararname ile hastane hizmetlerine yönelik teşkilat yapısını bir kez daha değiştirmiştir. Bu kararname ile Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluş olarak görev yapan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu lağvedilmiş ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü olarak Sağlık Bakanlığı bünyesine alınmıştır. İllerde ise Sağlık Müdürlükleri yeniden

yapılandırılmıştır. Müdürlük bünyesinde hizmet veren birimler başkanlıklara dönüştürülmüş ve yöneticileri sözleşmeli hale getirilmiştir. Kamu Hastane Birlikleri (Genel Sekreterlikler) lağvedilmiş ve Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Kamu Hastane Hizmetleri Başkanlığı adı ile hizmet vermeye başlamıştır.

Bu süreçte Kamu hastane birliklerinin hastanelerin etkili ve verimli hale getirilmesine katkısı nasıl olmuştur sorusunun yanıtını vermek için ilgili yıllara ait verimlilik analizlerinin yapılması ve kamu hastane birliklerinin etkisinin çok yönlü olarak (idari, finansal, toplumsal) değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Bu nedenle kamu hastane birliklerinin kamu hastanelerinin etkili ve verimli çalışmasına katkısı ne oldu? sorusuna cevap vermek için araştırmalara ihtiyaç vardır. Yeni yapıda da hastanelerde verimlilik karne uygulaması devam etmektedir.

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Performans Değerleme

Genelde yeni kamu yönetimi reformları olarak adlandırılan dünya çapındaki kamu sektörü reform süreçleri birçok farklı hizmet alanında çok çeşitli değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Bu reformlarda önemli bir unsur, özel sektör yönetim tekniklerinin uygulanmasıdır. Hastane sektöründe, bu teknikler performans denetim şemaları ve hastanelerin verimlilik ve etkinliği değerlendirmek için değerlendirme programlarını uygulamak için daha açık bir talebi beraberinde getirmektedir. Sonuç olarak, performans ölçütleri bu açıdan anahtar kelimelerdir (Nyland ve Pettersen, 2004).

Performans değerlendirilmesi, hem kurumsal hem de hekim bazında üç temel veriye dayandırılmalıdır. Klinik kalite (klinik sonuçlar), hasta odaklılık ve verimlilik. Bu değerlendirmeleri yapabilmek için kanıta dayalı verilerle elde edilmiş kalite indikatörleri ve bunlara dayanan performans indikatörleri belirlenmelidir (Akalin, t.y).

Her işletme belli amaçlar ve görevleri gerçekleştirmek için kurulmaktadır. İşletme yönetimini üstlenenlerin temel görevi ise örgütün amaçlarını ve görevlerini mümkün olabilecek en iyi şekilde gerçekleştirmek ve yüksek düzeyde başarı sağlamaktır. En iyi olanın ne olduğu yönetimin performans anlayışına göre belirlenir. İşletmelerin varlığı ve sürekliliği de yönetimin performans anlayışının geçerliliğine ve doğruluğuna bağlıdır (Akal, 2000:7).

İşletmelerin oluşturacakları performans yönetim sistemleri, stratejilerini destekleyici olmalıdır. Bu sistem, müşteri ve iç sürecin performansı ile ilgili olarak finansal ölçüler yanında finansal olmayan ölçüleri de içermelidir. Ayrıca bu sistem, işletme amaçlarını yönetilebilir alt başlıklara dönüştürmek için organizasyonel yapıdaki alt basamaklara da kapsamalıdır (Epstein ve Manzoni, 1997:28). Oluşturulacak performans yönetim sistemi, işletme stratejisi ile ilişkili olarak, işletmenin iç süreci (değer zinciri), müşteriler ve gelişme faaliyetlerini finansal boyut ile birleştirecek şekilde yapılandırılmalıdır (Kaygusuz, 2005).

Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulaması sağlık kurumlarının Bakanlık tarafından belirlenen hedeflere ulaşp ulaşmadıklarını görmede sağlayacağı faydanın yanı sıra, sağlık kurumlarının her dönem birbiri ile kıyaslanabilmesine imkan tanıyacaktır. Ayrıca bu süreç sayesinde, kurumlar diğer kurumlarda gördükleri iyi uygulamaları kendi kurumlarına uyarlayabileceklerdir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2015:422).

Performans ölçülürken, her zaman performans gösteren bir varlık olmalıdır. Kuruluş tek bir klinisyen kadar küçük veya geniş kapsamlı sağlık hizmeti veren büyük bir yer olabilir. Büyük kuruluşlar, performans ölçüm sistemlerini tasarlarırken özel zorluklarla karşı karşıya kalırlar çünkü eşzamanlı olarak en az iki şeyi başarmak zorundadırlar: Davranışlar ölçütlere yansıtılan bireyler için anlamlı olan makro düzeyde performans önlemleri almak; diğeri ise misyon ve performans seviyesi ile ilgili tutarlı hedefleri makro düzeydeki tedbirlerle performans ölçümlerini mikro düzeyde (bireysel klinisyen, klinik alan ya da yatarak tedavi biriminde) entegre etmek (Nerenz ve Neil, 2001).

Örgütlerde performans ölçümüne ilişkin birçok farklı sınıflamalar mevcuttur. Sağlık hizmetlerinde, özellikle de hastanelerde kalite iyileştirme ve performans ölçümü için standart bir ölçüm yöntemi kullanılmamaktadır. Çeşitli yazarlarca, toplum sağlığına katkı, klinik kalite ve hasta memnuniyeti, doktor hasta ilişkisi ve kâr gibi hedeflere bağlı olarak performans göstergelerinin esas alınabileceği belirtilmiştir (Esatoğlu, 2007: 360).

Çizelge 2.1. Performans ölçütlerinin sınıflaması

	Maliyet/Finansal Performans	Kalite Performansı
İçsel Kriterler	• Üretim verimliliği	• Süreç kalitesi
	• Kullanım	• Hizmet kalitesi
Dışsal Kriterler	• Finansal statü	• Müşterilerce algılanan kalite
	• Pazar payı	• Müşteri tatmini

Kaynak: (Tarcan, 2006)

Çizelge 2.1’de performans ölçütleri sınıflandırması örneği verilmiştir. Sınıflandırmada performans ölçümü finansal ve kalite performansı boyutlarında yapıldığı ifade edilmektedir. İçsel kriterlere baktığımızda finansal statü ve pazar payı ve dışsal değerlendirme ölçütleri olarak müşterilerce algılanan kalite ve müşteri tatmini ölçüt olarak kullanılmaktadır. Tarcan ve diğerlerine göre (2006) sağlık hizmetlerinin performans ölçütleri kalite ve maliyet kriterlerini temel alan içsel ve dışsal değerlendirme kararlarına göre çeşitli alanlara ayrılabilir.

Son yıllarda kurumlar tüm bu özellikleri içinde barındıran performans karnesi uygulaması ile kurumsal performanslarını ölçmeye çalışmaktadır. Söz konusu yöntem maddi ve maddi olmayan göstergeleri bir arada ölçmeye imkan vermektedir.

Sağlık hizmetlerinde hastanelerde performans ölçme ve değerlendirme çalışmalarının öncesinde kalite uygulamalarının yapılmış olduğu görülmektedir. Kurum ve kuruluşlarda kaliteyi iyileştirmek, belirli standartta sunulmasını sağlamak ve kaliteyi artırmak için yapılan bu uygulamaların başlıcaları arasında şunları sayabiliriz;

- Uluslararası Standartlar Organizasyonu (International Standards of Organization, ISO-9000)
- Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (EFQM) Mükemmellik Modeli
- Malcolm Baldrige Kalite Ödülü (Malcolm Baldrige National Quality Award MBNQA)

a. Uluslararası Standartlar Organizasyonu

International Organization for Standardization" İngilizce açılımının kısaltılmışı "IOS", Fransızca da "Organisation Internationale de Normalisation" kısaltılmışı "OIN" olmasından dolayı Yunanca eşit anlamına gelen "İSOS" tan türetilerek şu an kullanılan "ISO" olarak adlandırılmıştır.

Merkezi İsviçre'nin Cenevre kenti olan Uluslararası Standartlar Örgütü (ISO), 1947 yılında kurulmuştur. ISO Ürün, hizmet ve sistem için çeşitli standartlar oluşturan ve yayınlayan uluslar arası bir organizasyon olup 146 üyesi bulunmaktadır. Yaptığı standardizasyon çalışmaları sonucu ticarete, sanayiye ve tüketicilere büyük yararlar sağlamıştır. ISO, bir taraftan devletlere ait enstitülerin üye olduğu bir organizasyon iken, diğer taraftan enstitülerin yapısını oluşturan özel sektör arasında köprü görevini üstlenmektedir. (content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/50496/30876/11._hafta_iso_9000.pptx)

ISO 9001:2008 standardı Uluslararası Standartlar Organizasyonu tarafından yayınlanan ve bütün dünyada kalite yönetim sistemi modeli olarak uygulanmakta olan bir uluslararası standarttır ve rekabet gücünü artırmak için sekiz Kalite Yönetim Prensipleri'ne dayanır. Bu prensipler; müşteri odaklılık, liderlik, kişilerin katılımı, proses yaklaşımı, yönetimde sistem yaklaşımı, sürekli iyileştirme, karar vermede gerçekçi yaklaşım, karşılıklı yarara dayalı tedarikçi ilişkileridir.

Türkiye’de kamu hastanelerinde kalite odaklı hizmet sunma çabası 2001 yılında Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Hizmet Yönergesi ile başlamış ve 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hız kazanmıştır. Bu program çerçevesinde Ulusal Akreditasyon Sistemi’nin yapılandırılmasına da yer verilmektedir. Bu dönemde hastanelerde kalite birimleri kurulduğu ve Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelere kalite rehberleri gönderildiği görülmektedir. Türk standartları Enstitüsü ile protokol yapılmış ve hastanelerin ISO 9001:2000 standardı konusunda eğitim almaları sağlanmıştır. Bazı hastanelerin ISO 9001:2000 belgesi aldığı görülmektedir.

Kalite Yönetim Sistemi eksenli çabaların ve kazanımların gücünü kaybettiği, bunun yerine standartlaşma ve akreditasyon yönüne çabaların güç kazandığı görülmüştür. Bunda yönetim ve zihniyet değişimi ile beraber ISO’nun genel anlamda prestij kaybetmesi ve

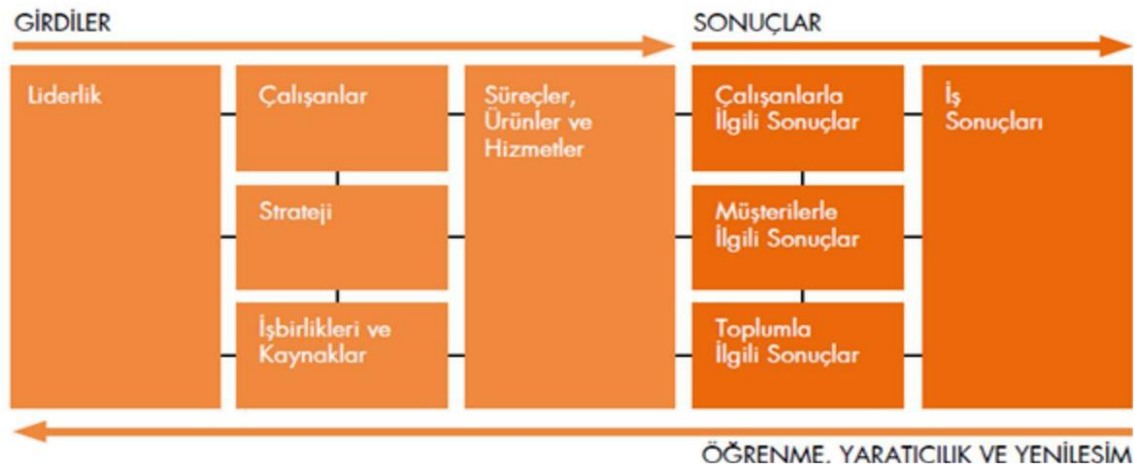
sonuçsuz bir belgelendirmeden ibaret sayılması, sağlık hizmet sunucuları özelinde ise hastaneler için verimli sonuç vermediğine inanılması etkili olmuştur (Yıldız, 2017).

b. Mükemmellik Modeli

Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (EFQM -European Foundation for Quality Management) tarafından geliştirilen EFQM mükemmellik modelinin temeli TKY felsefesine ve ilkelerine dayanmaktadır. Model; kamu, özel ve sivil toplum kuruluşlarının, mükemmellik kavram ve kriterlerini dikkate alarak kendi değerlendirmelerini yapmalarına, güçlü ve iyileştirmeye açık alanlarını tespit etmelerine ve sürekli gelişim yaklaşımıyla gelişim planlarını hazırlamalarına yardımcı olması için geliştirilmiştir. Yöneticilerin / liderlerin, kuruluşlarının ne yaptığına ve hangi sonuçları elde ettiğine ilişkin neden – sonuç ilişkilerini anlamasını sağlar.

(KALDER, http://www.kalder.org/efqm_mukemmellik_modeli).

Vakıf, 1991 yılında Mükemmellik uygulamalarında diğerlerine de örnek olabilecek şirketi tanımlamak ve bu şirketlere takdir gösterebilmek amacıyla, Avrupa Kalite Ödülü uygulamalarını başlatmıştır. Ödül sürecini desteklemek amacıyla, ödül için değerlendirilecek katılımcıların, sağlaması gereken bir takım kriterler (9 ana, 32 alt kriter) oluşturulmuştur. Dokuz kriterden beşi “**Girdi**” kriterlerini, dördü ise “**Sonuç**” kriterlerini oluşturur. EFQM ana çerçevesi radar yaklaşımı ile değerlendirme yapılmaktadır. Sonuçlar- **Result**, Yaklaşım- **Approach**, Yayılım-**Deployment**, Değerlendirme- **Assessment**, Gözden geçirme- **Review**.



Şekil 2.1. EFQM modeli

Şeklin alt ve üst tarafındaki oklar modelin dinamik yapısını ortaya koyar. Bu oklar, girdilerdeki iyileştirmeleri sağlayan ve böylece sonuçlardaki iyileştirmelere yol açan öğrenme, yaratıcılık ve yenileşim yaklaşımını gösterir. Her alt kriterin altında ilgili alanlar bulunur. Bu maddelerin birçoğu daha önce açıklanmış olan temel kavramlarla doğrudan ilişkilidir. İlgili alanlar listesinin kullanımı zorunlu ya da değişmez değildir, alt kriterin daha iyi anlaşılmasını amaçlar (KALDER, 2015).

c. Malcolm Baldrige Kalite Ödülü

ABD liderleri 1980'lerin ortalarında, Amerikan şirketlerinin sürekli genişleyen, talepkar bir küresel pazarda rekabet edebilmek için kaliteye odaklanmaları gerektiğini fark edildi. Ticaret sekreteri Malcolm Baldrige, ABD refahı ve sürdürülebilirliğinin anahtarı olarak kurumsal değerlendirme ve kalite yönetiminin bir savunucusu oldu. Temmuz 1987'de bir rodeo kazasında öldükten sonra Kongre tarafından katkılarından dolayı ödüle layık görüldü. Malcolm Baldrige Kalite Ödülü (Malcolm Baldrige National Quality Award-MBNQA) aşağıda amaçları gerçekleştirmek için oluşturmuştur:

- Rol model olabilecek işletmeleri tanımak ve tanıtmak.
- İyileştirme çabalarını değerlendirmek için kriterler oluşturmak.
- En iyi uygulamaları yaymak ve paylaşmak.

Malcolm Baldrige Performans Mükemmellik Programı'nın misyonu, tüm ABD vatandaşlarının yararına organizasyonel değerlendirme ve geliştirme yoluyla ABD kuruluşlarının rekabet gücünü ve performansını artırmaktır. Baldrige Performans Mükemmellik Programı, değerlendirme kriterlerini geliştiren ve dağıtan, Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü'nü yöneten, performans mükemmelliğini destekleyen ve başarılı stratejilerin ve performans uygulamalarının, ilkelerinin ve metodolojilerinin öğrenilmesi ve paylaşılmasında küresel liderlik sağlayan, müşteri odaklı bir programdır.

Baldrige performans mükemmelliği kriterleri, herhangi bir organizasyonun genel performansı iyileştirmek için kullanabileceği bir çerçevedir. Aşağıda belirtilen yedi kategori ödül kriterlerini oluşturmaktadır (Web:<http://www.msqpc.com/business-solutions/baldrige-assessment/>):

- a) Liderlik: Üst düzey yöneticilerin örgütü nasıl yönlendirdiğini ve kuruluşun sorumluluklarını nasıl yerine getirdiğini ve iyi vatandaşlığı nasıl uyguladıklarını inceler.
- b) Stratejik planlama: Kurumun stratejik yönleri nasıl belirlediğini ve temel eylem planlarını nasıl belirlediğini inceler.
- c) Müşteri odaklılık: Kuruluşun, müşterilerin ve pazarların gereksinimlerini ve beklentilerini nasıl belirlediğini inceler; müşterilerle ilişkiler kurar; ve müşterileri edinir, karşılar ve muhafaza eder.
- d) Ölçme, analiz ve bilgi yönetimi: Kilit organizasyon süreçlerini ve kuruluşun performans yönetim sistemini desteklemek için veri, bilgi yönetimi, etkin kullanım, analiz ve iyileştirmeyi inceler.
- e) İşgücü Odağı: Kuruluşun, iş gücünün tam potansiyelini nasıl geliştirdiğini ve işgücünün kuruluşun hedefleriyle nasıl uyumlu hale getirildiğini inceler.
- f) Süreç yönetimi: Temel üretim, teslimat ve destek süreçlerinin nasıl tasarlandığının, yönetildiğinin ve geliştirildiğinin yönlerini inceler.
- g) Sonuçlar: Kuruluşun temel iş alanlarındaki performansını ve gelişimini inceler: müşteri memnuniyeti, finansal ve pazar performansı, insan kaynakları, tedarikçi ve iş ortağı performansı, operasyonel performans ve yönetim ve sosyal sorumluluk. Kategori ayrıca kuruluşun rakiplere göre nasıl performans gösterdiğini inceler.

Pakdil'e göre (2005:240) sağlık kuruluşlarının kurumsal bazda performans ölçümüne yönelik olarak kullanabilecek performans gösterge sistemlerinden bazıları şunlardır (Tengilimoğlu vd, 2015:407-413):

- a) Maryland Kalite Göstergesi Projesi,
- b) HEDIS-(Health Employer Data And Information Set- Sağlık İşverenleri Veri ve Bilgi Seti,
- c) CONQUEST (Computerizedneeds-Oriented Quality Measurement Evaluation System- Bilgisayarlı İhtiyaç Odaklı Kalite Yönetim Sistemi),
- d) JCAHO (The Joint Comission On Accreditation of Healthcare Organizations-Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonu).

Bunlardan başka sağlık kuruluşlarının kurumsal bazda performans ölçümüne yönelik olarak;

- e) PATH yöntemi

- f) Balans Skorkart Uygulaması sağlık hizmetlerinde kurumsal performansın ölçülmesi için kullanılmaktadır. Yukarıda sayılan performans ölçüm yöntemleri aşağıda kısaca açıklanmıştır.

a. Maryland Kalite Göstergesi Projesi

Maryland Kalite Göstergesi Projesi 12 yıllık bir çalışma sonucu oluşturulmuş, tıbbın belirli alanları ile ilgili, bu süreçlerin çıktılarına ait performansı ölçen gösterge setleridir. Modelde yer alan gösterge grupları yatan hasta, acil bakım, psikiyatri, pediatri, uzun dönemli hasta bakımı ve süreç göstergeleri olarak belirlenmiştir (Pakdil, 2005:240, Tengilimoğlu vd, 2015:407-413).

b. HEDIS - Sağlık İşverenleri Veri ve Bilgi Seti

İçerdiği gösterge gruplarıyla çıktıların performansını ölçülebileceğini savunmaktadır. Günümüzde pek çok sağlık işletmesi HEDIS (Health Employer Data And Information Set) gibi standardize edilmiş gösterge takımlarının ve veri setlerinin kullanılmasını önermektedir (Pakdil, 2005:240, Tengilimoğlu vd, 2015:407-413).

HEDIS içeriğinde, organizasyonel yönetim, bakım kalitesi, bakımdan duyulan memnuniyet, kaynak kullanımı ve finans alanında 60'dan fazla performans göstergesi belirlenmiştir (Pakdil, 2007:117)

HEDIS, Amerika'nın sağlık planlarının yüzde 90'ından fazlasının bakım ve hizmetin önemli boyutlarındaki performansını ölçmek için kullandığı bir araçtır. HEDIS önlemleri, çok çeşitli önemli sağlık sorunlarını ele almaktadır. Bunlar arasında şunlar vardır: astım ilaç kullanımı, kalp krizi sonrası beta-engelleyici tedavi sonuçları yüksek kan basıncını kontrol etme, kapsamlı diyabet bakımı, bağırsak kanseri taraması, antidepresan ilaç yönetimi, çocukluk ve adolesan bağışıklama durumu, çocukluk ve yetişkin ağırlık/BMI değerlendirmesine yönelik bakım boyutlarını kapsayan standartlaştırılmış performans ölçümleri yer almaktadır.

(web: <http://www.ncqa.org/hedis-quality-measurement/what-is-hedis>)

c. CONQUEST-Bilgisayarlı İhtiyaç Odaklı Kalite Yönetim Sistemi

CONQUEST (Computerized needs-Oriented Quality Measurement Evaluation System) Microsoft Access tabanlı 1197 klinik performans göstergesine ait veri tabanı içermekte ve 57 yaygın, maliyetli ve toplum sağlığını etkileyen hastalık gruplarına yönelik 53 olarak çalışmaktadır. Veri tabanı kullanıcının ihtiyaçlarına göre oluşturulabilmektedir (Pakdil, 2005:240; Tengilimoğlu vd, 2015:407-413).

d. JCAHO- Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonu

Bağımsız, kar amacı gütmeyen bir kuruluş olan Joint Commission, ABD'deki yaklaşık 21.000 sağlık kuruluşu ve programını akredite eder ve onaylar. Ortak Komisyon akreditasyonu ve sertifikasyon hizmeti ile kuruluşların belirli performans standartlarını karşılama durumları değerlendirilir ve akredite eder, bu sayede kuruluşların belirli kalite düzeyine ulaşmalarını hedefler (JCAHO web sitesi, 2018).

Amerika Birleşik Devletleri dışındaki ülkelerde de akreditasyon faaliyeti yürütmek üzere 1994'de Joint Comission International kurulmuş, 2000 yılında uluslararası kalite standardı için ilk kapsamlı setini yayınlamıştır. 2016 yılı Haziran ayı itibariyle JCI dünyanın farklı ülkelerinden 526 hastaneyi akredite etmiştir. Ülkemizde ise hastane akreditasyonu devam eden organizasyon sayısı 36 ile ABD dışındaki ülkeler arasında birinci sıradadır (Yıldız, 2017)

JCAHO (The Joint Comission On Accreditation of Healthcare Organizations), belirlediği 46 performans alanı içinde tıbbi konulara verdiği ağırlıkla birçok tıbbi durum için ayrı ayrı performans göstergeleri ve gösterge setleri belirlenmiştir. Yaptığı denetimlerde bu göstergelerin ve iyileştirme faaliyetlerinin sonuçlarını incelemektedir (Pakdil, 2005:240; Tengilimoğlu vd, 2015:407-413).

e. PATH- Hastanelerde Kalite Geliştirme İçin Performans Değerlendirme Aracı

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 2003 yılında 52 üye devletin yararına hastane performansının değerlendirilmesi için daha esnek ve kapsamlı bir çerçeve geliştirmek adına "Hastanelerde Kalite Geliştirme İçin Performans Değerlendirme Aracı" PATH-(Performance Assesment Tool For Quality İmprovement in Hospitals) projesini açıklamıştır. (Vallejo ve diğerleri,

2006:328). PATH, hastanelerde performansa ilişkin veri toplama ve kalite geliştirilmesi için bir iç araç olarak tasarlanmıştır. PATH projesinin kavramsal modeli altı boyuta (klinik etkinlik, verimlilik, personel oryantasyon, duyarlı yönetim, güvenlik ve hasta odaklılık) ve 18 performans göstergesine dayanmaktadır. Model, Mayıs 2004 ve Şubat 2005 tarihleri arasında veri toplama ile başlamış ve Şubat 2004 ve Ağustos 2005 tarihleri arasında test edilmiştir. Pilot uygulamaya katılan bölge ve ülkeler uygunluk esas alınarak seçilmiştir (Groene ve diğerleri, 2008:156). PATH projesinin amacı, hastanelerinin kendi performanslarını değerlendirirken, kendi çıktılarını sorgularken ve onları iyileştirme için faaliyete dönüştürürken destek olmaktır. Bu destek, hastanelerin performans değerlendirme araçları sağlanarak ve katılımcı hastaneler arasında ağ ve destek sağlayarak elde edilmektedir (Veillard ve diğerleri, 2005:488, aktaran Tengilimoğlu ve Toygar, 2013).



Şekil. 2.2. PATH kavramsal modeli (Veillard ve diğerleri, 2005:489, aktaran Tengilimoğlu ve diğerleri, 2015:412)

Çok boyutlu modelde klinik etkinlik, verimlilik, personel yönlendirme, cevap veren yönetim projenin dikey boyutunu, güvenlik ve hasta merkezilik ise yatay boyutu oluşturmaktadır. Bütün bu boyutlar birbirine bağımlı ve eş zamanlı değerlendirme yapılacak bir şekilde ilişkilendirilmiştir. Bu çok boyutlu yaklaşım proje çerçevesinde temel hastane performansının tanımlanması temelinde biçimlendirilmiştir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2015:411-413).

DSÖ tarafından Avrupa genelinde hastane bilgi dokümantasyon sisteminden sağlanan verilerin ulaşılabilirliğindeki farklılıkların varlığı kabul edilerek Çekirdek ve Uyumlaştırılmış olmak üzere iki ayrı gösterge seti hazırlanmıştır. Çekirdek gösterge setinde 48 gösterge içerisinde kararlaştırılan 17 gösterge bulunmaktadır. Geliştirilen diğer set olan Uyumlaştırılmış Gösterge Seti 47 gösterge içerisinde seçilen toplam 24 göstergeden oluşmaktadır (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013).

f. Balans Skor Kart Uygulaması

Kurumsal performansı ölçerken geleneksel ölçme yöntemlerinden farklı olarak finansal ve finansal olmayan süreçleri ölçmeyi sağlayan performans ölçüm tekniğidir. Konu birinci bölümde, dördüncü başlıkta (1.4) geniş olarak açıklanmıştır.

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Performans Göstergeleri

Çoğu gelişmiş ülkelerde, sağlık sektörü ekonominin en hızlı büyüyen yerlerinden biridir. Sağlık sistemleri, vatandaşların, klinisyenlerin, hükümetin, hastaların ve profesyonellerin katılımıyla heterojen gruplar, faaliyetler ve süreçlerle karakterize oldukları için özellikle karmaşıktır. Sağlık kuruluşları, politika, idari yönetim ve mesleki hizmetler ile ilgili üç alana dayanılarak tanımlanabilir (Catuogno vd, 2017).

Performans göstergeleri, sağlık alanında artan şeffaflık, hesap verebilirlik ve kalite taleplerine umut vaat eden bir unsur olarak görülmektedir. Performans göstergeleri, sağlayıcı kuruluşların veya sağlık planlarının kamu görevini ayrıntılı kurallar ve düzenlemeler yoluyla yerine getirmek ve böylece performans düzeyini izlemeye yardımcı olur. Sağlık hizmetlerinde dengeli bir dizi göstergeye (örneğin, klinik etkinlik, etkinlik, emniyet ve bakımın hasta merkezliliği üzerine) dayanarak, bakım planlarının ve teslim organizasyonlarının sıralamaları yapılabilir. Buna ek olarak, performans göstergeleri ödeme yapanlara ve müşterilere ve tedarikçilere bilgilendirme yapmaktadır. Performans bilgisini yayınlamak, kalite iyileştirme süreçlerini daha da tetiklemektedir. Aynı anda artan hesap verebilirlik, kalite, mesleki motivasyon ve tüketici özgürlüğü gibi göstergeler, sağlık alanında heyecanlı bir performans göstergesi dalgası yarattı (Berg ve diğerleri, 2005).

Performans göstergeleri ile ilgili tam olarak tanımlanmış bir yapı bulunmamaktadır. Genel olarak belirtmek gerekirse performans göstergesi olarak öncelikle organizasyonun amacına ulaşip ulaşmadığı gösterge olarak alınmaktadır. Yapı, süreç ve sonuç göstergelerinin klasik ayrımı kısmen performans göstergeleri kategorisiyle örtüşmektedir. Bir organizasyonun sonuçları (inme bakımında 30 günlük ölüm oranı), bu organizasyonun performansının bir parçasıdır. Genellikle süreç göstergeleri (bekleme sürelerinin uzunluğu gibi) veya yapının göstergeleri (örn. komplikasyon kayıtları) sonuçları için net bir şekilde gösterir. Alternatif olarak, hastalığa özgü, entegre bakım düzenlemelerinin varlığı gibi, bir organizasyonun yapısal özellikleri ile de ilgilenilebilir. Bazı yazarlar iç ve dış göstergeler olarak ta ayırt etmenin önemini vurgulamıştır. İç göstergeler, sağlık hizmetleri sunucuları tarafından bakım süreçlerinin sonuçlarını izlemek ve geliştirmek için kullanılır ve bu analizlere dayanarak bakım süreçleri yeniden tasarlanabilir ve göstergeler bu iyileştirme girişimlerinin sonuçlarını izlemek için kullanılabilir. Öte yandan, dış göstergeler hükümetler, hasta organizasyonları ve mükellefler tarafından bir sağlık kuruluşunun bakım kalitesini değerlendirmek ve bu kaliteyi diğer sağlık hizmeti sunucularının performansıyla karşılaştırmak için kullanılmaktadır (Berg ve diğerleri, 2005).

Sink ve Tuttle performans ölçüm sistemi ise işletme performansının boyutlarını etkinlik, verimlilik, etkililik, kalite, çalışma yaşamının kalitesi, yenilik ve karlılık olarak ele almaktadır (Akal, 2011:35) .

Donabedian, sağlık konusunda kalitenin ayıklanması zor bir kavram olmakla birlikte, sağlık hizmetinin kaliteli olup olmadığını birçok yönden ortaya koyan yedi özelliğin bulunduğunu ileri sürmüştür. Bunlar (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015:508) ;

- Etkenlik (Efficacy)
- Etkililik (Effectiveness)
- Verimlilik (Efficiency)
- En uygun olma (Optimality)
- Kabul edilebilirlik (Acceptability)
- Yasallık (Legitimacy)
- Hakkaniyet (Equity)

Yine Donabedian'a göre, göstergeler yapı, süreç ve sonuç göstergeleri olarak üç kısımda sınıflanmaktadır. Yapı göstergeleri sağlık hizmetinin üretimi sırasında kullanılan araç ve

kaynaklara karşılık gelir. Bu kapsamda personelin nitelik, nicelik ve dağılımı, malzeme ve tesislerin coğrafi dağılımı ve hizmet sunumunun düzenlenmesine yönelik programlar yer almaktadır. Süreç göstergeleri hizmet sunumcuları ve hizmeti alanlar arasındaki etkileşimin teknik ve iletişimsel özelliklerini, sonuç göstergeleri sağlık bakım süreçlerinin sonunda elde edilen fayda ve zararları kapsamaktadır. Hizmeti alanın sağlık durumundaki değişim, aldığı hizmetten memnuniyeti, sağlığa ilişkin elde ettiği bilgi ve sağlıkla ilgili konulardaki davranış değişiklikleri sonuç göstergelerinde ele alınmaktadır (Chen vd, 2007: 345, aktaran Koçgil ve diğerleri, 2009).

Nerenz ve Neil (2001) sağlık hizmetlerinde temel performans göstergelerini hizmet kalitesi, kullanım, maliyet ve verimlilik, memnuniyet ve hizmet/bakım raporları, finansal performans ve diğer göstergeler (kültürel ve dilsel yetkinlik, kamu yararı) olarak sınıflandırmıştır.

Bu göstergelerden *hizmet kalitesi göstergeleri* olarak; hastane düzeyinde mortalite, komplikasyon ve enfeksiyon oranları, tıbbi hata oranları veya diğer hasta güvenliği sorunları, HEDIS bakım önlemlerinin etkinliği, cerrahiye beklenmedik dönüş oranı, düşük doğum ağırlığı ve preterm doğum oranı, spesifik belirli kanserler için beş yıllık sağ kalım oranlarının değerlendirilmesini örnek performans göstergeleri olarak vermiştir.

Kamu yararı ile ilgili göstergelerde ise, tazmin edilmeyen bakım, kamu programlarında sağlanan bakım (örn. Medicaid) serbest klinikte verilen hizmet sayısı, tarama programları sayıları (örn., Kan basıncı taraması, aşılar) yer almaktadır (Nerenz ve Neil, 2001).

Aydın ve Demire göre (2006) göre sağlık hizmetlerinde ana performans göstergeleri aşağıdaki gibidir.

- İnsanın Mutluluğunun Sağlanması (Hasta Memnuniyeti)
- Daha İyi Bir Sağlık Düzeyine Erişilmesi (Sağlık Çıktıları)
- Hizmet Sunum Sürecinin Ödüllendirilmesi (Süreç Ölçümü)
- Alt Yapının ve Girdilerin Kalitesi (Girdi Analizi)

Davis (2013) hastanelerde performans boyutlarını etkililik, verimlilik ve eşitlik olmak üzere üç açıdan ele almıştır. Yeni Zelanda'daki hastanelerde yaptığı çalışmada; *Etkililik boyutunda*, planlanmamış geri kabuller (tekrar hastaneye yatış), hastaneye kabulden 30 gün

veya daha az süre içerisinde meydana gelen ölümler, *verimlilik boyutunda*; hastanede geçirilen süresi, (hastanede geçirilen gün sayısının, beklenen hastanede geçirilen gün sayısına bölünmesiyle hesaplanır) ve standart cerrahi oranı (beklenen ile gerçekleşenin oranı) hesaplanması ile verimlilik durumuna bakmıştır. Eşitlik boyutunda; etnik eşitlik (etnik gruplara göre hizmet alım oranı) gösterge olarak hesaplanmıştır. Etkililik, verimlilik ve eşitlik boyutları ile planlamamış geri kabuller, mortalite oranı, hastanede geçirilen süre, standart cerrahi oranı ve etnik eşitlik açısından değerlendirmeler yapmıştır.

Sağlık hizmetlerinde performans yönetimi anlayışına yönelik diğer bir yaklaşım ise, Roberts ve arkadaşları tarafından geliştirilen yaklaşımdır. Bu yaklaşımda sağlık hizmetlerinde performans yönetiminin amaçları; sağlık statüsü, vatandaş tatmini ve finansal risk koruma olarak sıralanmaktadır. Verimlilik, kalite ve erişim gibi bazen sağlık sistemlerinin temel amaçları olarak algılanan sonuçlar ise ara performans ölçütleri olarak nitelendirilmektedir. Bu modelde “kontrol düğmeleri” olarak adlandırılan ve finansman, ödeme, örgütlenme, düzenleme ve davranış unsurları üzerinde yapılan ayarlamalarla ara amaçların gerçekleşeceği ve böylelikle sağlık hizmetlerinde hedeflenen performans seviyesine ulaşılacağı ifade edilmektedir (Roberts ve diğerleri, 2010, aktaran Kırılmaz, 2012).

Hastane performansı göstergeleri, Tengilimoğlu ve arkadaşları (2015) tarafından, hizmet göstergeleri, yatak kullanımı ile ilgili göstergeler, personel performansı ile ilgili göstergeler, mali performans ile ilgili göstergeler şeklindeki dört grupta incelenmiştir. Buna göre bir hastanenin hizmet performansını ölçmek amacıyla kullanılan göstergeler şunlardır; Poliklinik sayısı, taburcu edilen hasta sayısı, ölen hasta sayısı, ameliyat sayısı, doğum sayısı, yatılan gün sayısı, acil servis başvuru sayısıdır.

Pakdil (2007:118) sağlık işletmelerinde izlenebilecek performans göstergelerini; süreç performansı, tıbbi performans, müşteri memnuniyeti ve bağlılığı performansı, çalışanlarla ilgili performans, tedarikçi performansı, öğrenme ve yaratıcılık performansı ve finansal performans olarak belirtmiştir.

Armstrong (2000:55) performans ölçütlerini finansal çıktı, etki, tepki ve süre ölçütleri olarak sınıflandırmaktadır. Finansal ölçütler gelir, hissedar değeri, katma değer, getiri oranları ve maliyetler gibi finansal verilerdir. Çıktı ölçütleri üretim miktarı, sürece tabi

tutulan miktar, randıman, yeni müşteri sayısı gibi performansı gerçekleştiren özne tarafından “üretilen” çıktı miktarını ifade eder. Etki ölçütleri belirli standartlara (kalite, hizmet tatmin düzeyi vb.) ulaşımı, davranış değişikliklerini, belirli iş veya projelerin tamamlanması ve yenilik gibi başarıları ifade eder. Tepki ölçütleri özneye ilişkin başkalarının (müşteriler, meslektaşlar vb.) değerlendirmelerini ifade etmektedir. Süre ölçütleri ise tepki ve başarı için geçen sürenin planlanan süreler ile mukayesesi, sipariş teslim süresi, pazara sunum süresi gibi süre ile ifade edilebilecek performans ölçütlerini ifade etmektedir.

Neely ve diğerleri, (2005) ise performans ölçütlerini kalite, zaman, esneklik ve maliyet başlıkları altında sınıflandırmaktadır. Walsh (2003) işletme performansına ilişkin ölçüt olarak finansal ölçütlerle sınırlı kalırken Bragg (2007) işletme performansına ilişkin finansal ve pazar ölçütlerinin yanı sıra üretim, mühendislik, lojistik, satış ve pazarlama fonksiyonel bölümlerine yönelik sayısız performans ölçütü sunmaktadır (Yılmaz, 2013).

White ve Griffith (2010:145) sağlık hizmeti sunum performansını klinik performans bağlamında incelemektedir. Klinik performans sağlık kurumunun sunduğu teşhis ve tedavi hizmetine ilişkin sonuç performansı olarak düşünülebilir (White ve Griffith, 2010:141). Sağlık kurumlarının yerine getirmesi gereken temel işlevler doğru teşhiste bulunmak; güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanlı verimli ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunmak; hasta bakım planlaması ve tedaviyi kişiselleştirmek, toplum sağlığına katkıda bulunmak ve klinik performansı iyileştirmektir. Bu işlevleri yerine getirmede ise, sağlık kurumları performans ölçümüne ihtiyaç duyar. White ve Griffith (2010:170) klinik performans ölçütlerini girdi ve çıktı ölçütleri olarak sınıflandırır. Girdi ölçütleri; talep, maliyet ve insan kaynakları, çıktı ölçütleri ise; verimlilik, kalite ve memnuniyet ölçütlerinden oluşur (Yılmaz, 2013).

Aşağıda çizelge 2.2’de mayo klinik öncelikli performans göstergeleri tablosu yer almaktadır. Performans göstergelerinin çok boyutlu olduğu ve hem iç süreçler hem de dış çevreye yönelik göstergelerden oluştuğu görülmektedir. Müşteri memnuniyeti ve verimlilik öncelikli göstergeler arasında ilk sırada gelmektedir. Balans skor kart yaklaşımı doğrultusunda hem finansal hem de finansal olmayan göstergeler kullanılmıştır.

Çizelge 2.2. Mayo klinik öncelikli performans yönetim göstergeleri

Kategori	Gösterge adı
Müşteri memnuniyeti	Birinci basamak ve yan dal sağlık bakım hizmet sunum oranı
Klinik üretim ve verimlilik	Çalışma günü başına hekim klinik verimliliği, hekim başına düşen ayakta tedavi edilen hasta sayısı.
Finansal performans	Ünite ile ilgili giderler
İç operasyonlar	Ortalama genel muayene süresi, hasta şikayet oranları, hastaların bekleme süreleri.
Karşılıklı saygı/çeşitlilik	Yetersiz temsil edilen gruplardan gelen personel yüzdesi, çalışan memnuniyet anketleri.
Sosyal taahhütler	Kurumun topluma katkısı
Dış çevresel değerlendirme	Yönetimin çevresel taramaları, pazar payı
Hasta karakteristikleri	Yerleşim yerine ve gelir grubuna göre hasta dağılımı

Kaynak: (Curtright ve diğerleri, 2000)

Yukarıdaki açıklamalarda görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinde performansı açıklayabilecek standart performans göstergeleri olmayıp hedeflere göre farklı ölçütler mevcuttur. Bekmezci'ye (2008) göre performans ölçütleri tüm işletme çalışanlarına gelecekte değer yaratabilmek için bugün ne gibi işler yapmaları gerektiğini gösterir. Bu ölçütler, stratejilerin başarıyla uygulanıp uygulanmadığını gösteren ölçütlerdir. Performans ölçütleri eksik olan sonuç ölçütleri, sonuçlara nasıl ulaşılacağı konusunda belirsizlik yaratabilir ve optimal olmayan kısa dönemli uygulamalara başvurulmasına neden olabilir. Sonuç ölçütleri ile bağlantısı olmayan performans ölçütleri ise işletmeye ne kısa ne de uzun dönemde bir değer katmayacaktır.

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Performans Karnesi Kullanımı

Balans skor kart kavramının karşılığı olarak performans karnesi kavramı sıklıkla kullanılmaktadır. Bu ve bundan sonraki bölümlerde balans skor kart kavramı yerine performans karnesi kavramı kullanılacaktır.

Performans karnesi, sağlık sistemi performansını ölçmek ve raporlamak için giderek daha fazla kullanılmaktadır. Bu yöntemde, göstergeler, dengeli bir performans görüntüsü sağlayan ve hastanelerde stratejik kararları yönlendiren farklı perspektiflerde yer almaktadır (Chiu vd, 2007; El-Jardali vd, 2011) Bu, eksiksiz bir performans değerlendirme sistemi kurmak ve stratejileri değerlendirmek için bir dizi performans indeksini oluşturmak ve böylece organizasyonların stratejileri ve olasılıklarını elde etmek

içindir (Wu, 2011). Performans karnesinin avantajları, iletişim ve takım çalışması, bağlılık, geri bildirim ve öğrenim olmak üzere üç açıdan sınıflandırılmıştır. BSK, üst yönetimin vizyonu netleştirmesini, takım çalışmasını geliştirmesini, stratejiyi genişletmesini ve organizasyonda müşteri odaklılık yükümlülüğünü artırmasını sağlar (Banker ve diğerleri, 2004; Aranda ve Aralleno, 2010, aktaran Rahimi ve diğerleri, 2017)

Performans karnesi, organizasyonun misyon ve hedeflerine yönelik başarısı ve performansı ile ilgili çizelgeyi ortaya koyar. Kuruluştaki neler olup bittiğinin bütünsel bir görüşünü sunar. Bu performans ölçümlerini ödüllendirmekle dengeli puan kartı, çalışanların bir bütün olarak organizasyon için en iyisini yapmasını sağlar. Performans karnesi tasarlamamanın ilk adımı, stratejik hedeflerin belirlenmesidir. Stratejik hedeflerin olması gerekir. Puan kartı önlemleri geliştirilmeden önce stratejik hedeflerin üzerinde anlaşılması gerekir. Aksi takdirde, puan kartı önlemleri kurumun misyonunu ve stratejilerini yansıtmaz (Chan ve Ho, 1999).

Performans karnesi, günümüzün rekabet koşullarının gereği olan müşteri tatmini, çalışanların tatmini, kalite, yenilik gibi finansal olmayan performans ölçülerine de ağırlık vererek sağlıklı bir performans bilgisi sunmayı sağlar. Kurumsal başarı karnesinde görülmeyen değerler de performans ölçümleme sistemine dâhil edildiğinden gerek çalışanların gerekse vatandaşların algıları, memnuniyetleri, sosyo-kültürel düzeyleri dikkate alınmaktadır. Kurumsal performans karnesi kamu örgütlerinde vatandaşları ve paydaşları dikkate aldığından performans bilgisine dışsal bir boyut kazandırdığı görülmektedir (Büyük ve Barca, 2015).

Performans karnesi, sağlık sektöründeki özel hastanelerde, kamu hastanelerinde, üniversite hastanelerinde, vakıf hastanelerinde ve birkaç hastanenin birleşiminden oluşan hastane gruplarında performans yönetimi aracı olarak kullanılmaktadır. Sağlık kuruluşlarında kullanılan performans karnelerinde öğrenme ve gelişme boyutu ve süreçler boyutu genellikle aynen kullanılmaktadır. Bazı sağlık kuruluşlarının performans karnelerinde müşteri boyutu, hasta boyutu olarak adlandırılmaktadır. Kar amacı olmayan vakıf hastanelerinde ise, finansal boyut yerine kamu yararı boyutunun kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca bazı hastanelerin performans karnelerine, hastanenin faaliyetleri ile ilgili bazı farklı boyutların eklendiği de görülmektedir (Coşkun, 2006).

Kurumsal performans karnesi hastanelerin performanslarının ölçümü ve iyileştirilmesi üzerine odaklanmakta, bunu yaparken de vizyona odaklı stratejilerin geliştirilmesini, stratejilerin performans göstergeleri ile ölçülebilir hale getirilmesini sağlamaktadır. Hastanelerde, hizmet stratejileri ve buna bağlı olan kritik performans göstergeleri net olarak belirlendiği sürece hastanelerde verimlilik ve performans ölçümü yapmak ve sonuçlardan etkin bir şekilde faydalanmak mümkün olacaktır (Korkmaz, 2011).

Stratejik yönetimde göreceli olarak yeni bir kavram olmasına rağmen, sağlık kuruluşları bu programı uygulamaya başlamaktadırlar. Sağlık sisteminin performansını ölçmek ve kaydetmenin gittikçe artan bir şekilde kullanılan Performans karnesi, stratejik ve işlevsel karar almanın risklerini ve faydalarını yükselten bir bakış açısı sağlayan örgüt yönetimi sağlar. Performans karnesi bilgi değişim ve kalite geliştirmeyi kolaylaştırabilir, bir sorumluluk mekanizması sağlayabilir ve sağlık planlaması sürecini destekleyebilir. Performans karnesi dört alanda performansı ölçer (Woodward ve diğerleri, aktaran Tengilimoğlu ve diğerleri, 2015: 408-409).

- Sağlık belirleyicileri ve statüsü,
- Toplum birleşmesi
- Kaynaklar ve hizmetler,
- Entegrasyon ve karşılık verme.

Performans karnesinin sağlık hizmetlerinde kullanılmasında, dört boyuta ilave olarak klinik ve finansal sonuçlar kısmının eklenmesinin yararlı olacağı Santiago (1999) tarafından ifade edilmektedir. Yine Pink ve arkadaşları (2001) ise dört boyutu değiştirmeden, finansal perspektif için finansal performans ve durum, müşteri perspektifi için: hasta tatmini, yenilik ve öğrenme perspektifi için: sistem entegrasyonu ve değişim, iç işletme süreçleri perspektifi için ise klinik kullanım ve sonuçlara yönelik göstergelerin sağlık hizmetlerinde kullanılabileceğini belirtmişlerdir (Kaya, 2005: aktaran Esatoğlu, 2007:368-369).

Çizelge 2.3 Anahtar Performans Göstergeleri Örneği

Finansal Boyut	İç süreçler Boyutu	Müşteriler Boyutu	Öğrenme gelişme Boyutu
Toplam Gelirin Toplam Maliyetlere Oranı	Acil Serviste Ortalama Kalış Süresi	Hasta Memnuniyeti Oranı	Personel Memnuniyeti Oranı
Hastane Kesintileri Yüzdesi	Acil Servis Bekleme Süresi	Hasta Şikâyeti Oranı	Personel Devir Hızı
Toplam Maliyetler İçindeki Personel Maliyeti Yüzdesi	Hastane Enfeksiyon Oranı	Aileler ve Ziyaretçiler İçin Kolaylıklar	Kişi Başına Eğitim Harcamaları
İlaç ve Malzeme Maliyeti	Ölüm Oranı		Çalışan Devamsızlık Oranı
Günlük Yatak Başı Ortalama Harcamalar	İptal edilen ameliyat oranı		
	Klinik Hatalar		
	Ortalama Yatış Süresi		
	Yatak Doluluk Oranı		
	Yatak Devir Hızı		
	Kişisel Memnuniyetle Ayrılma/taburcu oranı		

Kaynak. Rahimi ve diğerleri, (2017) “Key Performance Indicators In Hospital Based on Balanced Scorecard Model”. *J Health Man & Info*. 4(1):18.

Rahimi ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmada seçilen literatürün gözden geçirilmesinden yaklaşık 218 gösterge elde edildi. Delfi tekniği kullanılarak uzmanlar aracılığı ile 77 gösterge seçildi. Son olarak, balans skor kart yöntemine göre hastanelerin anahtar performans göstergeleri için 22'si seçildi. İçsel süreçler boyutunda 10 gösterge, finans boyutu için beş, öğrenme ve büyüme boyutu için dört ve müşteri için üç gösterge belirlenmiştir (Çizelge 2.3).

Castaneda-Mendez ve diğ. (1998), hastane işletmelerinde performansı ölçmek için dört boyutlu model önermektedir. Bu model hasta, içsel, öğrenme ve finansal boyuttan oluşmaktadır. Hasta boyutunda; hastalara sağlanan değer, içsel boyutunda; çalışanlara sağlanan değer, öğrenme ve finansal boyutlarında; işletmeye sağlanan değer ölçülmektedir. Hasta boyutunda; yeni sağlık hizmetleri, erişim, koruyucu tıp, klinik çıktılar, hasta ve ailelerinin tatmini göstergelerini almıştır. İçsel boyutunda; çalışanın refahı, çalışanların gelişimi, çalışanın bağlılığı, çalışanın memnuniyeti, hasta odaklı bütünleşme sıralanmıştır. Öğrenme boyutunda ise, kalite geliştirme, yeni hizmetleri kullanan hasta oranı, etkili süreç devir zamanı, etkili öğrenme devir zamanı, yeni hizmetler geliştirme zamanı göstergelerini

kullanmıştır. Finansal boyutta ise, faaliyet temelli maliyetleme, kalite veri tabanı maliyeti, değer katan analizler, organizasyon çevirim süresi, yatırımın geri dönüşü, nakit akışı oranı göstergelerini kullanmıştır (Yıldız ve diğerleri, 2013).

Doğru bir performans karnesi, sağlık hizmeti sunucularına en az altı yarar sağlayabilir: Müşteri iç görüşlerini ekleyebilir, iç süreçlere yeniden odaklanmayı sağlayabilir, iç paydaşlara enerji verir, müşteri kazanma çabalarını güçlendirebilir, müşteri ilişkilerini güçlendirebilir ve sadakat ve değer kazançlarını artırabilir (MacStravic, 1999). Dengeli skor kartının kullanılmasına ilişkin pek çok başarılı hikaye diğer endüstrilerde ve hizmet organizasyonlarında bildirilmiş olsa da, hastanelere uygulanmasının çok az kanıt bildirilmiştir (Chow ve diğerleri, 1998). Yine de, birçok ülkeden önde gelen araştırmacılar arasında sağlık hizmeti sunucuları tarafından dengeli skor kartı raporlamasının kullanılması gerekliliği konusunda güçlü bir görüş birliği vardı (Forgione, 1997; Chan ve Ho, 1999)

Performans karnesinin hastanelerde kullanımına ilişkin yapılan araştırmalardan bazıları aşağıda verilmiştir.

Berger (2004) tarafından yapılan araştırmada, Brilliant Hospital'in kurumsal performans karnesinde geleneksel dört boyut kullanılmıştır. Bu kurumsal performans karnesindeki finansal boyutta net varlıkların getirisi, rekabet pozisyonu, iş hacmindeki büyüme, nakit ödemelerdeki azalma ve nakit girişlerindeki artış olmak üzere beş performans ölçüsü kullanılmıştır. Müşteri boyutunun performans ölçüsü olarak sadece hasta memnuniyeti kullanılmıştır. Süreçler boyutunda yeni ürün geliştirme, mükemmel sunulan hizmetler, kalite ölçüleri ve kliniklerle ilgili çıktılar yer almaktadır. Öğrenme ve gelişme boyutunda stratejik duyarlılık, liderlik araştırması ve çalışan başına düşen eğitim süreleri yer almaktadır (Korkmaz, 2011).

Chen, Yamauchi, Kato, Nishimura ve Ito (2006) tarafından yapılan çalışmada, Çin ve Japonya'daki benzer özelliklere sahip iki hastane, performans karnesi uygun anahtar performans göstergeleri belirlenerek karşılaştırılmıştır. Hastaneler finansal, şirket içi yöntemler, müşteriler (hastalar) ve öğrenme ve gelişme boyutu olmak üzere dört boyutta incelenmiştir. *Finansal boyutta*; toplam kar marjı, net varlıkların getirisi, vaka başına ücretteki farklılıklar, toplam hasta gelirinin yüzdesine göre personel harcamaları, toplam

hasta gelirinin yüzdesine göre materyal fiyatlar, *şirket içi yöntemler boyutunda*; personel memnuniyeti, personel devir oranı, hastaların hastanede kalma süreleri, yatakta tedavi edilen hasta sayısı, her yıl doktor başına ayakta tedavi edilen hasta sayısı, her yıl doktor başına acil servise gelen hastaların sayısı, her yıl doktor başına hastanede yatan hasta sayısı, ölüm oranı, bir yıl boyunca gerçekleşen tıbbi hata sayısı, *Müşteri boyutunda*; hasta memnuniyeti, ayakta tedavi olan hastaların bekleme süresi, *öğrenme ve gelişme boyutunda* ise, tıbbi araştırmalar için harcanan paralar, her tıbbi personel başına yayınlanan makale sayısı, hastalar için gerekli aktiviteler yer almıştır (Korkmaz, 2011).

Çalışmalar sonucunda, kurumsal performans karnesinin var olan problemleri vurgulamak ve gelişme fırsatlarını görebilmek için en etkin yöntem olduğu saplanmıştır. Aynı zamanda kurumsal performans karnesinin her ülkenin sağlık sisteminin performans gelişimine katkıda bulunduğu da belirlenmiştir. Kurumsal performans karnesi yalnızca Çin ve Japonya'daki her bir hastanenin performansını geliştirmek için değil, aynı zamanda ulusal sağlık politikalarının uygulanmasına izin veren etkin sağlık faktörlerinin ortaya çıkmasına da katkıda bulunmuştur (Korkmaz, 2011).

Chan ve Ho (1999) tarafından Kanada'daki hastanelerde gerçekleştirilen çalışmada, hastane yöneticilerinin performans karnesi'ni stratejik yönetim aracı olarak gördükleri, organizasyonun vizyon ve stratejileri ile hedeflerler arasında bağlantı kurduğu ve performansı ölçmek için iyi bir araç olduğunu belirtmiştir.

Zelman ve diğerleri, (2003) sağlık hizmetlerinde performans karnesi kullanımına ilişkin yaptıkları araştırmada performans karnesinin hastaneler ve birçok sağlık sunucusu tarafından; kurumsal performans ölçümü, kamunun bilgilendirilmesi, klinik süreç geliştirme, hastane birim performansı ölçümü, hizmet kalitesi ve çıktı ölçümü, hizmet değerlendirmesi ve hastane organizasyonlarının performansının ölçülmesi için kullanıldığını tespit etmiştir. Zelman ve diğerlerinin (2003) yaptığı bu çalışmada, performans karnesinin sağlık sektöründe kullanımında, performans boyutları olarak, gelişim ve toplum odaklılık, insan kaynakları, tedavi ve hizmet kalitesi, klinik üretkenlik ve verimlilik, karşılıklı saygı ve çeşitlilik, sosyal bağlılık, dış çevre değerlendirmesi, hasta özellikleri ve çıktılar boyutların ele alındığını belirtmiştir (Yılmaz, 2013).

Lin, Yu ve Zhang (2014) tarafından yapılan “Çindeki hastanelerde kurumsal karne uygulanmasının sonuçları” konulu makalede, örnekleme alınan kamu hastanelerinin % 83.1’inde kurumsal karnenin uygulandığı görülmüştür. Çalışma sonuçlarına göre; BSK’yı dört perspektiften (yani, finansal / operasyonel, müşteriler / hastalar, hizmet kalitesi / çalışma prosedürleri, öğrenme ve büyüme) performans ölçümleriyle benimsemiş olan hastaneler, benimseme olmayanlara kıyasla daha iyi kurumsal performans ve bireysel tatmin elde edebilirler. Bu nedenle hastaneler, sadece hastane yönetiminde finansal performans ölçütlerine güvenmek yerine, müşterilerin (hasta talepleri ve memnuniyeti), iç süreçler (hizmet kalitesi ve işletme prosedürleri) ve öğrenme ve büyüme (araştırma ve eğitim) üzerindeki performans ölçümlerine vurgu yapmalıdır. Performans karnelerinde daha fazla performans ölçütü kullanan hastaneler, hem kurumsal performans hem de bireysel tatmin açısından performans karnesi uygulamasında daha az performans ölçümü kullanan hastanelerden daha iyi performans gösterebilirler. Daha fazla performans ölçütü kullanıldığında, özellikle örgütsel strateji ile eşleştirilen daha fazla finansal olmayan performans ölçümleri kullanıldığında, performansın pek çok açıdan motive edilebileceği belirtilmektedir. Bu sayede hastane hizmet stratejileri veya işletme hedefleri ışığında tıbbi hizmet bölümleri ve uygulayıcıları arasında hedef uyumu ve işbirliğini artırabileceği belirtilmiştir.

Shukri ve Ramli (2015) tarafından yapılan çalışmada, Malezya’daki özel hastanelerin Performans karnesi aracılığıyla üst yönetimin algılarına odaklanarak örgüt yapısını ve performanslarını değerlendirmelerine yönelik çalışma yapılmıştır. Yapılandırılmış bir anket uygulanmış ve ankete Özel Hastaneler Birliği’ne kayıtlı 97 özel hastane dahil edilmiştir. Tanımlayıcı sonuçlar, dengeli puan kartını benimseyen özel hastanelerin çoğunun oldukça merkezileştirildiğini ve kurumsallaştığını göstermektedir. Bu özel hastaneler, sağlık hizmet sunucularının idaresini ve yönetimini, kabul edilen değerlere uygun hareket etmesini sağlamak için resmi kurallara ve yazılı resmi prosedürlere dahil olmuşlardır. Bu nedenle, iç iş süreçleri, hasta kalitesi hizmetleri, güvenlik ve memnuniyet, örgütsel öğrenme ve büyüme ve finansal olmak üzere bu sektörde iyileştirilmiş performanslarla meşru bir bağlantı söz konusu olduğunu belirtmişlerdir.

Performans karnesinin yararları şöyle özetlenebilir (Service Public Federal, 2006: 21; Usta, 2012):

- Performans karnesi araştırmalar yapar ve göstergeler arasında bağlantı kurar.

- Değişik düzeylerde somut performans kriterlerini, kurumun stratejilerini ve amaçlarını gösterir.
 - Şimdiki performans çalışmalarını geleceği hesap ederek düzenler.
 - Yapılabilirlik ve fırsatlar konusunda öğrenmeleri gerçekleştirir.
 - Kurumda neden-sonuç ilişkilerini ortaya koyar.
 - Beklenen özel amaçlar için sorumlulukları gösterir.
 - Stratejik plan ile bütçe döngüsünü uyumlaştırır.
 - Bilgi analizi ve yorumlaması yapar, karar vermeyi kolaylaştırır.
 - Sunulan iç ve dış hizmetleri iyileştirir, yeni bir çalışma sistemini kurar.
 - İletişim kanallarını güçlendirir, yeni bir kültürün oluşmasına katkı sağlar ve izleme ile değerlendirmeyi kolaylaştırır.
- 

2.6. KAMU HASTANELERİNDE PERFORMANS YÖNETİMİ

Günümüzde bireylerin sağlık hizmetleri kalite algısı, sağlık hizmet sunucularına göre farklılık göstermektedir. Hastalar hizmet sunulacak mekanın modern olması, temizlik ve hijyen koşullarının sağlanması, hastanenin ulaşılabilirliği, randevu, muayene, bekleme gibi süreçlerin beklentileri karşılaması, teşhis, tedavi ve bakım sürecinin planlanması, kişiliğe verilen önem, hastanın bilgilendirilmesi ve görüşünün alınması gibi unsurlar kalite ölçütleri olarak değerlendirilebilir. Sağlık bakımında etkililiği ve kaliteyi arttırmak ve daha iyi sağlık çıktısı elde etmek için gittikçe artan oranda performans yönetimlerine ağırlık verilmektedir (Aydın ve Demir, 2006:22-29).

Sağlık hizmetlerindeki talebin her geçen gün niceliksel ve niteliksel olarak artacağı gerçeği, bu talebin karşılanması ve kaynak kullanımının verimli hale getirilmesi için, kaynakların etkin kullanımı ve performansının artırılmasını zorunlu kılmaktadır (Pakdil, 2007:115)

Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulaması; sağlık kurumunun Bakanlık tarafından önceden belirlenmiş standartlara göre hizmet kalitesi, verimlilik, etkililik ve uygunluk açısından değerlendirmeye tabi tutulmasıdır. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulamasının birbiriyle entegre edilmesi sonucu kalite çalışmaları Sağlık Bakanlığı kurumlarında ana gündem konusu olmuştur. Kurumsal performansın yüksek olduğu kurum veya kuruluşlarda, bireysel performans da daha fazla ödüllendirilmektedir. Böylece niceliğe verilen ödülün büyüklüğünü nitelik belirlemektedir. Süreç ve sonuç bazlı olarak sistemi birçok açıdan değerlendirmeyi öngören bir tarzda tasarlanmıştır Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulaması, ülkemiz sağlık sisteminin ihtiyaçlarının şekillendirdiği bir uygulamalar bileşkesi olmasının yanında sağlık hizmetlerini, içinde yer aldığı ülkeler skalasında öne taşıyacak, hasta güvenliği, laboratuvar güvenliği, hasta hakları ve tesis güvenliği gibi genel hususları da önceleyen bir sistem hüviyetine sahip bir uygulamadır (Tarcan ve diğerleri, 2009:17).

Kamu hastanelerinde performans yönetimine bakış açısında, kamu hastanelerinin değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için mevcut merkezi yapıdan kurtarılması üzerinde

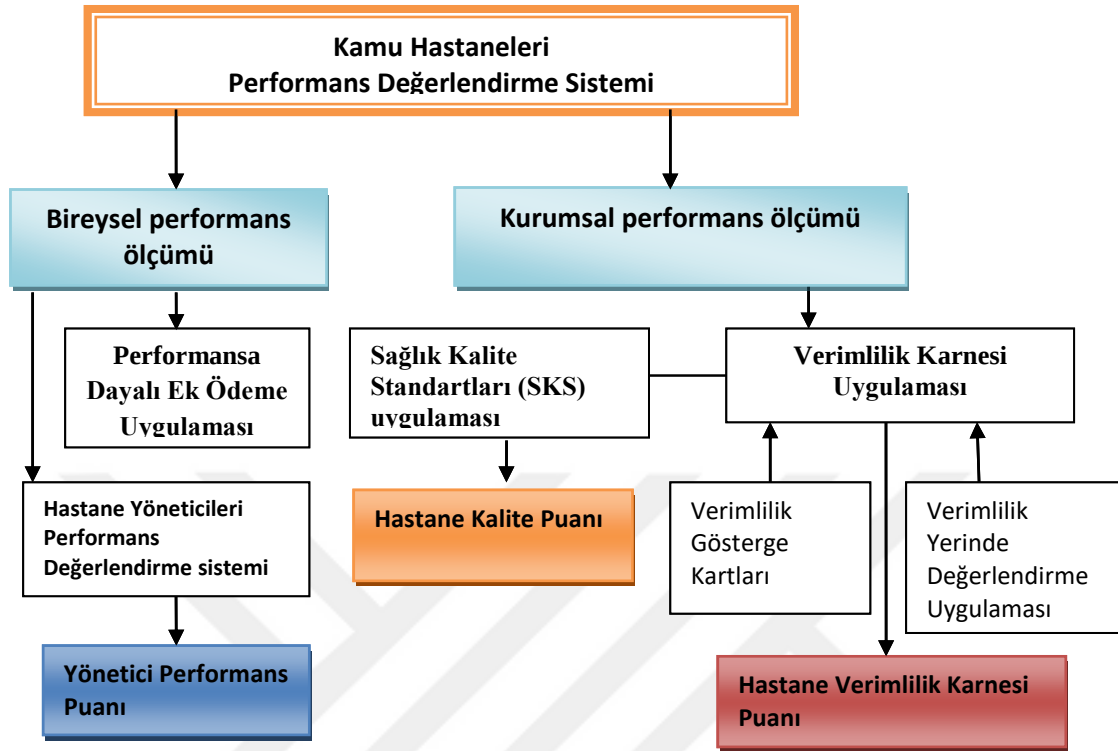
durulmaktadır. Bu amaçla, hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için hem idari ve mali açıdan hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik kavramından bahsedilmektedir. Bu yapının doğal bir sonucu olarak her hastane kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu olacaktır. Aynı zamanda atanmış statik yöneticilikten performans yönetimine geçme gerekliliği, performans göstergelerinin belirleneceği ve performansla bağlı ödeme sistemlerinin geliştirileceğinden söz edilmektedir. Yeni yapılanma ile kamu sağlık hizmetlerinin daha etkili, verimli, süratli, kaliteli, halkın talep ve beklentilerine daha duyarlı bir şekilde sunulması amaçlanmaktadır (TKHK, 2012:1).

Hastane performansı çok boyutlu bir yapıdır. Hastanenin ayrıntılı performansını kapsayan tek bir ölçüt yoktur. Geçmişte hastane performansını tanımlamak için maliyet göstergeleri, çıktı oranları ve finansal ölçütler kullanılmıştır (Gruca ve Nath,1994:89). Gruca ve diğerleri hastanelerin performansını üç ölçütü tanımlamıştır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2015:409):

- Finansal performans
- Faaliyet/ işletme performansı
- Pazarlama performansı

Hastanelerde ölçme ve değerlendirme Tarcan ve arkadaşları (2009) tarafından muayeneye erişim, hizmet kalite standartları, memnuniyet ölçümü ve verimlilik göstergeleri başlıklarında gruplandırılmıştır. Hastanelerde 2012 yılına kadar bu dört parametre üzerinden ölçme ve değerlendirme yapılmakta iken 2012 yılında Kamu Hastane Birlikleri kurulduktan sonra verimlilik göstergeleri yerine hastanelerde verimlilik karne uygulaması ile verimlilik değerlendirmeleri yapılmaya başlanmıştır. İllerde hastanelerin daha etkin yönetilmesi için il sağlık müdürlüklerinden bağımsız bir yapı olan kamu hastane birlikleri kurulmuş ve hastanelerin daha özerk yapıya kavuşturulması amaçlanmıştır.

Kamu hastanelerinde performans yönetimi, performansla dayalı ek ödeme sistemi ile başlamıştır. Literatür bilgileri derlenerek oluşturulan kamu hastanelerinde uygulanan performans değerlendirme uygulamaları şekil.2.4'te gösterilmiştir.



Şekil. 2.3. Kamu Hastaneleri Performans Değerlendirme Sistemi

Kamu hastanelerinde performans değerlendirmesi, bireysel ve kurumsal performans değerlendirme olarak iki grupta incelenebilir. Bireysel değerlendirme; performansa dayalı ek ödeme sistemi ile yapılmakta olup doktorların yaptığı özellikli hizmetler ile hizmet karşılığı aldığı puanlar hesaplanmakta ve ona göre hastane gelirlerinden alacakları pay belirlenmektedir. Doktorların elde ettikleri hastane puan ortalamasına göre de diğer personelin ek ödemesi hesaplanmaktadır. Bir diğer bireysel performans değerlendirme uygulaması hastane yöneticileri performans değerlendirme uygulamasıdır. Verimlilik karnesi uygulaması ile birlikte hastanelerde verimlilik karnesinden alınan toplam puan yönetici performans puanı olarak değerlendirilmektedir. 994 sayılı KHK ile hastaneler tekrar İl Sağlık Müdürlüklerine bağlanınca yeni bir sözleşmeli yönetici performans değerlendirme kriterleri yayımlanmıştır. Hastane yöneticilerinin performans değerlendirmesi yayımlanan kriterler üzerinden yapılacaktır. Bu kriterler hastane ile ilgili çeşitli performans göstergelerinden oluşmuştur. Bu göstergelerden bazıları; hastane antibiyotik bulunan reçete oranı, yatak doluluk oranı, yatak devir hızı, mavi kod uygulaması uyum oranı, acilden sevk edilen hasta oranıdır.

Kurumsal performans ölçümü uygulamalarında iki önemli uygulama bulunmaktadır. Bunlardan birincisi 2003 yılında alt yapısı oluşturulmaya başlayan ve hizmet kalite standartları (HKS) olarak adlandırılan, daha sonrasında ise sağlık kalite standartları (SKS) olarak adlandırılan kalite değerlendirmeleri uygulamalarıdır. SKS daha çok hizmet süreçlerine ilişkin standartları belirlemekte, aynı zamanda belirlenen bölüm bazlı ve klinik bazlı performans göstergeleri ile hizmetlerin standartlara uygunluğunu denetlemektedir. Böylece hastanelerde sağlık hizmetlerinin belirli standartlarda verilmesini sağlamaya yardımcı olmaktadır. Kalite değerlendirmeleri sonucunda hastanelere kalite puanı verilmektedir.

Diğer bir uygulama ise verimlilik karne uygulamasıdır. Verimlilik karne uygulaması kurumsal performansı birçok gösterge açısından ölçen çok boyutlu değerlendirme tekniğidir. Verimlilik karne uygulaması sonucunda hastane verimlilik karne puanı hesaplanmakta ve hastaneler değerlendirilmektedir. Kamu hastanelerinde verimlilik karne uygulaması bölüm 2.6.6’da geniş olarak açıklanmıştır.

Kamu hastanelerinde performans bireysel performans ve kurumsal performans uygulamalarına ilişkin ayrıntılı bilgi aşağıda verilmektedir.

2.6.1. Kamu Hastanelerinde Bireysel Performans Yönetimi

Performans yönetiminin stratejik, idari ve gelişimsel olarak sınıflandırılan üç temel fonksiyonu vardır. Stratejik fonksiyon, çalışanların performansını genel organizasyon stratejisine bağlar. İdari olarak, performans yönetimi, yöneticilerin maaş artışları, promosyonlar, tanıma ve ödüller gibi önemli kararlar almalarına yardımcı olmak için değerli bilgiler sağlar. Performans yönetiminin gelişimsel fonksiyonu, sağlık çalışanlarının güçlü ve zayıf yönleri hakkında bilgi sağlanması yoluyla gerçekleştirilir (Lutwama ve diğerleri, 2013).

Performans yönetimi, çalışanların, ekiplerin ve nihayetinde organizasyonun verimliliğini en üst düzeye çıkarmak için organizasyonel süreçlerin uygulanmasını sağlamak amacıyla hedefe yönelik bir süreçtir. İşgücünün değerini ölçmeyi ve geliştirmeyi içerecek şekilde örgütsel stratejinin başarılmasında önemli bir oyuncudur. Performans yönetimi, teşvik

hedeflerini ve karşılık gelen teşvik değerlerini içerir, böylece ilişki açıkça anlaşılabilir ve iletilebilir. Teşvikler ve performans arasında yakın bir ilişki vardır (Giannetto, 2009).

Kamu hastanelerinde bireysel performans yönetimi, sağlık çalışanlarının performanslarının artmasını teşvik etmek amacı ile 2003 yılında uygulamaya konan performansa dayalı performansa dayalı ek ödeme sistemi ile başlamıştır. Yine hastane yöneticilerinin performanslarını ölçmek için yönetici birim performansı uygulaması oluşturulmuş, 2012 yılından sonra ise hastane yöneticilerin performansları, verimlilik karnesi uygulaması sonuçlarına göre değerlendirilmeye başlanmıştır. Kamu hastanelerinde bireysel performans ölçümünün yapıldığı iki uygulama bulunmaktadır. Birincisi performansa dayalı ek ödeme uygulaması, ikincisi ise yöneticilerin performanslarının değerlendirildiği yönetici performans uygulamasıdır.

2.6.1.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Performansa dayalı ek ödeme; Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin; ünvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir. Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp belirlenen başarı ölçütlerine göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği arttırmasının yanında kurumsal performans kriterleri ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlayan bir uygulamadır (Aydın ve Demir, 2006:53).

Performansa dayalı ek ödeme uygulamasının temel amacı, kamu sektörü sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmektir. Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatıldığı zaman kamu sektöründeki insan kaynakları yetersizliğinin Sağlıkta Dönüşüm Programı hedeflerine ulaşılmasını engelleyebilecek sıkıntılı bir durum olduğu fark edilmiştir. Programın başlatılması aşamasından bugüne kadar geçen süreçte, nüfus başına düşen sağlık personeli oranı, diğer orta-gelirli ülkeler ve OECD ülkelerinden daha düşük durumdadır (Sağlık Bakanlığı, 2012:6).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, yalnızca parasal bir ödeme modeli olmayıp, personelin verimliliğini ve motivasyonunu arttıran aynı zamanda kendi içinde farklı dinamikleri barındıran bir uygulamadır. Uygulama ile kamuda çalışan ve sağlık hizmeti sunan personelin gerek çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerekse sağlık hizmeti sunumundaki performansı karşılığı ücret ödenmesi yoluyla verimli ve etkin hizmet sunumu sağlanmıştır. Uygulamanın bir diğer hedefi, kamuda görev yapan tabiplerin gelir eksikliği nedeniyle kamu dışında da görev yapmalarının önüne geçerek dahi iyi bir gelir seviyesi sayesinde tüm tabipleri kamuya çekmek ve daha sosyal bir sağlık hizmeti anlayışını yerleştirebilmektir (Sağlık Bakanlığı, 2012:6).

Genel tanımı ile performansa dayalı ücret sistemleri, ücret ile performans arasında ilişki kurarak oluşturulan ücret sistemleridir. Bazı yazarlarca bu ilişki özendirici ve liyakata dayalı ücret sistemleri olarak iki başlıkta incelenmektedir. Özendirici ücret sistemlerinde, performans düzeyi ile ücret arasındaki ilişki standartlar ya da bazı doğrudan göstergelere göre belirlenir. Performansa dayalı ücret sistemlerinin temel özelliği performans ile ödüllendirme ilişkisinin astlar tarafından rahatlıkla algılanabilir ve anlaşılabilir olması gerekmektedir. Astlar bu ilişkiyi algılamıyorsa sistemin etkinliği olumsuz olacaktır (Uyargil, 2008:160-171).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, daha kaliteli ve iyi çıktıları sağlamaya yönelik ödeme yöntemidir. Teşviklerin kanıta dayalı tıp uygulamalarının sunulmasını teşvik edecek ve zorlayacak yönde ve aynı zamanda sağlık bakım sisteminin mümkün olduğunca daha etkili ve iyi sonuçların üretilmesine imkan sağlayacak şekilde değişmesi yönünde kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Forrest ve diğerleri, 2006:83, aktaran Çelik, 2007).

Finansal teşvikler ölçülebilir performans kriterlerinin bir fonksiyonu olarak hekim gelirlerindeki artışa neden olması önemlidir teşviklerin hekimlerin beklentileri doğrultusunda olması istenilen hedefleri gerçekleştirmek için hekimlerin gerekli çabayı göstermesini kolaylaştırır (Town ve diğerleri, 2005:234-240, aktaran Çelik, 2007).

Bireysel performans yönetimi uygulamalarının en önemlisi, performansa dayalı ek ödeme uygulamasıdır. Performansa dayalı ücretlendirme sisteminin temel amacı örgüt için değerli personeli cezbedecek, motive edecek, teşvik edecek, işletmede kalmalarını sağlayacak ve aynı zamanda personel tarafından adil olarak algılanacak, işletme için kabul edilebilir

maliyet sınırları içinde olan bir ödeme paketi tasarlamaktır (Benligiray, 2007:43-44, aktaran Arslan, 2011).

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir. Buna göre sağlık kurumlarında performansa dayalı ücretlendirme sistemi 2003 yılının ikinci yarısında uygulanmaya başlamıştır. İlk uygulama on pilot hastane üzerinde gerçekleşmiştir. Performansa dayalı ücretlendirme sistemi 2004 yılının başından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kuruluşlarında uygulanmaya başlamıştır. Bireysel performans ölçütleri 2004 yılında dikkate alınmış ve 2005 yılından itibaren kurumsal performans kriterleri de sisteme eklenmiştir (Arslan, 2011).

Birim Performansı uygulaması ile de yöneticiler dışında kalan tüm çalışanları içine alan bir model ortaya konmuştur. Bu uygulamada dahili branşta görev yapan uzman tabiplerin yapmış olduğu girişimsel işlem puanının belirli bir kısmı yatan hasta ziyaret puanına, cerrahi branşta görev yapan uzman tabiplerin puanının bir kısmı da küçük ameliyatlarda dışında kalan diğer ameliyat puanına bağlanmıştır. Böylece personelin branşında verimli çalışmasının teşvik edilmesinin yanı sıra ülke genelindeki tüm kurumlarda kurumsal kapasitenin daha verimli kullanılması, hastaların bulundukları yerde ameliyat ve yatışının yapılarak hasta sevkının azaltılması amaçlanmıştır. Ayrıca uzman hekimler dışında kalan sağlık çalışanlarının ise çalıştıkları bölümlerdeki kaliteli hizmet sunumunun artırılmasına yönelik çalışmalarını teşvik etmek ve farkındalık oluşturmak adına her bölümün kalite puanının sadece o bölüm çalışanlarını etkilemesi sağlanmıştır. (Sağlık Bakanlığı, 2012:3-4)

Daha sonra 2010-2012 yılları arasında, yöneticilerin performansını ortaya koymak amacı ile hastanelerde yönetici birim performans uygulaması başlatılmıştır.

2.6.1.2. Yönetici Performans uygulaması

Hastane yöneticilerine yönelik performans uygulaması, yönetici birim performans uygulaması adı altında, Bakanlığa bağlı hastanelerde başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire olarak görev yapan yöneticilerin performanslarının ölçümüne yönelik geliştirilen model 2010 yılından itibaren uygulamaya

konulmuştur. Geliştirilen bu modelde mali göstergelerin yanı sıra yöneticilerin performanslarını ölçmek için kriterler getirildi. Yönetici performansı uygulaması ölçümünde kullanılan iki faktör bulunmaktadır. Bunlardan ilki yöneticilerin temel sorumluluk alanında yer alan ve performanslarının değerlendirilmesine esas olan göstergelerden oluşan *ana faktör katsayısıdır*. İkinci faktör ise kurumların yönetilmesini olumsuz yönde etkileyen durumların etkilerini bertaraf etmek amacıyla yöneticilerin performansını pozitif yönde arttıran görev süresi, bölge farklılıkları, hastanelerin yapısal farklılıkları gibi ayrımları dikkate almaya yönelik olarak belirlenmiş düzeltme faktörü katsayısından oluşmaktadır. (SB, 2012:15)

Ana Faktör Göstergeleri:

- Borçluluk Oranı Katsayısı
- Borçluluk Süresi Katsayısı
- Hizmet Kalite Standartları Katsayısı
- Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı
- Muayene Kabul İşlemleri Katsayısı
- Performans Hedefi Katsayısı

Düzeltilme faktörünü oluşturan bazı parametreler:

- Bölge Gelişmişlik Katsayısı
- Hastane Türü Katsayısı
- Hastane Yaşı Katsayısı
- Mali Büyüklük Katsayısı
- Çalışma Süreleri Katsayısı (SB, 2012:25)

Oluşturulan bu modelde her ay düzenli olarak gerekli hesaplamalar yapılmakta, her yöneticinin performans katsayısı belirlenmekte ve belirlenen katsayılar yöneticilerin alacağı ücretlerle ilişkilendirilerek o ay alacağı ek ödemelerine yansıtılmaktadır (Akdağ, 2012).

Yönetici birim performans hesaplaması 2012 yılından sonra kaldırılmış olup yönetici performansları, kamu hastaneleri için oluşturulan verimlilik karne uygulaması üzerinden değerlendirilmeye başlanmıştır. Verimlilik karne uygulamasında yer alan karne puanlarına göre hastanelerdeki ve kamu hastane birliklerindeki yöneticilerin başarı durumları

değerlendirilmektedir. Buradaki performans durumu 2012 yılı modele göre alacağı ücretin belirlenmesinden çok başarı durumu için gösterge olarak kabul edilmektedir.

Daha sonra 663 nolu KHK kaldırılıp 994 nolu KHK ile kamu hastane birlikleri lağvedilip hastanelerin yönetimi tekrar İl Sağlık Müdürlüğüne bağlanmış ve merkezi yapıya dönmüştür. Verimlilik karnesi üzerinden değerlendirilen yönetici başarı durumu kriterleri değiştirilerek sözleşmeli yönetici performans kriterleri getirilmiştir. Bu performans değerlendirmenin amacı, yöneticinin alacağı ücretten ziyade görevine yönelik performansını ölçmek ve görev devamlılığına standart getirmektir.

2.6.2. Kamu Hastanelerinde Kurumsal Performans Yönetimi

Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulaması, ülkemizin sağlık kurumlarının ihtiyaçlarının belirlenmesi ve diğer ülkeler sıralamasında hizmet kalitesi, verimlilik, etkililik ve uygunluk açısından önlere taşımayı amaçlamaktadır. Uygulamada hem kurumlar birbirleri ile kıyaslanabilecek hem de diğer kurumların iyi uygulamalarını kendi kurumlarına entegre edebileceklerdir (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat 2012: 405).

Rekabet şartlarının zor olduğu hastane sektöründe hastaların ihtiyaçlarını miktar, kalite ve hizmet olarak en iyi düzeyde karşılayabilmek, hastanenin gerçek amaçlarına uygun doğru işleri, doğru biçimde yapmak, sürekli gelişimi yenilemeyle eşzamanlı olarak sağlamak, çalışanların iş doyumunu yükseltmek, yönetimi kontrol eden değil yönlendiren niteliğe kavuşturmak gibi temel amaçlar söz konusudur. Hastanenin gerçekleştirmesi gereken bütün bu beklentilerin elde edilmesindeki araçlardan birisi de kurumsal verimliliklerin ölçülmesi ve değerlendirilmesiyle mümkün olmaktadır. Yeni performans yönetimi anlayışında, işletme performansı; işletmeyi oluşturan sistemin tüm bileşenlerinin etkileşiminin toplam sonucu olarak ifade edilmektedir. Ayrıca bir kurumda çağdaş yönetim anlayışından bahsedebilmek için değişik model ve tekniklerle performans ölçümüne ilişkin uygulamaların yapılması modern yönetimin en önemli fonksiyonlarından biri haline gelmiştir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı göstergeler doğrultusunda kurumların verimliliklerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu göstergelerin temel özelliği hastaneleri kendi sınıfları arasında ve zaman içindeki gelişimi üzerinden değerlendiriliyor olmasıdır (Tarcan vd, 2009:27)

Hastanelerde uygulanan yönetim süreçlerinin performansı, sunulan sağlık hizmeti kalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Hastane yöneticileri performans eksiklerini tespit ederek, vizyon ve stratejilerini yeniden organize edebilir, bunları fırsata dönüştürebilir, benzer hizmet veren hastaneler ile karşılaştırabilir. Değerlendirmeler tıbbi hatalar, acil şikayetler, hasta ve çalışan memnuniyeti, işgücü devir oranları gibi ölçütleri içermektedir. Üst yönetimler bu ölçütleri takip etmekte ve yöneticilere sorumluluk vermektedir. Performans yönetimi ile ortaya konan hedefler ve bakış açısı çalışanlar ve tüm paydaşlarca benimsendikçe hizmetlerin etkisi de artacaktır (Ateş ve diğerleri, 2007:30,60).

2005 yılının başında "kurumsal kaliteyi geliştirme ve kurumsal performans" kavramı gündeme alınarak uygulamaya yeni bir boyut getirilmiştir. Bu kapsamda hastanelerde kurumsal performansın ölçülmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesi için farklı modeller üzerinde çalışılmıştır. Çalışmaların sonunda "Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" hazırlanmış ve yürürlüğe konmuştur (Aydın ve Demir, 2006:61).

Yönergede kurumsal performans ölçümünün dört alanda yapılması öngörülmüştür.

- a) Poliklinik hizmetleri
- b) Hastane kalite kriterleri
- c) Fiziki mekan ve süreçlerin denetimi
- d) Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketleri (Aydın ve Demir, 2006:61).

Ardından 2006 ve 2007 yıllarında değiştirilen yönerge "Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" adıyla güncellenmiştir. Yönerge ile sadece ikinci ve üçüncü basamak için değil aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu içinde bir takım kriterler getirilmiştir. Yönergede kurumsal performans ölçüm yöntemleri altı başlık altında toplanmıştır:

- Muayeneye Erişim Katsayısı
- Alt yapı ve süreç Değerlendirme Katsayısı
- Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketleri katsayısı
- Kurum Verimlilik Katsayısı
- Kuruluş Verimlilik katsayısı
- Kurumsal Hedef Katsayısı

2007 yılında kurumsal performansın sağlanabilmesi için Sağlık Müdürlüklerince düzenli denetimler başlamış ve hastanelerde hem fiziki iyileştirmeler hem de hastane süreçlerine ilişkin uygulamalar ile kalite kriterlerinin uygulanması ve kontrolü yapılmaya başlanmıştır. Bu dönemde hasta memnuniyeti anketleri uygulamaya konmuştur. Böylece hasta odaklı yaklaşım, uygulamada hastaların ağırlığını arttırmış ve hizmetlerde kalite arayışını gündeme taşımıştır (Akdağ, 2007:249-250).

Kurumsal performans ölçümü ile ödeme sistemi arasında ilişki oluşturulmuştur. Böylece bireysel performans ödüllendirilmesi kurumsal kalite ve performansa bağımlı hale gelmiştir. Bir başka deyişle kurumsal performansın yüksek olduğu bir birimde, aynı bireysel performans daha fazla ödüllendirilmektedir. Böylece niceliğe verilen ödülün büyüklüğünü nitelik belirlemektedir (Aydın, 2007:349).

Çizelge. 2.4. Hastanelerde kullanılan kurumsal performans ölçüm parametreleri

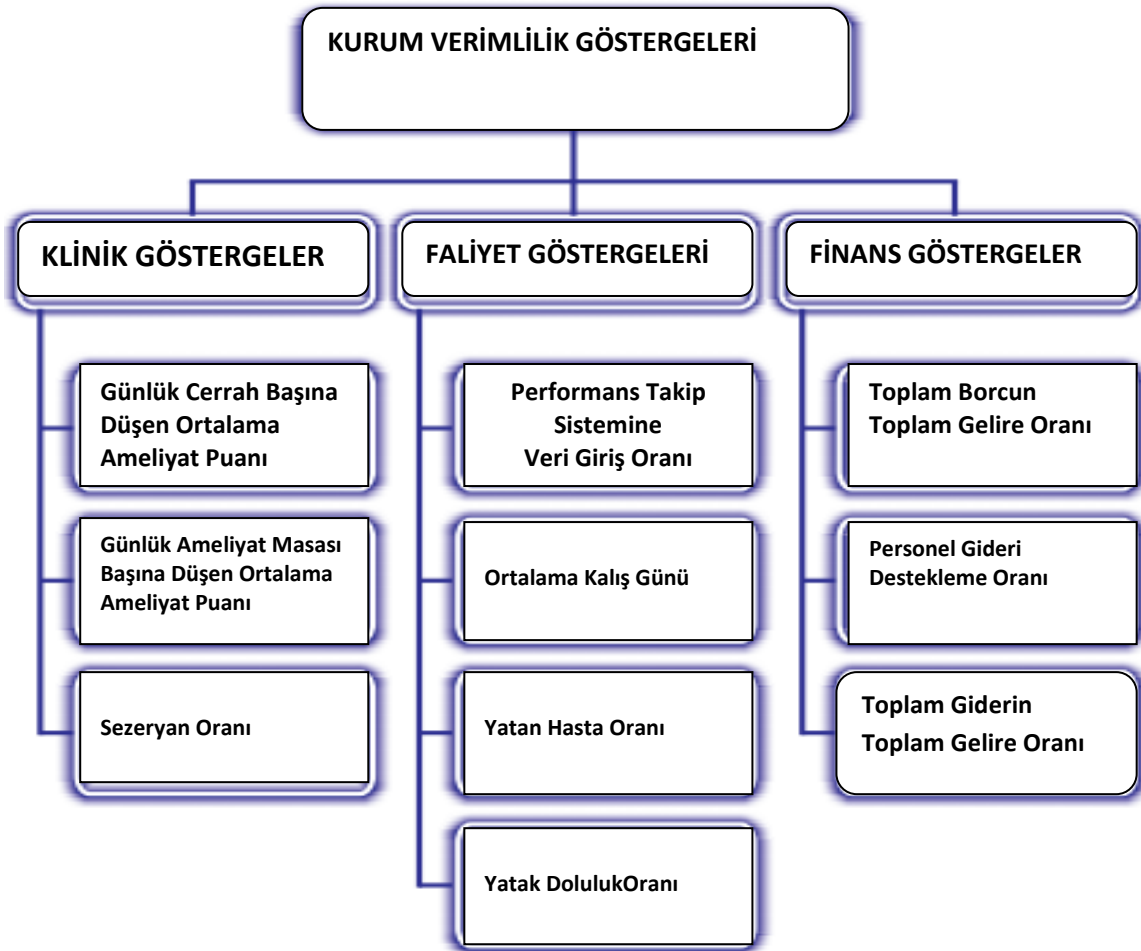
Hastane Parametreleri	Değerlendirmeyi Yapan	Uygulama Periyodu	Sonuç (Katsayı)
Muayeneye Erişim	İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü	4 ayda 1	0-1
Hizmet Kalite Standartları	İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü veya Bakanlık Değerlendiricileri	4 ayda 1	0-1
Memnuniyet Ölçümü	İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü veya Bakanlık Değerlendiricileri	Her ay	0-1
Verimlilik Göstergeleri	İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü	4 ayda 1	0-1
Kurumsal Performans Katsayısı	İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü	4 ayda 1	0-1

Kaynak: (Tarcan ve diğerleri, 2009:30)

Kamu hastanelerinde 2012 yılına kadar ölçüm değerlendirme temel olarak dört ana parametre üzerinden yapılmakta idi. (Çizelge 2.4) Bu dört parametrenin aritmetik ortalaması ise ilgili dönemin kurumsal performans katsayısını vermektedir. Döner sermaye komisyonu, dağıtılacak tutarı (karar alınan tutar), o dönem döner sermaye gelirlerinden

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Hazine ve Bakanlık payları ayrıldıktan sonra kalan miktarın %65'inin, kurumsal performans katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan miktarı geçmeyecek şekilde belirlenir.

Şekil 2.4'te ise hastanelerde 2012 yılına kadar kullanılan verimlilik göstergeleri belirtilmiştir. Ancak 2012 yılında oluşturulan verimlilik karnesi ile bu göstergelerin sayısı ve kapsamı genişlemiştir.

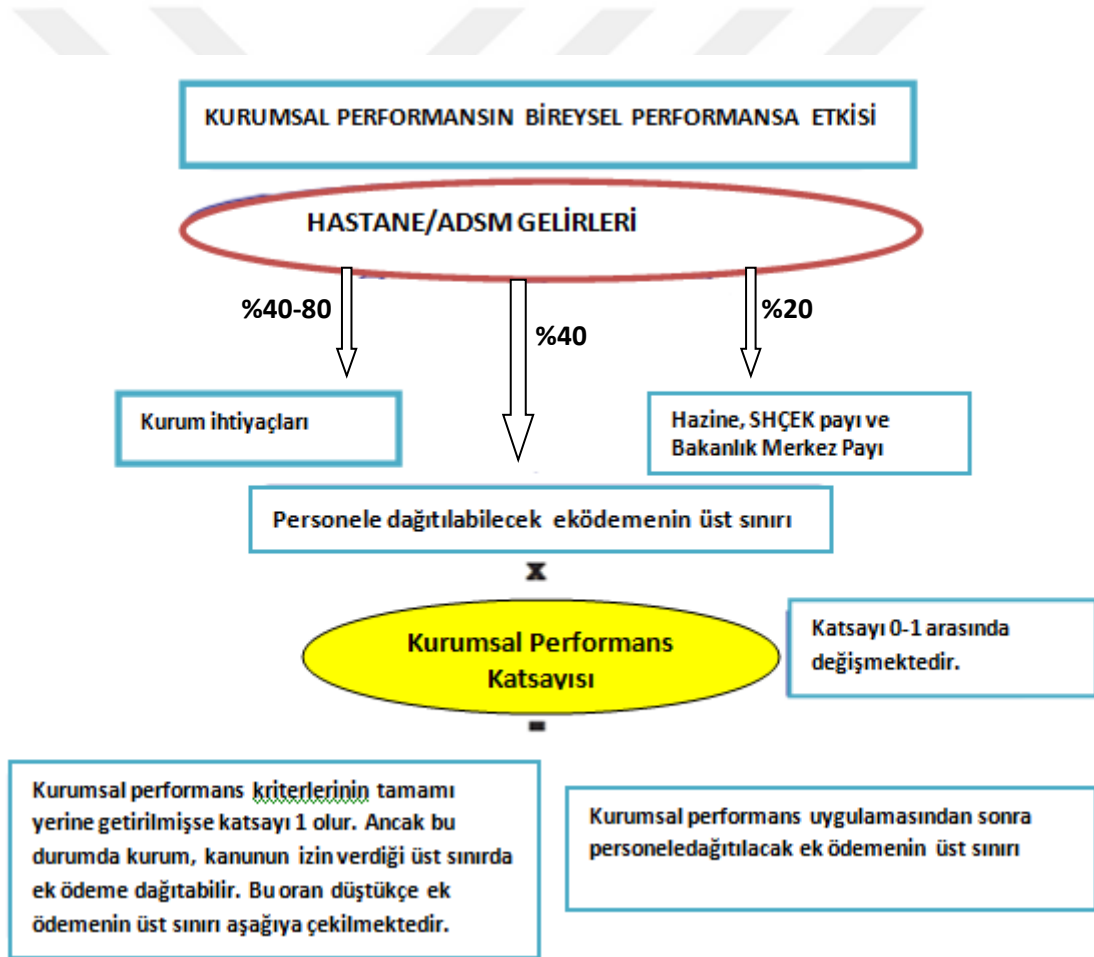


Şekil.2.4. Hastanelerde kullanılan verimlilik göstergeleri (Tarcan ve diğerleri, 2009:28)

Özellikle rekabetin artmakta olduğu hastane sektöründe hastaların ihtiyaçlarını miktar, kalite ve hizmet olarak en iyi düzeyde karşılayabilmek, hastanenin gerçek amaçlarına uygun doğru işleri, doğru biçimde yapmak, sürekli gelişimi yenilemeyle eşzamanlı olarak sağlamak, çalışanların iş doyumunu yükseltmek, yönetimi kontrol eden değil yönlendiren niteliğe kavuşturmak gibi temel amaçlar söz konusudur. Hastanenin gerçekleştirilmesi

gereken bütün bu beklentilerin elde edilmesindeki araçlardan birisi de kurumsal verimliliklerin ölçülmesi ve değerlendirilmesiyle mümkün olmaktadır. Yeni performans yönetimi anlayışında, işletme performansı; işletmeyi oluşturan sistemin tüm bileşenlerinin etkileşiminin toplam sonucu olarak ifade edilmektedir. Ayrıca bir kurumda çağdaş yönetim anlayışından bahsedebilmek için değişik model ve tekniklerle performans ölçümüne ilişkin uygulamaların yapılması modern yönetimin en önemli fonksiyonlarından biri haline gelmiş ve 10 adet gösterge ile verimlilik ölçülmüştür (Tarcan ve diğerleri, 2009:28).

Kamu hastanelerinde 2012 yılından itibaren yerine verimlilik karnesi uygulaması başlatılmış olup yukarıdaki göstergeler (Şekil 2.4) verimlilik karnesi üzerinden takip edilmeye başlanmıştır.



Şekil. 2. 5. II. ve III basamak sağlık kurumlarında kurumsal performansın bireysel performansa etkisi (Tarcan ve diğerleri, 2009:40)

Personele dağıtılacak ek ödeme miktarının belirlenmesinde kurumsal performans katsayısı uygulaması yapılmakta idi. Aylık kurumsal performans katsayısı, kurumların Yönetmelik uyarınca dağıtılabilecek ek ödeme tutarının belirlenmesinde kullanılmaktadır. Kurumsal

performans katsayısı = [(Hizmet Kalite Katsayısı x 0,65) + (Memnuniyet Katsayısı x 0,20) + (Veri İzleme Katsayısı x 0,15)]

Hastanelerde dağıtılabilecek döner sermaye tutarının hesaplanmasında 2013 yılına kadar **kurumsal performans katsayısı** uygulaması mevcuttu. Kurumsal performans katsayısını oluşturan parametreler, hizmet kalite katsayısı, memnuniyet katsayısı ve veri izlem katsayısı idi. Hastaneler Bakanlıkça yapılan kalite denetimleri sonucu aldıkları puan hizmet kalite puanını, Bakanlıkça veya il kalite koordinatörlüklerince yapılan memnuniyet anketleri ile hastanenin kalite indikatörlerine yönelik veri gönderimi yukarıdaki kurumsal performans katsayısı hesabındaki formüle (şekil 2.5) göre hesaplanarak, ek ödemenin dağıtılabılır tutarının belirlenmesinde kullanılmıştır.

Daha sonra 2012-2014 yılları arasında kurumsal performans katsayısı yerine **sağlık tesisi kalite katsayısı** ile ek ödmeden dağıtılacak tutar belirlenmeye başlanmıştır.

STKK = (Kalite standartları katsayısı x 0,35) + (Memnuniyet katsayısı x 0,25) + 0,40 şeklinde hesaplaması yapılmıştır.

Hastanelerde yapılan kalite denetimleri sonucu alınan puanın döner sermayeden alınacak paya etkisi olmakta idi. Ancak yapılan toplu sözleşme görüşmeleri sonucu, 1 Ocak 2014 tarihinden itibaren “209 Sayılı Kanun'un 5. maddesi uyarınca yapılan ek ödemelerin hesaplanmasında sağlık tesisi kalite katsayısı dikkate alınmaz” şeklinde değişiklik yapılmış ve ek ödeme hesaplamasında kalite puanının etkisi ortadan kaldırılmıştır. Bu tarihten sonra Hastanelerde kurumsal performans katsayısı hesaplaması yapılmamış ek ödeme dağıtılabılır tutarı şekil 2.5'teki kesintiler yapıldıktan sonra kalan tutar esas alınmak sureti ile belirlenmiştir.

Yine, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı İkinci Basamak Sağlık Tesislerinde Görev Yapan Personele Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge” ile 14/02/2013 tarihli ve 447 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren birim performans katsayısı uygulaması Danıştay kararı ile 2016 Mayıs ayından itibaren kaldırılmıştır. Kurumsal performans katsayısı tüm hastaneler için bir (1) kabul edilmektedir.

Şuanda sağlık kalite standartları seti ile hastanelerin kalite değerlendirmeleri yapılmakta ve kalite puanı hesaplanmaktadır. Kurumsal performans katsayısı ve kalite puanının ek ödeme dağıtımında, 2014 yılından önceki dönemde dağıtılan toplam ek ödeme tutarı üzerinde

oldukça etkisi varken, şu anki uygulamada kalite puanının ek ödemeye bir etkisi yoktur. Hastanelerde 2012 yılından sonra kurumsal performans ölçümü, verimlilik karnesi uygulaması ile ölçülmeye başlanmıştır. Ancak bu ölçümün de hastane ek ödeme sistemine etkisi olamayıp sadece hastane ve hastane idaresinin başarı durumunun belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır.

2.6.3. Kamu Hastanelerinde Kalite ve Verimlilik Uygulamalarına Genel Bakış

Günümüzde yaşanan hızlı değişim ve gelişime uyum çabası, rekabet ortamı ve mevcut ekonomik koşullar toplam kalite yönetimi olgusunu gündeme getiren faktörler olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde ise; hasta hakları, etik, sağlık hizmetlerinin planlanarak uygulanması, çalışanların motivasyonu, hizmet alanların ve paydaşların tam memnuniyetinin izlenmesi ve ölçülmesi, sonuçların dikkate alınması ve kalite yönünden sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi, kalite yönetimi anlayışı ile mümkün olabilecek beklentiler olarak ön plana çıkmaktadır. Sağlık alanında hastaların bilgi düzeyinin ve beklentilerinin artması toplam kalite yönetimi (TKY) konusunun önemini arttırmaktadır (Asunakutlu, 2005).

Herkesin erişebildiği, verimli olarak sunulması beklenen hizmet, sonuçta çağın koşullarına ve bilimsel gerçeklere uygun kaliteli bir sağlık hizmetidir. Aslında yolun başlangıcında hedeflenen ve ulaşılması istenen nokta budur. Ancak kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulması hâlinde çıktılarda beklenen iyileşme gözlenebilir. Sağlık hizmetlerinde kaliteden söz edince sağlık profesyonelleri daha çok klinik uygulamalar ve bunların çıktılarına bakarak bir yargıya varırken, hastalar daha çok kendilerine sunulan servis kalitesine göre kanaat elde ederler (Roberts ve diğerleri, 2001, aktaran Aydın ve Demir, 2006).

Hastaların sağlık hizmeti kalite algısı sağlık hizmet sunucularına göre farklılık gösterir. Hizmet sunulan ortamdaki başlayarak, hastanın müdahil olduğu ulaşım, muayene, randevu, bekleme gibi süreçlerin beklentilerini karşılaması yanında kişiliğine önem verilmesi, hastaların bilgilendirilmesi gibi unsurlarda hasta için kalite ölçütü haline gelmiştir (Aydın, 2007:260)

Sağlıkta kalite, kalite yönetimi anlayışı ile gerçekleştirilebilecek bir hedef olarak değerlendirilmektedir. Kalite yönetimi; organizasyonda liderlik, yönetim, insan, sistem ve

ürün kalitesinin bir arada sürekli olarak geliştirilmesini; kalite geliştirme, kalite planlama ve kalite kontrol çalışmalarının yapılmasını ve aynı zamanda kalite güvence sistem standartlarının oluşturulmasını amaçlayan yönetim anlayışı olarak tanımlanabilir. (Aktan, 1999:1) Bunun sağlık sektöründeki karşılığı, özet olarak hasta mutluluğu biçiminde tarif edilebilir. Doğru teşhis, doğru tedavi, beklemeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat, vb. gibi hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü, sağlıkta kalitenin unsurları olarak değerlendirilebilir (Morgil ve Küçükçirkin, 1995:33, aktaran Asunakutlu, 2005).

Nadzam ve Loeb (1998)'e göre, sağlık hizmetlerinde örgütsel ve klinik uygulamaların performansının artırılabilmesi için belli standartlara uyulması gerekmektedir. Standartlar örgütsel ve klinik fonksiyonların yapı ve süreç aşamalarını tanımlamaktadır. Buna göre sağlık hizmetlerinde kalite yönetim uygulamaları, standartların ve standartlaştırılmış performans göstergelerinin ölçülmesini destekleyerek örgütsel performansın değerlendirilmesini sağlamaktadır (Toprak ve Şahin, 2013).

Sağlık hizmetlerinde kalite uygulamalarına baktığımızda, 1998 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Kalite Yönetimi Şube Müdürlüğü” kurulmuştur. Şubenin amacı; Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumlarındaki hizmet sunumu ile ilgili vizyon, misyon ve ilkeleri belirlemek, hizmet alanları, insan kaynakları, hasta memnuniyeti, maliyet ölçümleri, hasta hakları, akreditasyon, hizmet kalitesi vb. çalışmalar ile sağlık alanındaki değişim ve gelişmeler doğrultusunda hizmetlerin standardize edilmesi ve TKY felsefesinin Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarına profesyonel bir yaklaşımla adaptasyonunu ve kurumsal değişimi sağlamaktır (Doğan ve Kaya 2004).

Bu bağlamda 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43. maddesine dayanılarak, Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün hizmetlerin ve yürütülen faaliyetlerin, TKY anlayışı ile; kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” 30 Ekim 2001 tarihinde yürürlüğe girmiş ve tüm valiliklere gönderilmiştir. Böylece, TKY anlayışının kurum bünyelerinde yerleştirilmesi çalışmalarına resmen başlanmıştır (Doğan ve Kaya, 2004).

Akdağ (2012) kalite ile ilgili Sağlık Bakanlığı’ndaki çalışmaları şöyle aktarmıştır; Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ana hedeflerinden biri de sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimini sağlamaktır. 2003 yılında ülkemize özgü bir uygulama olarak performansa dayalı ek ödeme sistemini geliştirildi. İkinci bir aşama olarak da bu sisteme 2005 yılında sağlık hizmet sunumunda kaliteyi esas alan “kurumsal performans ve kaliteyi geliştirme çalışması” ile kalite boyutunu eklendi. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemini hayata geçirildiğini ifade etmiştir.

Performans ve kaliteyi geliştirme çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. Bu kriterleri, uluslararası uygulamaları gözden geçirerek, ihtiyaçlar ve Bakanlık stratejisi çerçevesinde hazırlanmıştır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set hâline getirildi. 2008 yılında yaptığımız yeni bir revizyonda ise bu kriterleri hem yapısal hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlendi. Kalite kriterlerini, *Hizmet Kalite Standartları* adı altında toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan yeni bir sete dönüştürüldü. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1.450 alt bileşenden oluşan “*Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları*”nı hazırlayıp yayımlandı (Akdağ, 2012).

Hizmet Kalite Standartlarını hazırlarken pek çok değerlendircinin, hastane kalite temsilcilerinin, farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimlerini, görüş ve önerileri alındı. Ayrıca, ulusal ve uluslararası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapılanmaları, problemleri alanları ve ülke şartlarını da dikkate alındı.

Hizmet Kalite Standartları ile birlikte yayımlanan rehberler, sağlık hizmeti sunucularına uygulamalarda yol gösterici olduğu gibi uygulamaların yerinde değerlendirilmesi aşamasında da bir çizelge fonksiyonu görmektedir (Akdağ, 2012).

Çizelge. 2.5. Kamu hastanelerinde performans ve kalite uygulamalarının gelişim süreci

	Yıllar																	
FAALİYET	2003	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Performansa dayalı ek ödeme uygulaması (Bireysel performans ölçümü)	P																	
Hizmet kalite standartlarının oluşturulması (HKS)					R	R			R					R				
Hastanelerde kalite birimlerinin kurulması																		
Hastanelerde hizmet kalite değerlendirmelerinin yapılması																		
Kurumsal performans ölçümü																		
Yönetici performans ölçümü																		
Verimlilik karnesi uygulamasının başlaması ve uygulanması																		
Sağlıkta kalite standartları SKS-Hastane setinin oluşturulması																		
Sözleşmeli yönetici performans değerlendirme kriterlerinin oluşturulması																		

P= Pilot uygulama R=Revizyon ■ = Verimlilik karnesi uygulaması ile ilgili işlemler

Çizelge 2.5'te, TKHK (2012) verimlilik ön çalışma raporundan yararlanılarak hazırlanan kamu hastanelerinde performans ve kalite uygulamalarının gelişim süreci yıllara göre özetlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nda kalite ile ilgili çalışmalar, 1998 yılında Bakanlıkta Kalite Şube Müdürlüğü kurularak başlamış ve sonrasındaki yapılanma ile birlikte kalite çalışmaları hız kazanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte 2003 yılında performansa dayalı ek ödeme pilot uygulaması ile başlayan süreç, 2005 yılında 100 sorudan oluşan hizmet kalite standartlarının (HKS) oluşturulması ile devam etmiş, bu arada bireysel ve kurumsal performans ölçümü için performans göstergeleri oluşturulmaya başlanmıştır. Bireysel performans, performansa dayalı ek ödeme sistemi ile ölçülmeye başlanmıştır. 2006 yılından itibaren kurumsal performans ölçümü yapılmaya başlanmıştır. Bu ölçüm, hastane gelirlerinden personele dağıtılacak döner sermaye miktarının belirlenmesinde kullanılmakta idi. 2008 yılından itibaren hastanelerde sağlık bakanlığı merkezi hizmet kalite değerlendirmeleri başlatılmıştır. Bu dönemde kurumsal performans ölçümü için aşağıdaki kriterler kullanılmıştır.

- Muayeneye erişim
- Hizmet kalite standartları
- Memnuniyet ölçümü
- Kurumsal verimlilik ölçümü

Hizmet kalite değerlendirmelerinden elde edilen hizmet kalite puanı da hastane gelirlerinden personele dağıtılacak döner sermaye miktarının belirlenmesinde kullanılmıştır. Hizmet kalite standartlarında 2007, 2008, 2011 ve 2016 yıllarında çeşitli değişiklikler yapılmış ve 2017 yılından itibaren 557 standarttan oluşan Sağlık Kalite Standartları (SKS) hastane seti adını almıştır.

Hizmet kalite standartları; kurumsal hizmet yönetimi, sağlık hizmetleri yönetimi, destek hizmetleri yönetimi, hasta ve çalışan güvenliği ve indikatör yönetimi boyutu olmak üzere beş başlıktan oluşmaktadır.

Kurumsal performans ölçümü için 2012 yılında kamu hastanelerinde verimlilik karnesi uygulamaya konmuştur. Yönetici performansları ve kurumsal performans verimlilik karnesi ile ölçülmeye başlanmıştır. Burada yapılan hizmet kalite ölçümleri ve verimlilik karne puanının döner sermayeye bir etkisi olmamaktadır. Sağlık Bakanlığı 2015 yılında, sağlıkta kalite standartlarından sonra sağlıkta akreditasyon standartlarını (SAS) yayınlamış olup, hastaneler için akreditasyon sürecini başlatmıştır. Sağlık Bakanlığınca 2018 yılında ise sözleşme yöneticiler için performans kriterleri yayınlanmıştır. Sözleşmeli sağlık yöneticilerin kendileri için belirlenen kriterlerden aldıkları puana göre başarı durumu değerlendirilecektir.

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi'nin dört temel yapı taşı bulunmaktadır:

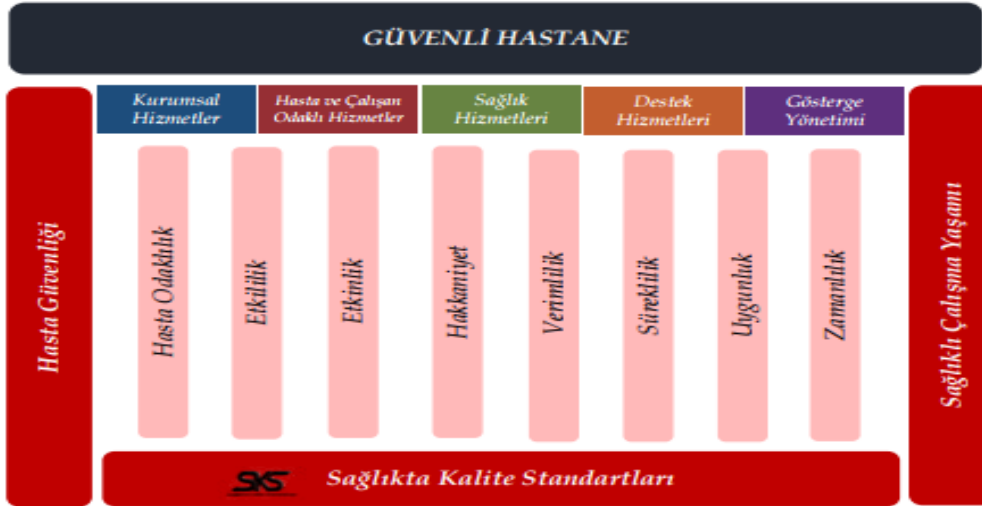
a. Kurumsal Yapı b.Sağlıkta Kalite Standartları c. Sağlıkta Kalite Göstergeleri d. Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri (Web: <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html>)

Ülkemizde sağlık alanında, Sağlık Bakanlığı bünyesinde gerçekleştirilen kalite çalışmalarının tarihi çok eskilere dayanmamakla birlikte son on yılda kurumsallaşan çalışmalarla kısa sürede çok nitelikli ve etkili çalışmalar yapılmış, bunun uygulamaya yansması ve tüm sektöre yaygınlaştırılması sağlanmaya çalışılmıştır. Bakanlığın kalite çalışmalarındaki rehberliği büyük öneme sahiptir. Bu kapsamda insan gücü kapasitesinin artırılması, kalite alanında kuralların belirlenmesi, standartların geliştirilmesi ve yerinde değerlendirmelerin yapılması bir bütünsellik arz etmektedir. Bu doğrultuda, SKS Hastane Seti üzerinde, 2005, 2007, 2008 ve en son 2011 yılında geniş çaplı revizyonlar gerçekleştirilmiştir. 2011 yılında yayımlanan SKS Hastane Setinin (Versiyon-4) tekrar ele

alınması hem zamanlama, hem de ihtiyaçlar ve yeni gelişmeler açısından ele alınmış ve versiyon-5 olarak yayımlanmıştır (SB, 2016:18).

SKS-Hastane hazırlanırken, her zaman olduğu gibi uluslararası gelişmeler, ülkemizde sağlıkta kalite altyapısı ile uyum, kurumlarda tüm hizmet alanlarını kapsaması ve amaçsal yorumlamaya uygun bir yapıda olmasına dikkat edilmiştir. Ayrıca hizmet süreçlerine ve çıktılarına odaklı, kurumlarda inovasyonu teşvik edici, uygulanabilirliği ne çıkaran, kullanımı kolay ve kapsayıcı olmasına da zen gösterilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016:18). Sağlıkta kalite standartlarının amaçları şöyle sıralanabilir:

- a) Kurumsal amaçlara ulaşmak için görev, yetki, sorumluluk ve iletişim mekanizmalarının tanımlanması,
- b) Hastanenin iş akışının belirlenmiş bir organizasyon yapısı içinde yürütülmesi ve denetlenmesinin sağlanması,
- c) Hastanede sunulan sağlık hizmetleri ve diğer destek hizmetlerinin, sadece ülke mevzuatı kapsamında yetkilendirilmiş kişi ve kurumlarca sunulması ile bu hususun etkin şekilde kontrolü ve izlenebilirliğinin sağlanması,
- d) Hastanenin temel politika ve değerlerinin belirlenmesi suretiyle kurumun faaliyetleri ve stratejik kararları noktasında yöneticilere ve çalışanlara rehberlik edecek ilkelerin tanımlanması,
- e) Hastanede kurumsal iletişim faaliyetlerinin kurum amaç ve hedefleri doğrultusunda etkin şekilde yürütülmesinin sağlanmasıdır. Sağlıkta kalite standartlarının amaçları Hedefleri; verimlilik, etkililik, etkinlik ve srekliktir (SB, 2016:67).



Şekil. 2.6. SKS hedefleri (Sağlık Bakanlığı, 2016: 25)

Kamu hastaneleri hizmet kalite standartları, 2016 yılında yapılan değişikliklerle birlikte sağlık kalite standartları olarak güncellenmiştir. SKS-Hastane 10 hedef üzerine inşa edilmiş, beş boyuttan oluşmaktadır (Şekil. 2.6). SKS'nin temel amacı güvenli hastane hedefine ulaşmaktır.

Hastanelerin sundukları hizmetlerde Şekil. 2.6'da sayılan hedeflere ulaşılmış olması gerekmektedir. Bu hedefler genel olarak iki kategoride ele alınabilir, birinci kategoride yer alan hedefler, kurumun hizmet sunum şeklini, bir diğer deyişle kurumun hizmetlerini nasıl ortaya koyduğunu ilgilendiren organizasyonel hedeflerdir (Etkililik, Etkinlik, Verimlilik ve Sağlıklı Çalışma Yaşamı). İkinci kategoride yer alan hedefler ise kurumdan hizmet alanları bire bir ilgilendiren hedeflerdir. (Hasta Güvenliği, Hakkaniyet, Hasta Odaklılık, Uygunluk, Zamanlılık, Süreklilik).

SKS-Hastane beş boyut, 39 bölüm, 557 standart, 1100 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. SKS-Hastane beş boyutta ele alınmaktadır (SB, 2016) :

- Kurumsal Hizmetler
- Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler
- Sağlık Hizmetleri
- Destek Hizmetleri
- Gösterge Yönetimi

Kamu hastanelerinde verimlilik çalışmaları hastaneler için belirlenen performans kriterleri doğrultusunda yapılan performans ölçümü ile başlamıştır. Performansa dayalı ek ödemenin

hesaplanmasında ve dağıtımında kullanılan, kurumsal performans katsayısı ölçümü için gerekli olan veriler ile aynı zamanda hastane için verimlilik göstergelerini oluşturmakta idi (Şekil 2.4). Bu kapsamda faaliyet göstergeleri, klinik göstergeler ve finansal göstergeler olmak üzere üç başlıkta toplam 10 adet verimlilik göstergesi belirlenmiştir.

Verimlilik kavramı 2012 yılından itibaren daha fazla kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığınca, kamu hastaneleri için balans skor kart yaklaşımını esas alan verimlilik karnesi modeli geliştirilmiştir. Hastaneler için belirlenen 10 adet göstergeyi de (şekil 2.4) içine alan verimlilik karnesi oluşturulmuş ve hastanelere idari, mali, tıbbi boyutlarda çeşitli performans göstergelerinin hesaplanması ile başarı puanı verilmeye başlanmıştır. Verimlilik karnesi uygulaması 2.6.4'te ayrıntılı anlatılmıştır.

2.6.4. Kamu Hastanelerinde Kurumsal Stratejik Plan

Stratejik planlama, örgütlere rekabet üstünlüğü sağlayarak sürdürülebilir gelişimlerini katkıda bulunur. Uzun vadeli hedeflerin ve vizyonun ifadesi olan stratejik planlama; yönetim fonksiyonlarından planlama ile başlayan ve kontrol fonksiyonu ile yinelenen bir döngüdür. Kontrol fonksiyonu, örgütlerin beklenen amaç ve hedefleri ile ulaşılan amaç ve hedefleri arasında mukayese olanağı sağlayarak sürekli değişme ve gelişmeyi sağlar. Bu nedenle stratejik planlama bir seferlik yapılan değil, süreklilik arz eden yapısı ile örgütlere dinamizm katar (Demir ve Yılmaz, 2010).

Stratejik planlama, kuruluşun bulunduğu nokta ile ulaşmayı arzu ettiği durum arasındaki yolu tarif eder. Stratejik plan kurum bütçesinin stratejik planda ortaya konulan amaç ve hedefleri gerçekleştirecek şekilde hazırlanmasına, kaynak tahsisinin belirlenmiş önceliklere göre dayandırılmasına ve hesap verme sorumluluğuna rehberlik eden dönemsel bir belgedir. Stratejik planlama iyi yönetimi hedefler; bir kurumda görev alan her kademedeki kişinin katılımını ve kurum yöneticisinin tam desteğini içeren sonuç almaya yönelik çabaların bütünüdür (TKHK, 2014:11).

Yöneticiler sağlık hizmetleri pazarında işletmelerinin ayakta kalması için stratejik planlama ve stratejik düşünmeyi kazanılması gereken asgari şart olarak görmektedirler. Sağlık kurumları kurumsal ve bölüm bazında performanslarını iyileştirmek için stratejik bir yaklaşım içinde olmalı, hedefler stratejik yaklaşımla belirlenmelidir. Kurumsal performans

yönetim sistemleri yöneticilere yol gösteren araçlar olarak görülürler. Böylece performans yönetim sistemleri vizyonun amaçlar ve stratejik hedeflerle ölçülebilir hale getirilmesini sağlar ve sistemin alt bölümlere kadar yayılmasına olanak verilir (Pakdil, 2007:116).

Ülkemizde 5018 sayılı kanuna göre kamu kaynaklarının kullanımı, stratejik plan ve performans esaslı bütçelemeye dayanır. Stratejik planlamayla, kamu kuruluşları vizyon oluşturarak, geleceğe yönelik hedef konulmuş olur. Kamu kurumu analizlerle güçlü ve zayıf yönlerini tespit ederek, kaynak kullanımına dikkat eder. Stratejik planla hizmet alan vatandaşlara karşı, kurumun sorumluluk bilinci ve düzeyi artarak, katılımcı yönetim anlayışı gözlemlenir. Böylece stratejik plan hazırlanırken vatandaşların istekleri ve ihtiyaçları dikkate alınır (Karasoy, 2014).

İşletme stratejisi ile ortaya konan ilişkiler, işletmenin diğer sistemleri için de geçerlidir. Bir işletmenin stratejik planının başarılı bir şekilde uygulanmasındaki anahtar faktör, performans ölçümüdür. Performans ölçüm sistemi, planlama sürecinde geliştirilen amaç ve hedefler ile ilgili olarak işletmelerin amaç ve hedeflere ulaşma derecesini ölçer. Performans sistemi işletmenin tüm faaliyetlerini ölçmelidir. İşletmenin nihai amacı olan finansal mükemmelliğe ulaşması için oluşturulan stratejinin, üst yönetimin sınırları dahilinde kalmaması ve organizasyonun alt basamaklarına da aktarılması gerekir (Kaygusuz, 2005).

Kamu Hastaneleri Kurumu hastanelerin hedefleri için, 2014-2018 yıllarını kapsayacak kurumsal stratejik planı hazırlamıştır. Bu planda çeşitli kurumsal performans göstergelerine yer verilmiştir (Ek-4). Kamu hastaneleri kurumunun başlıca hedefleri; sağlık hizmet sunumunu iyileştirmek, hakkaniyeti, ulaşılabilirliği ve verimliliği arttırmak, hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamaktır. Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi ise sağlık sistemlerinin performans ölçümlerine dayalı politika belirlenmesine bağlıdır. Bugün birçok ülkede sağlık sektörü, önemli ölçüde sınırlı kaynaklarla artan hizmet talebini karşılayabilme sorumluluğuyla karşı karşıyadır. Bu nedenle, sağlık yöneticileri mevcut kaynakları olabildiğince verimli ve etkili bir biçimde kullanmalıdırlar (TKHK, 2014:44-46).

Kamu hastaneleri kurumu stratejik planında, stratejik planlamanın yararları şu şekilde açıklanmaktadır:

- Kaynakların optimal kullanılabilmesi, kaynak akışı ile kaynakların sağlık hizmetlerinin kalite ve performansı üzerindeki etkisi hakkında açık ve doğru bilgiye sahip olmakla mümkün olabilecektir.
- Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde uygulamaya konulan düzenlemelerin temel amacı; yeterli ve kaliteli sağlık hizmetini, vatandaş memnuniyetini esas alarak, mali sürdürülebilirlikle eş zamanlı olarak sağlık göstergelerinde iyileşme sağlayacak şekilde gerçekleştirebilmektir. Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren sağlık tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi hiç şüphesiz kaynakların etkin ve verimli kullanılması ile mümkün olabilecektir.
- Mali sürdürülebilirlik kapsamında; hizmet sunumunda değişim gerektiren alanların, tedavi teknolojilerindeki değişimin, hizmet talebindeki beklentilerin yön ve boyutunun tespitine yönelik çalışmalarla, hizmet sunumunu en az maliyetle gerçekleştirmeyi amaçlamaktadır.
- Kamu sağlık tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanması yönünde atılacak her adım ülkemizin sağlık geleceğinin inşasında önem arz etmektedir. Kamu sağlık tesislerinde mali sürdürülebilirliğinin sağlanması sürecinde kaynakların maksimum seviyede etkin, verimli ve ekonomik kullanımını ve gelir gider dengesini sağlamak etkili bir hizmet sunumunu da beraberinde getirecektir.

Yukarıda sayılan hedefleri gerçekleştirmek için kamu hastaneleri kurumu tarafından stratejik plan hazırlanmıştır. Bu plana göre kamu hastaneleri için belirlenen hedeflerin gerçekleştirilmesini ölçmek ve kontrol etmek amacı ile verimlilik karnesi oluşturulmuştur.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Stratejik Planında ve yıllık performans programlarında yer alan göstergelerin gerçekleşme durumunun tespit edilmesi, bu tespit doğrultusunda gerekli önlemlerin alınması ve sonuç olarak iyi bir değerlendirme yapılması izleme ve değerlendirme sistemi kapsamında ele alınmaktadır.

Performans göstergeleri, stratejik planda yer alan amaç ve hedeflere ulaşmak için belli bir süre içinde gerçekleştirilen faaliyetlerin sonuçlarını ölçmek, izlemek ve değerlendirmek için kullanılan araçlardır. Performans göstergelerinin gerçekleştirilmesine ilişkin gelişmelerin periyodik olarak raporlanarak ilgili taraflar ile iç ve dış paydaşlara sunulması izleme faaliyetlerini oluşturur (TKHK, 2014:53). Kamu hastaneleri kurumunun 2014-2018 yıllarını kapsayan stratejik planda yer alan amaç ve stratejik hedefleri (SH) aşağıdaki gibidir (TKHK, 2014).

Çizelge 2.6. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu stratejik hedefleri

STRATEJİK AMAÇ 1: Kurumsallaşmayı ve profesyonelleşmeyi sağlamak ve yönetim kapasitesini artırmak.
SH 1.1 İyi yönetim uygulamalarıyla idari yapıyı güçlendirmek.
SH 1.2 Etkin bir insan kaynakları sistemi oluşturmak, insan kaynakları ve yönetim kapasitesini geliştirmek artırmak.
SH 1.3 Kurum içi ve kurum dışı mesleki eğitim faaliyetlerini teşvik etmek ve geliştirmek
SH 1.4 Teknolojik altyapıyı geliştirmek.
STRATEJİK AMAÇ 2: İnsan odaklı, erişilebilir, nitelikli ve güvenli sağlık hizmeti sunmak
SH 2.1 Kamu sağlık tesislerinin altyapısını, kapasitesini, kalitesini ve dağılımını iyileştirmek
SH 2.2 Sağlık hizmetinin kalite ve verimliliğini artırmak, sürdürülebilirliğini sağlamak
SH 2.3 Hizmetin kalite ve verimliliğini objektif olarak ölçüp değerlendirmek
SH 2.4 Sağlık hizmeti sunumundan duyulan memnuniyeti artırmak
SH 2.5 Bedensel, zihinsel ve sosyal şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlamak
SH 2.6 Çalışan güvenliğini ve memnuniyet seviyesini yükseltmek
SH 2.7 Kamu sağlık tesislerinin sağlık turizmi kapasitesini geliştirmek
STRATEJİK AMAÇ 3: Kamu sağlık tesislerinde, sağlık hizmetlerinden taviz vermeden mali sürdürülebilirliği sağlamak.
SH 3.1 Kaynakların etkin, verimli, ekonomik kullanımını ve sürdürülebilirliğini sağlamak
STRATEJİK AMAÇ 4: Uluslararası kuruluşlarla idari, bilimsel ve teknik işbirliği yapmak.
SH 4.1 Bölgesel ve uluslararası politikaların oluşturulmasına ve başarılı uygulamaların transferine öncülük etmek
SH 4.2 Ülkemizin insani yardım açısından öncelikli olarak gördüğü bölge ve ülkelerde sağlık hizmeti sunmak Kaynakların etkin, verimli, ekonomik kullanımını ve sürdürülebilirliğini sağlamak

Çizelge 2.6’da verimlilik açısından önemli olan ve SH. 3.1’de belirtilen ***kaynakların etkin, verimli, ekonomik kullanımını ve sürdürülebilirliğini sağlamak*** hedefi ile amaçlanan şunlardır (TKHK, 2014:47):

- Mali yönetimde kullanılan bilgi ve karar destek sistemlerinin etkili bir tedarik, stok ve kaynak kullanımı sağlayacak şekilde entegre edilmesi,
- Sağlık hizmet sunumunda değişim gerektiren alanların tespiti ile kaynakların etkin, verimli ve ekonomik kullanımını sağlayacak maliyet analizi çalışmaları yapılması,
- Hizmet arz ve talep faktörlerinin (sağlık primleri, yeni tedavi teknolojileri, demografik yapı, kronik hastalıklar vb.) değişim ve maliyetine göre kaynak planlaması yapılması,
- Akılcı ilaç ve tıbbi malzeme kullanımının teşvik edilmesi,
- Kaynakların etkin ve verimli kullanılması için diğer sağlık hizmet sunucuları ile iş birliği yapılması,
- Performansa dayalı ek ödeme sisteminin iyileştirilmesi amacıyla yeni bir performans esaslı ek ödeme sisteminin geliştirilmesi,
- Yerli üretimin ve yerli ürün kullanımının teşvik edilmesi,
- Kamu sağlık tesislerinde enerji verimliliğini sağlayacak çalışmalar yapılması,
- Sonuca dayalı finansman modeline geçmek için gerekli altyapının oluşturulması.

SH. 2.2’de belirtilen hizmetin ***Sağlık hizmetinin kalite ve verimliliğini artırmak, sürdürülebilirliğini sağlamak*** hedefi ile ilgili stratejiler şunlardır (TKHK, 2014:40):

- Teşhis ve tedavi hizmetlerinin güvenilirliğinin arttırılması ve kalitesinin iyileştirilmesi,
- Hizmetin kalitesini ve standardizasyonunu sağlayacak klinik ve idari rehberlerin hazırlanması,
- Hizmet standartlarının, organizasyon ve iş akış süreçlerinin sistemin tümünü kapsayacak şekilde oluşturulması,

- İlaç ve tıbbi malzemelerin akılcı kullanımını sağlamak üzere geliştirilen politika ve prosedürlerin uygulanmasının takip edilmesi,
- Doğru klinik uygulamaları, klinik araştırmaları ve yenilikçiliği teşvik edecek bölgesel Arge merkezleri kurulması,
- Kamu sağlık tesisleri acil servis hizmetlerinin geliştirilmesi,
- Hasta mahremiyetini koruyacak altyapı ve kapasitenin geliştirilmesi,
- Hizmet kalitesi ve hasta güvenliğinin sürekliliğini sağlayacak kalite ve güvenlik programlarının oluşturulması,
- Enfeksiyon önleme, izleme ve kontrol programlarının güncellenmesi ile örnek programların geliştirilmesi,
- Tesis yönetim ve güvenliğine ilişkin örnek programlar oluşturulması,
- Kamu sağlık tesisleri afet ve acil durum yönetim sisteminin geliştirilmesi,
- Çevre ve atık yönetimi konularına yönelik çevre yönetim birimlerinin oluşturulması.

Yine bu hedeflerden SH. 2.3'te belirtilen hizmetin ***kalite ve verimliliğini objektif olarak ölçüp değerlendirmek*** hedefi ile de amaçlananlar şunlardır (TKHK, 2014:40):

- Kamu sağlık tesisleri kalite, verimlilik, ölçme ve değerlendirme kapasitesinin geliştirilmesi,
- Performans ölçme ve değerlendirme kriterlerinin geliştirilmesi,
- Kalite ve verimlilik standartlarına uygunluğun periyodik olarak değerlendirilmesi,
- Kamu sağlık tesisleri akreditasyon programının hayata geçirilmesi.

2.6.5. Kurumsal Stratejik Plan ve Verimlilik Karnesi İlişkisi

Kamu Hastaneleri Kurumu'nun 2014-2018 stratejik planında belirlenen kurumsal performans göstergelerinin verimlilik karnesi aracılığı ile takip edilen göstergelerine ait bilgiler aşağıdaki çizelgelerde verilmiştir. Kamu hastanelerinde, idari, mali ve tıbbi boyutlarda oluşturulan verimlilik karnesinde yer alan göstergeler, balans skor kart esas alınarak oluşturulduğundan aşağıdaki çizelgelerde, EK-4'te yer alan kamu hastaneleri stratejik planındaki göstergelerden, verimlilik karnesinde bulunan ve ölçümü yapılan

göstergeler, balans skor kart boyutlarına göre ayrılmıştır. Araştırmada hastane yöneticilerinin verimlilik karnesinin hastane performansına etkisine ilişkin ölçme aracı oluşturulurken bu göstergelerden de yararlanılmıştır.

Çizelge 2.7. Stratejik planda yer alan verimlilik karnesi finansal ve iç süreçler boyutuna ilişkin göstergeleri

Performans boyutları	Stratejik amaçlar	Hedefler	Performans ölçütü	Mevcut durum (2013)	Performans hedefi (2018)
Finansal boyut	STRATEJİK AMAÇ 3: Kamu sağlık tesislerinde, sağlık hizmetlerinden taviz vermeden mali sürdürülebilirliği sağlamak	SH 3.1 Kaynakların etkin, verimli, ekonomik kullanımını ve sürdürülebilirliği ni sağlamak	Gelirlerdeki artış oranı	%10	%10
			Gelirlerin giderleri karşılama oranı	% 102	%100
			Stok devir hızı	5.2	5.8
Süreçler boyutu	STRATEJİK AMAÇ 2: İnsan odaklı, erişilebilir, nitelikli ve güvenli sağlık hizmeti sunmak	SH 2.2 Sağlık hizmetinin kalite ve verimliliğini artırmak, sürdürülebilirliği ni sağlamak	Sağlık hizmetleri memnuniyet oranı	75.7	85
			Yatak doluluk oranı	66,4	80
		SH 2.3 Hizmetin kalite ve verimliliğini objektif olarak ölçüp değerlendirmek	Türkiye Kamu Hastane Birlikleri Ortalama Başarı Puanı	707.42	778.16
			2. ve 3. Basamak Sağlık Tesisleri Ortalama Başarı Puanı	705.23	775.75

Stratejik planda yer alan performans ölçütleri verimlilik karnesi aracılığı ile ölçülmeye çalışılmaktadır. Çizelge 2.7’de, stratejik planda yer alan finansal ve süreç boyutuna ait göstergeler verilmiştir.

Çizelge 2.7’de, stratejik planda finansal boyut göstergelerine ilişkin olarak, gelirleri artırmak, giderleri azaltmak ve stok devir hızını artırmak hedeflenmiştir.

Finansal boyutta; gelirlerdeki artış oranı, gelirlerin giderleri karşılama oranı, stok devir hızı göstergeleri ile performans ölçümü amaçlanmıştır.

İç süreçler boyutunda; sağlık hizmetleri memnuniyet oranını %75.7'den, % 85'e çıkarmak hedeflenmiştir. Bununla birlikte, kamu hastane birlikleri verimlilik ortalamalarının da yükseltilmesine stratejik planda yer almıştır.

Çizelge 2.8. Stratejik planda yer alan verimlilik karnesi müşteri ve öğrenme-gelişme boyutuna ilişkin göstergeler

Performans boyutları	Stratejik amaçlar	Hedefler	Performans ölçütü	Mevcut durum (2013)	Performans hedefi (2018)
Müşteri boyutu	STRATEJİK AMAÇ 1: Kurumsallaşmayı ve profesyonelleşmeyi sağlamak ve yönetim kapasitesini artırmak	SH. 1.1 İyi yönetim uygulamalarıyla idari yapıyı güçlendirmek	Sağlık hizmetlerinden duyulan genel memnuniyet oranı	75.7	85
			Çalışan memnuniyet oranı	Mevcut durum analizi	% 20 artırmak
Öğrenme ve gelişme boyutu	STRATEJİK AMAÇ 4: Uluslararası kuruluşlarla idari, bilimsel ve teknik işbirliği yapmak	SH.1.2 Kurum içi ve kurum dışı mesleki eğitim faaliyetlerini teşvik etmek ve geliştirmek	Hizmet içi eğitim alan personel oranı (%)	Mevcut Durum Analizi	% 20 artırmak
			Uluslararası indekslerde (SCI ve SCI-E) yer alan makale ve atıf sayısı	Mevcut Durum Analizi	31.38
		SH. 1.4. Teknolojik altyapıyı geliştirmek sunmak	Sağlık bilgi sistemleri entegrasyon oranı	% 30	% 100
		SH 2.4 Sağlık hizmeti sunumundan duyulan memnuniyeti artırmak	Sağlık hizmeti memnuniyet oranı	75.7	85
			Hastanelerde muayene öncesi ve sonrası bilgilendirme yapılan hasta oranı	Hazırlık aşamasında	% 95
			Hasta hakları birimine görüş ve öneri bildiren hasta oranı	Binde 6	Binde 5

Çizelge 2.8'de, müşteri boyutunda; yine sağlık hizmetleri memnuniyet oranını %75.7'den % 85'e çıkarılması, çalışan memnuniyetinin ise mevcut duruma göre % 20 artırılması hedeflenmiştir. Çalışan memnuniyeti ölçümü Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yapılmaktadır.

Öğrenme ve gelişme boyutunda ise; hizmet içi eğitim alan personel oranını % 20 artırmak, makale ve atıf sayısını artırmak, sağlık bilgi sistemleri entegrasyon oranını % 100 yapmak, muayene öncesi bilgilendirme yapılan hasta oranını artırmak ve hasta haklarına yapılan şikayet başvuru sayısını azaltmak hedeflenmiştir. Belirtilen performans göstergeleri verimlilik karne uygulaması aracılığı ile ölçülmektedir.

2.6.6. Kamu Hastanelerinde Verimlilik Karnesi Uygulaması

Kamu hastanelerinde verimlilik karnesi uygulaması, kamu hastanelerinde kurumsal performansı ölçmek için Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan performans değerlendirme yöntemidir. Verimlilik karnesi kavramı ile birlikte kurumsal karne, performans karnesi kavramları da eş anlamlı olarak kullanılmaktadır.

Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte sözleşmeli yöneticilik modeline geçilmiştir. Bu yeni yönetim modelinde Kamu Hastaneleri Birliği'nin en üst yöneticisi genel sekreterdir. Birlik teşkilat yapısında genel sekretere bağlı tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları yer almaktadır. Birliğe bağlı hastanelerin, hastane yöneticisi tarafından yönetileceği, hastane yöneticisine bağlı olarak başhekim ve başhekim yardımcılığı, idari ve mali işler müdürlüğü ile sağlık bakım hizmetleri müdürlüklerinin oluşturulacağı ifade edilmiş ve bu kapsamda hastanelerde yönetici atamaları gerçekleştirilmiştir. Bu sayede her bir işleve yönelik profesyonel yöneticilerin görevlendirilmesi sağlanmakta, performans kriterleri oluşturularak daha sağlıklı bir performans değerlemesi yapılabilmekte ve hesap verebilirlik ve yönetsel etkililik daha kolay sağlanabilmektedir (Lamba ve diğerleri, 2014; Atılğan, 2016).

İllerde kurulan bu yapı daha sonra 994 sayılı KHK ile yeniden düzenlenmiş olup Kamu Hastane Birlikleri İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlanmış ve Kamu Hastane Hizmetleri Başkanlığı adını almıştır. Verimlilik karnesinin hastanelerdeki takibi kamu hastane hizmetleri başkanlığınca yapılmaktadır.

Kamu Hastaneler Birliği yapısı Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumuna yeni bir yaklaşım getirmiştir. Tedavi hizmetlerinde kaynak kullanımını ve tahsisini iyileştirmek adına oluşturulan yeni yapılanma, hastane yönetim performansı iyileştirmeyi hedeflemektedir.

Bu hedef doğrultusunda, kamu hastane birlikleri ve bunlar bağı hastanelerde yönetim performansının belirlenmesi adına oluşturulan değerlendirme sistemi, kaynakların etki/verimli kullanılmasının yanında, hizmet kalitesi ve memnuniyet kriterlerini de gözeterek bütüncül bir yapı arz etmektedir (Atılğan, 2016).

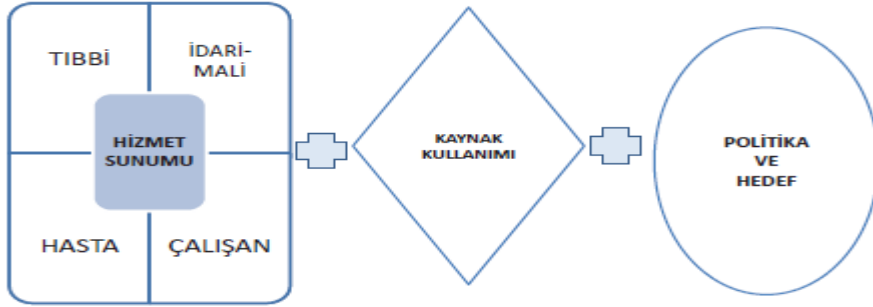
Hastane performansı ölçümünde kullanılan kurumsal karne yöntemi, sağlık hizmetlerinin sağlığa olan katkı düzeyinin görülmesi açısından gereklidir. Sağlık hizmeti örgüt değeri, çalışan değeri ve hasta değeri olmak üzere üç kategoride birbirine bağlı değerlerden etkilenir. Hastaneler hastalar devamlı müşterileri olduğu zaman işletme değeri kazanırlar. Hastalar açısından klinik ve idari personel hastalara hizmet sunduğu ve ihtiyaçlarına cevap verdiği zaman, çalışanlar açısından ise örgütlerinde iş, kariyer ve gelişme fırsatı verdiği zaman değer yaratılır. Bu sürece öğrenme ve büyüme safhaları da ilave edilmelidir (Tarım, 2004).

Sağlık sektöründe rekabetin ve sağlık hizmeti maliyetlerinin giderek artması bu sektörün önemli bir kısmını oluşturan hastaneleri, kaynaklarını daha etkin şekilde kullanmaya zorlamaktadır. Bu nedenle, hastanelerin verimlilik düzeylerini belirlemeleri, verimli olmamaları durumunda azaltılması gereken girdi veya artırılması gereken çıktı miktarlarını saptayarak, daha verimli konuma gelebilmek için nasıl bir strateji uygulayacaklarına karar vermeleri gerekmektedir (Çakmak ve diğerleri, 2009).

Kamu hastanelerinde kullanılan verimlilik karnesi balans skor kart uygulaması esas alınarak hazırlanmıştır. Balans skor kartı yöntemi, organizasyonun misyonunu ve stratejilerini kapsamlı bir performans göstergesi setine dönüştürerek performans ölçümü ve yönetimi için bir çerçeve oluşturan, ölçme esasına dayalı bir stratejik performans yönetim sistemidir (Güran ve diğerleri, 2016). Balans skor kart uygulamasında amaç, hedefler ve stratejilerinin ölçülebilir performans göstergelerine bağlı olması gerekir. Balans skor kart uygulamasının başarılı olması için yöneticilerin aktif rol almaları, çalışanları sisteme dahil edilmesi, süreçlerin izlenmesi ve göstergelerden elde edilen bilgiler doğrultusunda gerekli iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir.

Kamu hastanelerinde verimlilik karnesi uygulaması çalışması, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin öngördüğü performans değerlendirmesi kapsamında kamu hastaneleri kurumu tarafından yapılan verimlilik çalışmalarının çok boyutlu bir performans

değerlendirmesi ile başlamıştır. Yapılan literatür taramasında öngörülen modelin en çok balans skorkart modeline benzediği görülmüş ve buradan yola çıkarak Kurumsal Karne yaklaşımı geliştirilmiştir. Bu model çerçevesinde de Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun vizyonu çerçevesinde değişkenler yerleştirilerek yeni bir model için alt yapıya oluşturulmaya çalışılmıştır (TKHK, 2012). Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte sözleşmeli yöneticilik modeline geçilmiştir. Kanun Hükmünde Kararname sağlık tesislerinin Tıbbi, İdari, Mali, Kalite, Hasta ve Çalışan güvenliği-memnuniyeti ile Eğitim boyutlarında değerlendirilmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Bu bağlamda geliştirilen Verimlilik Karne Modeli Şekil 2.7'de gösterilmiştir (TKHK, 2012).



Şekil. 2.7. Verimlilik karnesi modeli (TKHK, 2012)

Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Karnesi, Sağlık Tesisi Karnesi ve Birlik Hedefleri bileşenlerinden oluşmaktadır. Sağlık tesisi karneleri 6 ana kriter grubundan oluşmaktadır:

- a) Tıbbi b) İdari c) Mali d) Kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyeti e) Eğitim
- f) İzlem ve veri doğrulama, kanıta dayalı gözlemsel değerlendirme.

Verimlilik karne uygulamasında hastaneler 2013 yılında karne ilk uygulamaya konduğunda altı ana kriter grubu 1000 puan üzerinden değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Kriter gruplarındaki her göstergenin puanı ise konusunda uzman kişilerle yüz yüze yapılan ve göstergenin sağlıkta verimliliği göstermesindeki öneminin, önceliğinin ve ağırlığının tartışıldığı görüşmeler ile belirlenmiştir. Verimlilik değerlendirmesi sağlık tesislerinin daha etkili, etkin ve kaliteli sağlık hizmetini maliyet etkin olarak sunabilmesini amaçlamaktadır. Bu çerçevede oluşturulan verimlilik karnesi başarı durumu, sözleşmeli yöneticilerin başarılarını yansıtacaktır. Kanun gereği, başarı ve başarısızlık durumlarına göre sözleşmelerinin devam edip etmeyeceğine karar verilecektir (TKHK, 2012:4).

Daha sonraki karne revizyonlarında verimlilik karnesi; a) Sağlık hizmetleri yönetimi b) Mali hizmetler yönetimi c) İdari hizmetler yönetimi d) Verimlilik yerinde değerlendirme başlıklarından olmak üzere dört grupta değerlendirilmeye başlanmıştır.

TKHK'nun performans değerlendirme sisteminde kurumsal karne yaklaşımının neden tercih ettiği ve kurumsal karnenin yararları şu şekilde açıklanmıştır (Uçkun ve Şahin, 2016):

- 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'de öngörülen çok yönlü değerlendirmeye uygun bir çerçeve sağlar. Değerlendirmede söz konusu bileşenleri (tıbbi, mali, idari) bir arada kullanmak için teori ve metot alt yapısı sunar.
- Kurumsal Karnenin dengelenmesi mümkün olursa herhangi bir fonksiyonun öne çıkması engellenmiş olur. Aslında bir stratejik yönetim aracı olması nedeniyle hastanelerin vizyonu, hedefleri ve faaliyetleri arasında ilişki kurulmasını sağlar.
- Kurumsal Karnenin rehberlik fonksiyonu bulunmaktadır. Hedeflerin hastane idarecilerince algılanması ve hedeflere ulaşmak için takip edecekleri yolları netleştirmelerine öncülük eder. Ayrıca mümkün olduğu ölçüde ilgili personel ve birimlerle irtibatının kurulması ile stratejik amaçlara kurum, birim ve birey olarak yönelmeyi sağlar.
- Faaliyet ve süreçlerin sonuçları konusunda sürekli geri bildirim ve raporlama sonucunda izleme ve değerlendirmenin sürekliliğine imkân verir.
- Kurumsal Karne ile vizyon, hedef, kriter ve ölçütlerin belirlenmesi sonrasında kıyaslama-benchmarking ile objektiflik sağlanabilir. Kanun Hükmünde Kararname'de öngörülen başarı sınıflandırması (A,B,C...) için hastanelerin belirlenen kriterlerde karşılaştırılması ile yapılacak söz konusu kıyaslama, hastanelerin emsal hastaneler arasında kriterler bazında durumlarını görebilme imkânı sağlayacaktır.

Kamu hastanelerinde verimliliği sağlamak için kurumsal performans göstergelerinden yararlanılmaktadır. Bununla birlikte hastanelerde kalite denetimleri, verimlilik yerinde denetimleri, memnuniyet anketleri yapılarak iç süreçlerde standart hizmet sağlayarak kurumsal performansın istenilen seviyeye getirilmesi amaçlanmaktadır.

Verimlilik karnesi uygulamasının kurumsal performans değerlendirmesi hastane yöneticileri odaklıdır. Hastanenin verimlilik karne puanı (kurumsal performans puanı) aynı

zamanda hastane yöneticisinin performans puanıdır. Bu nedenle verimlilik karnesi sorumluluğu yöneticilere yüklemektedir. Verimlilik karnesinin hastane çalışanları için özendirici bir özelliği yoktur. Bu nedenle ilgili performans göstergelerinin iyileştirilmesi için yöneticilerin çalışanları motive edecek mekanizmalara ihtiyaçları olduğu açıktır. Aksi takdirde verimlilik karne uygulaması arzu edilen sonuçları vermekten uzak kalır.

2.6.6.1.Verimlilik karnesi kriterleri ve hesaplama

Verimlilik karne uygulaması ile oluşturulan verimlilik karnesi zaman içerisinde değişiklikler yapılmıştır. Bu değişikliklerle, daha önce altı boyutta değerlendirilen hastane hizmetleri, yeni değişikliklerle dört boyutta değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu boyutlar; sağlık hizmetleri yönetimi boyutu, mali hizmetler yönetimi boyutu, idari hizmetler yönetimi boyutu, verimlilik yerinde değerlendirme boyutudur.

Bu çerçevede hali hazırda uygulanan verimlilik karnesinin ana bileşenleri Çizelge 2.9’da verilmiştir.

Çizelge. 2.9. TKHK Verimlilik karnesi Ana Bileşenleri

Alt boyutları	Gösterge Sayısı	Gösterge Puan
1. Sağlık Hizmetleri Yönetimi (SHY)	42	2.000
2.Mali Hizmetler Yönetimi (MHY)	10	1000
3.İdari Hizmetler Yönetimi (İHY)	10	1.000
4.Verimlilik Yerinde Değerlendirme	2	1.000
Toplam	64	5000

Çizelge 2.9’da yer alan bileşenlerden verimlilik yerinde değerlendirme bileşeni, ilgili uzmanlarca hastanelere gidilerek standardize edilmiş kontrol listeleri üzerinden yapılan değerlendirmeyi ifade eder.

Sağlık tesisi verimlilik karnesinde her gösterge için ayrı gösterge kartı hazırlanmıştır. Göstergeler belirlenirken sağlık hizmet sunumunda uluslararası kabul görmüş göstergelere ek olarak Türkiye’deki kamu hastanelerinde verimlilik açısından önem arz eden durumların analizini sağlayacak göstergelerin de olmasına dikkat edilmiştir. Sağlık tesisleri, teknolojileri, demografik özellikleri, kapasiteleri, ürettikleri hizmetler ve hizmet çeşitlilikleri bakımından benzerliklerine göre kurum tarafından 25 hizmet sınıfına

ayrılmıştır. Bu sınıflandırma sağlık tesisinin verimlilik değerlendirmesinde esas alınır. Her bir sağlık tesisi kendi hizmet sınıfındaki sağlık tesisleri ile birlikte değerlendirilir. Sağlık tesisleri hizmet sınıfları her yılın başında yenilenerek verimlilik değerlendirmesine dahil edilir. Hastane hizmet sınıflamasında dal hastaneleri için özel durumları nedeni ile 26. 27. ve 28. sınıflar olmak üzere üç yeni sınıf oluşturulmuştur. Puan hesaplamasında hizmet sınıfı ortalaması kullanılan karne göstergelerinde dal hastaneleri için söz konusu hizmet sınıfları kullanılır. Hastanelerin faaliyet alanları, literatürler ve ilgili veri kaynakları göz önünde bulundurularak mümkün olan en fazla girdi ile ve çıktı değişkenleri oluşturulmuştur. Etkinlik ölçümü için kullanılan veriler, Sağlık Bakanlığı bilgi sistemlerinden TSİM, MKYS, Sağlık-Net ve ÇKYS'nin verileridir (TKHK, 2015).

Oluşturulan endekslerdeki girdiler birbirlerine bağlı oldukları kadar birbirlerinden bağımsız olduklarından her girdi için ayrı hesaplama yapılmıştır. Kümeleme, oran analizleri ve etkinlik araştırmasında Microsoft Excel-VBA (Visual Basic for Applications) ve Visual Basic programları kullanılmaktadır (TKHK, 2015:2).

Verimlilik karnesi hesaplaması, “Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Karne Değerlendirmesi Hakkındaki Yönerge”ye göre yapılır. Her boyuta ait göstergeler (örnek gösterge hesabı, şekil 2.8) hesaplanır. Sonra boyutlardan alınan toplam puan ağırlığına göre şekil.2.10’da yer alan formüle göre hesaplama yapılarak sağlık tesislerinin verimlilik karne puanı oluşturulur.

Verimlilik göstergelerinden alınacak puanın hesaplanmasına ilişkin örnek şekil 2.8’de gösterilmiştir. Her göstergede farklı metotlar kullanılarak kabul edilebilir değerler (KED) belirlenmiş ve bu kabul edilebilir değerler karne ve gösterge kartlarında belirtilmiştir. Bazı göstergelerde KED sağlık tesisinin bulunduğu hizmet sınıfının ortalaması olarak kabul edilirken, bazı göstergelerde ise Bakanlık ve Kurum hedefleri KED olarak hesaplanmaya alınmıştır. 2015 yılı verimlilik karnesine getirilen bir yenilik olarak bazı göstergelerde dönem verileri ve bir önceki dönem verileri ile oluşturulan KED’ler birlikte kullanılmaktadır. Örneğin, hastaların ortalama muayene bekleme süresi göstergesi için KED değeri sağlık tesisinin bulunduğu hizmet sınıfının poliklinikte ortalama bekleme sürelerinin aritmetik ortalamasıdır.

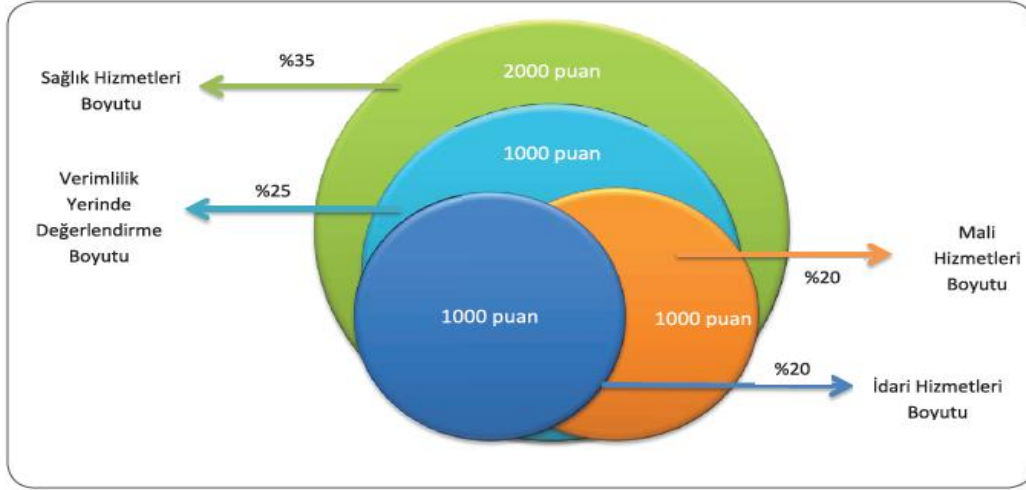
Her sağlık tesisi ilgili göstergede yer alan değişkenin değerine göre sağlık tesisi değeri (STD) alır. Alınan STD'nin ilgili göstergeye göre belirlenmiş KED'e bölünür ve sağlık tesisinin alacağı puana gelen karşılık değeri bulunur.

<i>SHY-ASH-09 Acil Servise 24 Saat İçinde Tekrar Başvuran Hasta Oranı</i>									
Gösterge Kodu	SHY-ASH-09								
Gösterge Adı	Acil Servise 24 Saat İçinde Tekrar Başvuran Hasta Oranı								
Boyut	Sağlık Hizmetleri Yönetimi								
Bölüm	Acil Servis Hizmetleri								
Amaç	Acil serviste muayene olduktan sonra 24 saat içinde tekrar aynı acil servise başvuran hasta oranını izlemek.								
Hesaplama İçin Gerekli Veriler	Acil servise yapılan toplam başvuru sayısı (A) Acil serviste muayene olduktan sonra 24 saat içinde tekrar başvuran hasta sayısı (B) Bir önceki dönem KED								
Sağlık Tesisi Değeri (STD)	B / A								
Kabul Edilebilir Değer (KED)	Sağlık tesisinin bulunduğu hizmet sınıfının acil servise 24 saat içinde tekrar başvuran hasta oranının aritmetik ortalaması								
Gösterge Puanı (GP)	50								
Puan Katsayısı (k)	STD / KED								
Puan Hesaplama	<table> <tr> <th>Puan Katsayısı (k)</th><th>Sağlık Tesisi Puanı</th></tr> <tr> <td>$k \leq 0,80$</td><td>GP</td></tr> <tr> <td>$0,80 < k < 1,20$</td><td>$GP - [GP \times (k - 0,80)]$</td></tr> <tr> <td>$k \geq 1,20$</td><td>$GP / k^3$</td></tr> </table>	Puan Katsayısı (k)	Sağlık Tesisi Puanı	$k \leq 0,80$	GP	$0,80 < k < 1,20$	$GP - [GP \times (k - 0,80)]$	$k \geq 1,20$	GP / k^3
Puan Katsayısı (k)	Sağlık Tesisi Puanı								
$k \leq 0,80$	GP								
$0,80 < k < 1,20$	$GP - [GP \times (k - 0,80)]$								
$k \geq 1,20$	GP / k^3								

Şekil. 2.8. Verimlilik göstergesi hesaplama örneği (Kaynak, TKHK Verimlilik karne uygulaması gösterge kartları, RV-05-02)

Yukarıda şekil 2.8'de örnekte acil servise 24 saat içinde tekrar başvuru oranına ilişkin gösterge kartı örneği verilmiştir. Acil servise 24 saat içinde tekrar başvuru oranını hesaplamak için; Acil serviste muayene olduktan sonra 24 saat içinde tekrar başvuran hasta sayısı (B), acil servise yapılan toplam başvuru sayısına (A) bölünür. Bu sağlık tesisi değerini verir. Sağlık tesisinde çıkan bu değer hangi puana karşılık geldiğini belirlemek için ise puan katsayısı (k) hesaplanır. Puan katsayısı STD/KED değeridir. Bu örnekte KED Sağlık tesisinin bulunduğu hizmet sınıfının acil servise 24 saat içinde tekrar başvuran hasta oranının aritmetik ortalamasıdır. Bunun sonucunda ortaya çıkan değer'e göre şekil 2.8'de puan hesaplama bölümünde yer alan karşılıktaki puan ilgili sağlık tesisinin acil servise 24 saat içinde tekrar başvuru oranı ile ilgili aldığı puandır.

Göstergelelerin aldığı puanlar hesaplandıktan sonra verimlilik karnesi hastane puanı hesaplanır. Bu hesaplamada ilgili boyutlardan alınan puan toplamalarının karne puanı hesaplanmasında kullanılacak ağırlık yüzdeleri şekil 2.9’da verilmiştir.



Şekil. 2.9. Sağlık tesisi verimlilik karne puanı alt boyutlar ağırlık oranları

Karne puanı belirlenirken dört boyutta karne kriterleri oluşturulmuştur. Bunlar; sağlık, mali ve idari hizmetler yönetimi ve verimlilik yerinde değerlendirme boyutudur. Sağlık hizmetleri boyutunun puanı 2000, diğer boyutların puanı 1000 olmak üzere toplam 5000 puan üzerinden değerlendirilir. Sağlık tesislerinin verimlilik karnesi aşağıdaki hesaplamada görüldüğü gibi sağlık hizmetleri boyutu başarı puanının %35'i, verimlilik yerinde değerlendirme boyutu puanının %25'i, diğer boyutların puanlarının ise %20'si alınarak hesaplanmaktadır (Şekil 2.10). Hesaplanma şekil 2.10'daki formüle göre yapılmaktadır.

SHY_p : Sağlık tesisinin sağlık hizmetleri boyutundan aldığı toplam puan
 SHY_g : Sağlık tesisi için belirlenen sağlık hizmetleri boyutunun toplam puanı
 MHY_p : Sağlık tesisinin mali hizmetler boyutundan aldığı toplam puan
 MHY_g : Sağlık tesisi için belirlenen mali hizmetler boyutunun toplam puanı
 $İHY_p$: Sağlık tesisinin idari hizmetler boyutundan aldığı toplam puan
 $İHY_g$: Sağlık tesisi için belirlenen idari hizmetler boyutunun toplam puanı
 VYD_p : Sağlık tesisinin verimlilik yerinde değerlendirme boyutunun aldığı toplam puan
 VYD_g : Sağlık tesisinin verimlilik yerinde değerlendirme boyutunun toplam puanı
 $KPDK$: Karne puanı değişim katsayısı (Tablo – 2 de hesaplanmaktadır.)

Sağlık tesisi karne puanı:

$$= [(\frac{SHY_p}{SHY_g} \times 0,35 + \frac{MHY_p}{MHY_g} \times 0,20 + \frac{İHY_p}{İHY_g} \times 0,20 + \frac{VYD_p}{VYD_g} \times 0,25) \times 1000] \mp KPDK$$

Şekil. 2.10. Sağlık tesisleri verimlilik karnesi puanı hesaplama

Hesaplama sonrası ortaya çıkan puan hastanenin verimlilik karne puanı olur. Verimlilik puanına göre hastaneler Çizelge 2.14’te belirtilen başarı gruplarına ayrılır. İki değerlendirmede hastanenin grup düşmesi yada alt gruptan yükselmemesi durumunda ilgili yöneticilerin görevleri sonlandırılmaktadır.

Şekil 2.11’de yöneticiler için verimlilik karnesi başarı hesaplama kriterleri gösterilmiştir. Hesaplama “**Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge**”sine göre yapılmaktadır. Yöneticiler hastanede verimlilik karnesi boyutlarından idari, mali, tıbbi kriterler ve yerinde değerlendirme puanı da kullanılarak her yöneticinin bireysel başarı puanı (Şekil.2.11) ve hastane karne puanı (Şekil. 2.10) hesaplanır. Önceki dönemlerde hastane puanı ve yöneticilerin başarı puanlarında hesaplanan, kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyet kriter grubu (KHÇG) ve eğitim grubu karne kriterleri daha sonra karne revizyonu ile değiştirilerek diğer gruplar altına alınmış ve bu gruplar hesaplama dışı çıkarılmıştır (Şekil 2.10).

Kriter gruplarına ait kısaltmalar:

- Tıbbi_p : Sağlık tesisinin tıbbi kriter grubundan aldığı toplam puan
 Tıbbi_g : Sağlık tesisi için belirlenen tıbbi kriter grubunun toplam puanı
 İdari_p : Sağlık tesisinin idari kriter grubundan aldığı toplam puan
 İdari_g : Sağlık tesisi için belirlenen idari kriter grubunun toplam puanı
 Mali_p : Sağlık tesisinin mali kriter grubundan aldığı toplam puan
 Mali_g : Sağlık tesisi için belirlenen mali kriter grubunun toplam puanı
 KHÇG_p : Sağlık tesisinin kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyeti kriter grubundan aldığı toplam puan
 KHÇG_g : Sağlık tesisi için belirlenen kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyeti kriter grubunun toplam puanı
 Eğitim_p : Sağlık tesisinin eğitim kriter grubundan aldığı toplam puan
 Eğitim_g : Sağlık tesisi için belirlenen eğitim kriter grubunun toplam puanı
 İzlem_p : Sağlık tesisinin izlem, veri doğrulama, kanıta dayalı gözlemsel değerlendirme ve genel değerlendirme kriter grubundan aldığı toplam puan
 İzlem_g : Sağlık tesisi için belirlenen izlem, veri doğrulama, kanıta dayalı gözlemsel değerlendirme ve genel değerlendirme kriter grubunun toplam puanı

Sağlık tesisi ve hastane yöneticisi karne puanı

$$= \frac{\text{Tıbbi}_p + \text{İdari}_p + \text{Mali}_p + \text{KHÇG}_p + \text{Eğitim}_p + \text{İzlem}_p}{\text{Tıbbi}_g + \text{İdari}_g + \text{Mali}_g + \text{KHÇG}_g + \text{Eğitim}_g + \text{İzlem}_g} \times 1.000$$

Başhekim, başhekim yardımcıları ile bakım hizmetleri müdürü ve müdür yardımcılarının karne puanı

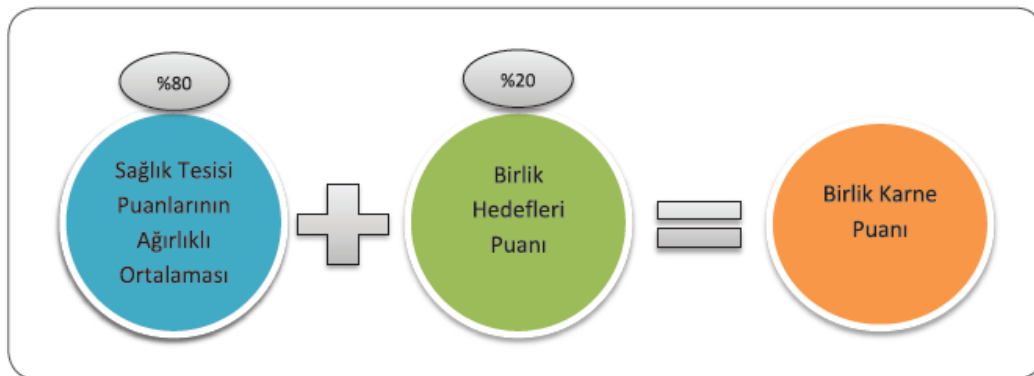
$$= \frac{\text{Tıbbi}_p + \text{KHÇG}_p + \text{Eğitim}_p + \text{İzlem}_p}{\text{Tıbbi}_g + \text{KHÇG}_g + \text{Eğitim}_g + \text{İzlem}_g} \times 1.000$$

İdari ve mali işler müdürü ve müdür yardımcılarının ile Kurum tarafından belirlenen diğer müdür ve müdür yardımcılarının karne puanı

$$= \frac{\text{İdari}_p + \text{Mali}_p + \text{KHÇG}_p + \text{Eğitim}_p + \text{İzlem}_p}{\text{İdari}_g + \text{Mali}_g + \text{KHÇG}_g + \text{Eğitim}_g + \text{İzlem}_g} \times 1.000$$

Şekil. 2.11. Hastane idarecilerinin karne puanının hesaplanması

Verimlilik karnesinden alınan puanlar kamu hastane birliklerinin başarı puanını belirlemek için de kullanılır. Kamu hastane birliklerinin (yeni adı ile Kamu Hastane Hizmetleri Başkanlığı) verimlilik karne puanı birlik hedefleri çizelgesinde (Çizelge. 2.14) belirtilen göstergelerden aldıkları puanlar ile kendilerine bağlı hastanelerin verimlilik karne puan ortalamalarının % 80'inden toplamından oluşur.



Şekil.2.12 Kamu hastane birlikleri karne puanı hesaplama (TKHK,2015:4)

Yönetici, hastane ve birlik başarı puanları hesaplandıktan sonra ilgili dönemlerdeki değerlendirme sonuçlarında aşağıdaki durumlara göre hareket edilir.

Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Karne Değerlendirmesi Hakkında Yönerge gereği;

- a) Sağlık tesisleri her değerlendirme döneminde en az bir kez verimlilik yerinde değerlendirmeye tabi tutulacaktır. Karne dönemine kadar yerinde değerlendirme gerçekleştirilmemiş ise ilgili sağlık tesisi muaf tutulacaktır.
- b) Birlik başarı grubunun yükseltilememesi (D ve E grubu için) ya da düşürülmesi söz konusu olduğunda sadece genel sekreterin bireysel başarısızlığı değil, birlikteki sözleşmeli yöneticilerin de (tıbbi, idari, mali başkanlar) bireysel başarısızlığı söz konusu olmaktadır.
- c) Sağlık tesisi başarı grubunun yükseltilememesi (D ve E grubu için) ya da düşürülmesi söz konusu olduğunda sadece hastane yöneticisinin bireysel başarısızlığı değil, sağlık tesisindeki sözleşmeli yöneticilerin de (başhekim ve yardımcıları, müdürler ve yardımcıları) bireysel başarısızlığı söz konusu olmaktadır.
- d) Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği ve Kamu Hastane Birlikleri Karne Değerlendirmesi Hakkında Yönerge'ye istinaden, genel sekreterlerin ve hastane yöneticilerinin başarı durumları değerlendirmeye alınacaktır. Genel sekreterin başarısızlığı durumunda birlik yöneticileri (tıbbi, idari, mali başkanlar) ve başarısızlığa sebebiyet veren hastane yöneticisinin de başarısızlığı söz konusu olacaktır.

Hastane yöneticisinin başarısızlığı durumunda, hastanede görev yapan diğer yöneticilerin de (başhekim ve yardımcıları, idari-mali işler, sağlık bakım hizmetleri, sağlık otelciliği müdür ve müdür yardımcıları) başarısızlığı söz konusu olacaktır (TKHK, 2015:5).

Aşağıdaki Çizelgelerde verimlilik karnesinin sağlık hizmetleri boyutu performans göstergeleri Çizelge 2.10., mali hizmetler boyutu performans göstergeleri Çizelge 2.11 ve idari hizmetler boyutu performans göstergeleri Çizelge 2.12 yer almaktadır. Verimlilik karnesi ile ilgili tüm boyutları gösteren Çizelge Ek-2'dedir. Ayrıca EK-3'de verimlilik

karnesinin performans göstergelerine ait alt bileşenlerin gösterildiği örnek hastane verimlilik karnesi mevcuttur.

Çizelge 2.10. Verimlilik karnesi sağlık hizmetleri boyutu göstergeleri

BOYUT	BİLEŞENLER	TOPLAM PUAN
ASH	Acil servis hizmetleri	400
PH	Poliklinik hizmetleri	250
YSH	Yataklı servis hizmetleri	400
YBH	Yoğun hizmetleri	350
ADH	Ameliyathane ve doğum hizmetleri	300
LGH	Laboratuvar ve görüntüleme Hizmetleri	200
ADH	Ağız ve diş sağlığı hizmetleri	100
TOPLAMLAR		2000

Çizelge 2.10'da verimlilik karnesinin sağlık hizmetleri performans kriterleri yer almaktadır. Verimlilik karne uygulamasında sağlık hizmetleri boyutu 2000 puan diğer boyutlar 1000 puan üzerinden değerlendirilir.

Çizelge 2.11 Verimlilik karnesi mali hizmetler yönetimi boyutu göstergeleri

Kodu	Adı	Gösterge
MHY-01	Toplam tahakkuk geliri / Toplam gider	100
MHY-02	Net borç / Net hizmet tahakkuk tutarı	150
MHY-03	Gelir bütçesi gerçekleşme oranı	150
MHY-04	Gider bütçesi gerçekleşme oranı	100
MHY-05	Borçluluk süresi	100
MHY-06	Tahakkukların muhasebeleştirilme süresi	150
MHY-07	Mevcut stok tutarı / Aylık ortalama tüketim tutarı	100
MHY-08	TDMS-MKYS stok, amortisman hesapları uyumu	50
MHY-09	Global bütçe dışı diğer tahsilat / Global bütçe dışı diğer tahakkuk	+100
MHY-10	Finansal Sürdürülebilirlik	+50
Toplam		1000

Çizelge 2.11'de verimlilik karnesi mali hizmetler boyutuna ilişkin performans göstergeleri yer almaktadır.

Çizelge 2.12. Verimlilik karnesi idari hizmetler yönetimi boyutu göstergeleri

Kodu	Adı	Gösterge
İHY-01	Hizmet içi Eğitimler	100
İHY-02	Sertifikalı çalışan durumu	100
İHY-03	Uzmanlık Eğitim Faaliyetlerine Katkı puanı	100
İHY-04	Sertifikalı Eğitim Merkezi Olma Durumu	100
İHY-05	Klinikte bakım hizmetinde çalışan yardımcı sağlık personeli oranı	100
İHY-06	Çalışan memnuniyeti oranı	100
İHY-07	Aktif çalışan dış hekimi başına klinikte çalışan yardımcı personel oranı	100
İHY-08	Sağlık-Net' e veri gönderimi	100
İHY-09	Yatak Başına Üretilen Tıbbi Atık Miktarı	100
İHY-10	Ek ödeme dağıtım oranı	100
Toplam Puan		1.000

Çizelge 2.12’de idari hizmetler boyutu göstergeleri yer almaktadır. Bu boyut bu boyut balans skor kartta öğrenme ve gelişme boyutuna karşılık gelmektedir. Çizelge 2.12’de yatak başına üretilen tıbbi atık miktarı ve ek ödeme dağıtım oranı ölçütlerinin, iç süreçler (tıbbi boyut) ve finansal boyutta yer alması gerekmektedir.

Çizelge 2.13. Verimlilik Karnesi Verimlilik Yerinde Değerlendirme (VYD) Göstergeleri

Kodu	Gösterge Adı	Puanı
VYD-01	Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Soru Listesine göre gözlemciler tarafından yapılan değerlendirme	900
VYD-02	Mali Gözlemciler tarafından yapılan yerinde değerlendirme (Ek -3)	100
VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME TOPLAM PUANI		1.000

Çizelge 2.13’te verimlilik yerinde değerlendirme göstergeleri bulunmaktadır. Birinci gösterge verimlilik yerinde değerlendirme gözlemciler tarafından yapılan değerlendirme, bu değerlendirmede verimlilik soru listesine göre puan verilir. İkincisi mali gözlemciler tarafından yapılan yerinde değerlendirmedir. Her iki değerlendirme sonunda 1000 puan üzerinden alınan puan verimlilik karnesi diğer boyutları ile karne puanı hesaplanmasında kullanılır.

Çizelge 2.14. Verimlilik Karnesi Birlik Hedefleri (BH) Göstergeleri

Gösterge Kodu	Gösterge Adı	Puanı
BH-01	Yoğun Bakım Planlaması	50
BH-03	Yanık Tedavi Hizmetleri Planlaması	50
BH-04	KVC Planlaması	50
BH-05	Robotik Cerrahi Planlaması	50
BH-06	Onkoloji Tanı ve Tedavi Planlaması	50
BH-07	Kapsamlı Onkoloji Merkezi Planlaması	50
BH-08	Kemoterapi Planlaması	50
BH-09	Radyoterapi Planlaması	50
BH-10	Nükleer Tıp Planlaması	50
BH-11	Perinatal Merkez Planlaması	50
BH-12	Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezi Planlaması	50
BH-13	Robotik Yürüme Planlaması	50
BH-14	Rop Tanı Tedavi Merkezi Planlaması	50
BH-15	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Planlaması	50
BH-16	Evde Sağlık Hizmetleri Planlaması	50
BH-17	AMATEM ve ÇEMATEM Planlaması	50
BH-18	Çocuk izlem Merkezi Planlaması	50
BH-19	Ruh Sağlığı Yatak Planlaması	50
BH-20	Palyatif Bakım Hizmetleri Planlaması	50
BİRLİK HEDEFLERİ TOPLAM PUANI		1.000

Çizelge 2.13’te kamu hastane birlikleri performans göstergeleri yer almaktadır. Kamu hastane birlikleri ve yöneticileri ilgili performans göstergelerinden aldıkları puanlara göre değerlendirilmektedir. Birlik karne puanı, birlik hedefleri başarı puanının %20’si ile sağlık tesisleri karne puanlarının ağırlıklı ortalamalarının %80’i toplanarak hesaplanmaktadır.

Hastane ve birliklerin karne puanları hesaplandıktan sonra verimlilik değerlendirme yönergesinde belirtilen puan aralığına göre hastane ve birliklerin başarı grupları belirlenmektedir. Her bir yönetici hastanelerde sorumlu oldukları karne kriter grubundan alınan puanlara göre değerlendirilmektedirler. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler (A),(B),(C),(D) ve (E) şeklinde başarı puanlarına göre gruplandırılır (Çizelge.2.15). Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre yöneticilerin görev sonlandırması yapılabilmektedir. Aşağıdaki durumlarda yöneticilerin görevine son verilir.

- (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,

- (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,
- Bünyesindeki hastanelerden birinin art arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi,
- (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir üst gruba çıkarılamaması (TKHK, 2015:5).

Yukarıda sayılan durumlarda Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından genel sekreter ve hastane yöneticisinin görevine son verilmesi söz konusudur.

Çizelge. 2.15. Verimlilik karnesi başarı grupları

Karne Başarı Grupları	
Puan Aralığı	Başarı Grubu
$850 \leq \text{karne puanı} \leq 1.000$	A
$700 \leq \text{karne puanı} < 850$	B
$550 \leq \text{karne puanı} < 700$	C
$400 \leq \text{karne puanı} < 550$	D
Karne puanı < 400	E

Çizelge 2.15'te verimlilik karnesinden alınan puana göre hastanelerin başarı grupları yer almaktadır.

Birlik karnesi genel sekreterin başarısını, hastane karnesi sağlık yöneticisinin başarısını yansıtmaktadır. Ayrıca son uygulama ile az puan farkı ile başarı grubu düşen yöneticilere telafi puanı getirilmiştir.

994 sayılı KHK ile Genel Sekreterliklerin (Kamu Hastane Birlikleri) lav edilip İl Sağlık Müdürlüğüne bağlanması ile, 18.05.2018 tarihli ve 3262 sayılı yönerge ile sağlık hizmetlerinde sözleşmeli yönetici performans değerlendirme yönergesi yürürlüğe girmiştir. Bu yönergenin amacı, illerde sağlık hizmetini yürüten sözleşmeli yöneticilerin sözleşme süresince yürüttükleri faaliyetlerin Bakanlığın strateji ve hedefleri doğrultusunda, kaynak kullanımı ve hizmet sunumu etkililik ve verimlilik düzeylerini, ölçülebilir verilere dayalı performans göstergeleri kullanarak izlemek, ölçmek ve değerlendirmektir. Bu yönerge ile il sağlık müdürlüklerinde ve hastanelerde görev yapan yöneticilerin performansı, yönergeye göre belirlenen performans kriterlerine göre değerlendirilmekte ve performans puanı verilmektedir.

Uygulama verimlilik karnesinden farklı olarak daha çok sözleşmeli yöneticilerin bireysel performansının belirlenmesine dönüktür. Verimlilik karne uygulaması hem bireysel performansı hem de kurumsal performansı ölçmekte idi. Yeni uygulama ile verimlilik karnesi ile ölçülen yönetici performansı işlemleri bu uygulama ile ölçülmeye başlanmıştır. Bununla birlikte bireysel performansı ölçmek için uygulamaya konan yönerge bireysel performansı kurumsal performans göstergeleri üzerinden ölçmektedir. Örneğin idari ve mali hizmetler müdürünün performansını ölçmek için göstergelerden bazılarına baktığımızda, toplam tahakkuk gelirinin toplam gidere oranı, sağlık tesisi veri gönderim başarı oranı, enerji tasarruf oranı, radyoloji tetkik verilerinde sağlık bilişim standartları kullanım oranı gibi doğrudan kişinin başarısına bağlı olmayan ve kurumsal performansı oluşturan göstergelerden oluşturulmuştur.

2.6.6.2.Verimlilik Yerinde Değerlendirme

663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” nin 34“üncü maddesi ve 10/12/2014 tarih ve 29201 sayılı “Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği” kapsamında, birliklere bağlı sağlık tesislerinin yerinde değerlendirmesi “Verimlilik Gözlemcileri” tarafından yapılmaktadır.

Sağlık tesisleri sahip olduğu donanım, hizmet verdiği bina ve tesisat gibi çalışma koşullarını etkileyen tüm etkenler, hizmet süreçleri ve sunulan hizmet kalitesi açısından gözlemciler tarafından yerinde değerlendirilmektedir. Sağlık tesislerinin etkinlik ve verimliliğini ölçmek, eksikleri yerinde görmek ve kaliteli, verimli hizmet sunumunu gerçekleştirmek amacıyla oluşturulan yerinde değerlendirme ekipleri, sağlık tesisleri ziyaretleri sırasında sayılan tüm unsurları göz önünde bulundurarak süreçleri gözlemlemekte, tespit ettikleri problemlere, yöneticilerle beraber çözüm yolları aramaktadırlar. Kaynağında çözüm üretilmeyen problemler ise hazırlanan raporlar vasıtasıyla Kurumun ilgili bölümleriyle paylaşılarak, saha ile merkez arasında bağlantı sağlanmaktadır (TKHK, 2017:8).

Sağlık hizmetinin kalite ve verimliliğinin artırılması, sürekliliğinin sağlanması, sağlık hizmeti sunumundan duyulan memnuniyetin bir üst düzeye çıkarılması ve etkin sağlık yönetimi için yöneticilerin performansının değerlendirilmesi amacıyla yerinde

değerlendirmeler yapılmaktadır. Sağlık tesislerinde aksayan süreci değerlendirecek ve çözüm önerileri sunabilecek donanıma sahip Verimlilik Gözlemcileri ile sağlık tesislerinin yerinde mevcut durum analizleri yapılmakta ve sağlık tesislerinin aksayan süreçlerine yönelik iyileştirmeler yapılmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca gözlemciler tarafından bir sağlık tesisinde tespit edilen iyi uygulama örnekleri, diğer sağlık tesisleri ile paylaşılmaktadır (TKHK, 2017:9).

Gözlemciler tarafından sistemli ve objektif bir değerlendirme gerçekleştirilmesinde kılavuz olması için, hazırlanan “Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Rehberi”nde, gözlemcilerin değerlendireceği sorular, sorunun değerlendirilmesi sırasında değerlendirilecek unsurlar, soru hakkında açıklamalar ve ilgili kaynaklara yer verilmiştir. Rehber sağlık tesislerimizin verimlilik ve kalite alanında yaptığı çalışmalar için de kılavuz niteliği taşımaktadır. Yerinde Değerlendirme rehberinde bulunan her soru, hastaların, hasta yakınlarının, çalışanların gereksinim ve beklentileri, yürürlükteki mevzuat ve Uluslararası kalite ve akreditasyon kaynakları göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Ayrıca hazırlanan sorular tanımlanan boyutlarla ilişkilendirilerek sağlık tesisinin 14 farklı boyutta değerlendirilmesi imkanı sağlanmıştır (TKHK, 2017).

Verimlilik gözlemcileri tarafından sağlık tesislerimizde gerçekleştirilecek yerinde değerlendirmelerde yazılı dokümanların incelenmesinden daha çok, uygulamaların kurum genelinde yaygınlığı, benimsenmesi ve kurum genelinde standart uygulama olup olmadığı gözden geçirilmektedir. Yazılı düzenlemelerin incelenmesi kurum içinde uygulamaların nasıl tanımlandığını anlamak için yapılmaktadır. Sağlık tesislerinden beklenen; hasta ve çalışan güvenliği, toplam kalite yönetimi, etkili hasta değerlendirmesi ve bakımı, hasta hakları konularındaki yaklaşımların kurum kültürüne dönüşmüş olmasıdır. Bu yaklaşımların üst yönetimden en uçtaki birime kadar yayılmış ve standart uygulamaya dönüşmüş olmasını beklenmektedir. Verimlilik gözlemcilerinden beklenen masa başı değerlendirmelerden daha çok, uygulamaların kurum içinde yaygınlığı ve performansına odaklanmalarıdır (TKHK, 2017).

Verimlilik gözlemcileri tarafından değerlendirilecek unsurlarda belirtilen hususların sağlık tesisinde uygulanıp uygulanmadığına, elde edilecek somut bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda karar verilmektedir. Uygulamaya ilişkin kanıtlar; tıbbi kayıtların ve dokümanların incelenmesi, süreçlerin gözlenmesi, çalışanlarla yapılan yüz yüze görüşmeler vb. yöntemler sonucu elde edilmektedir.

Sağlık tesisi çalışanlarının uygulamalara ilişkin farkındalığı, bilgi düzeyi, çalışmalarının ve davranışlarının uygulamalarla uyumu, uygulamanın benimsenme düzeyinin göstergesidir. Gözlemciler; çalışanlarla yaptıkları görüşmeler ve gözlemleri sonucunda değerlendirme anında değerlendirilecek unsurların yerine getirilip getirilmediğini saptar. Ayrıca tıbbi kayıtlarla uygulamalar geriye dönük olarak izlenebilmelidir (TKHK, 2017).

Yerinde değerlendirme soruları içinde istenen değerlendirilecek unsurların, belirli bölümlerde değil, kurumun tüm ilgili bölümlerinde aynı düzeyde uygulanması beklenmektedir. Uygulamaların sürekliliği de önemlidir. Örneğin bir serviste mevcut uygulamada çalışanların bir bölümünün bilgi sahibi olması ve istenen değerlendirilecek unsurun uygulanması, ancak diğer çalışanların çalıştığı zamanlarda uygulamanın gerçeklememesi sağlam temelli bir uygulama olmadığını, kişiye bağlı olduğunu ve belli zamanlarda uygulandığını gösterir. İstenen, uygulamanın belli zaman dilimlerinde değil sürekli olmasıdır. Benzer biçimde uygulama mesai içinde olduğu gibi mesai dışında da etkili olmalıdır (TKHK, 2017).

Verimlilik Yerinde Değerlendirme Boyutları belirlenirken sağlık tesisinin sunduğu sağlık hizmetini etkileyen koşullar ve kurumda egemen olması istenen değerler boyutlar içinde tanımlanmıştır. Böylece değerlendirme sonucunda bir sağlık tesisinin her boyut için ayrı ayrı puanı hesaplanabilmektedir. Her boyutun ayrı puanlanması sağlık tesislerinin ve yöneticilerin performansının çok yönlü değerlendirilmesini sağlamaktadır. (TKHK, 2017)

Toplam 246 sorudan oluşan bu değerlendirmede yer alan boyutlar;

- a) Alt Yapı ve Donanım
- b) Hasta Değerlendirme ve Bakımı
- c) Çalışan Hakları ve Güvenliği
- d) Çalışan Nitelikleri ve Eğitimi
- e) Hasta ve Ailesinin Hakları
- f) Klinik Mühendislik Hizmetleri Yönetimi
- g) Eczacılık Hizmetleri Yönetimi
- h) Toplam Kalite Yönetimi
- i) Hizmete Erişim ve Devamlılığı

- j) Hasta Güvenliği Yönetimi
- k) Tesis Güvenliği Yönetimi
- l) Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme
- m) Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi
- n) Teknik Hizmetler Yönetimi alt başlıklarından oluşur.

Tıbbi alanlara yönelik olarak; Acil servis, poliklinikler, görüntüleme hizmetleri, laboratuvarlar, yoğun bakımlar, doğumhane hizmetleri ve ameliyathane hizmetleri de yerinde değerlendirme kapsamında denetlenir.

Yerinde değerlendirme işlemi toplam 1000 puan üzerinden yapılır. İç süreçlere yönelik değerlendirme 900 puan ve 100 puan ise mali boyuta yönelik değerlendirmeden oluşur.

2.6.6.3. Verimlilik karne uygulamasının balans skor kart boyutlarına göre değerlendirilmesi

Verimlilik karnesi uygulaması balans skor kart modelini esas alarak oluşturulmuştur.

Bu çerçevede idari, mali, tıbbi boyutlar açısından kurumsal performans ölçümü yapılmaktadır. Ayrıca verimlilik yerinde değerlendirme uygulaması ile hastaneler değerlendirilmekte alınan puan verimlilik karne puanının hesaplamasında kullanılmaktadır.

Performans karnesinin boyutlarının ağırlıkları her işletme için farklı olmaktadır. Norton (2000:13-14), performans karnesinin dört boyutuna, finansal boyut %22, müşteri boyutu %22, süreçler boyutu %34 ve öğrenme ve gelişme boyutu %22 olmak üzere, dengeli bir şekilde ağırlık verilmesini önermiştir. Ayrıca, performans karnesindeki ölçüt sayısının da dengeli bir şekilde dağıtılarak, finansal boyutta beş, müşteri boyutunda beş, süreçler boyutu 8-10 arası ve öğrenme ve gelişme boyutu beş olmak üzere, toplam 23-25 arasında olması gerektiği belirtilmiştir (Coşkun, 2006).

Çizelge. 2.16. Balans skor kart ve verimlilik karnesinin balans skor kartın boyutlarına göre karşılaştırılması

Balans skor kart boyutları	Ağırlık oranı	Verimlilik karnesi boyutları	Verimlilik karnesi gösterge sayısı	Verimlilik karne puanı	Puana göre boyut ağırlığı oranı
Mali boyut	% 22	Mali boyut	10	1000	% 20
Müşteri boyutu	% 22	İdari boyut	10	1000	% 20
İç süreçler boyutu	% 34	Tıbbi boyut	42	2000	% 40
Öğrenme ve gelişme boyutu	% 22	Verimlilik yerinde değerlendirmeye boyutu	2.	1000	% 20

Çizelge 2.16’da verimlilik karnesi boyutları incelendiğinde tıbbi boyutun ağırlığının fazla olduğu görülmektedir. Tıbbi boyut içeriğine baktığımızda balans skor kartın iç süreçler boyutuna karşılık gelmektedir. Norton’un önerisinde de iç süreçler boyutunun ağırlığının fazla olduğu görülmektedir. Müşteri boyutu verimlilik karne uygulamasında idari boyuta karşılık gelmiştir. İdari boyutta ayrıca öğrenme ve gelişme boyutunu da içeren göstergeler mevcuttur. Verimlilik yerinde değerlendirme boyutu ise iki boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar iç süreçler ve mali boyuta ilişkin değerlendirmeleri kapsamaktadır.

Verimlilik karnesi incelendiğinde gösterge sayısının 62 olduğu ve Norton tarafından önerilen sayıdan fazla olduğu görülmektedir. Bununla birlikte göstergelerden alınan toplam puan bakımından boyut yüzde değerlerinin önerilen dengeli skor kart yaklaşımına benzer olduğu görülmektedir.

Verimlilik karnesindeki boyutlara ilişkin göstergelerin farklı başlıklar altında toplandığı görülmüştür. Örneğin idari boyut altında, hizmet içi eğitimler, sertifikalı çalışan durumu, uzmanlık eğitim faaliyetlerine katkı puanı, sertifikalı eğitim merkezi olma durumu, klinikte bakım hizmetinde çalışan yardımcı sağlık personeli oranı, çalışan memnuniyeti oranı, aktif çalışan dış hekimi başına klinikte çalışan yardımcı personel oranı, sağlık-net’e veri gönderimi, yatak başına üretilen tıbbi atık miktarı ve ek ödeme dağıtım oranı göstergeleri yer almaktadır.

Bu göstergelerden hizmet içi eğitimler, sertifikalı çalışan durumu, uzmanlık eğitim faaliyetlerine katkı puanı, sertifikalı eğitim merkezi olma durumu, çalışan memnuniyeti oranı öğrenme ve gelişme boyutu ile ilgilidir. Sağlık-net'e veri gönderimi, yatak başına üretilen tıbbi atık miktarı ve ek ödeme dağıtım oranı göstergeleri ise iç süreçler ve finansal boyut ile ilgilidir.

Finansal boyut ise balans skor kart uygulaması için önerilen sayıda ve finansal özellikler bakımından gruplanmıştır.

2.6.6.4. Kamu hastanelerinde kurumsal yapısal değişiklikler

Kamu hastanelerinin daha etkin ve verimli yönetilmesini sağlamak için 663 nolu KHK ile 2012 yılında Sağlık Bakanlığı bağlı kuruluşu olarak hizmet vermek üzere, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur. İllerde kamu hastaneleri kurumuna bağlı kamu hastane birlikleri kurulmuştur. Kamu hastaneleri birlik yöneticisi genel sekreterdir. İllerdeki bu yapı kamu hastaneleri genel sekterliği olarak ta anılmıştır. İllerdeki kamu hastane birlikleri ve hastanelerin başarı durumlarına yönelik performanslarının ölçümü için verimlilik karnesi uygulaması başlatılmıştır. Verimlilik karnesi uygulaması ile illerdeki kamu hastanelerinin belirlenen performans göstergelerine ait hedeflere ulaşması amaçlanmıştır. Verimlilik karnesinin etkisine yönelik kamu hastaneleri kurumunun ve bireysel yayın sayısı oldukça azdır.

İllerdeki kamu hastane birliklerinin kurumsal yapısı, il sağlık müdürlükleri ile yönetsel sorunların oluşmasına neden olmakta idi. Ayrıca bu yapının kuruluş amacından beklenen hastanelerde etkililik ve verimliliği sağlamaya dönük somut iyileşmelerin yeterince olmaması yeni bir değişikliğin yapılması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle illerdeki yönetsel karışıklığı önlemek ve hizmet birliğini sağlamak amacı ile 994 sayılı KHK ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sağlık Bakanlığı altında Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne, illerde bulunan Kamu Hastaneleri Birlikleri ise il sağlık müdürlükleri altında Kamu Hastaneleri Başkanlığı olarak yapılandırılmıştır. Bu kararname ile, il sağlık müdürlüklerinin yönetsel yapısında kısmen değişiklik yapılmış ve şubeler başkanlıklar adı altında yapılandırılarak sözleşmeli yöneticilik sistemi getirilmiştir.

Hastanelerde 994 sayılı KHK ile daha önce 663 nolu KHK ile hastanelerdeki yönetim yapısında yer alan ve başhekim, idari ve mali işler müdürü ve sağlık bakım hizmetleri müdürünün bağlı olduğu hastane yöneticisi kadrosu kaldırılmıştır. Başhekim, hastanenin yönetiminden sorumlu hale getirilerek eski yönetim yapısına dönmüştür. 663 nolu KHK'deki yapılanmada hastane yöneticisi ünvanı ile kaynakların etkin ve verimli kullanılması, hastanelerin birim maliyetlerinde azalma sağlayarak mali sürdürülebilirlik yapısının güçlendirilmesi ve herkesin kendi işine ağırlık vererek hastanelerin daha özerk yönetilmesi amaçlanmıştır. Örneğin başhekim sadece tıbbi hizmetlerden sorumlu olup görevi tıbbi hizmetlerin etkin ve verimli yönetilmesini sağlamaktır. Ancak bu yapılanmada amaçlanan gelişmeler bakımından hastanelerde istenilen verim alınamamıştır. Bu nedenle eski yönetim yapısına dönmüştür.

Hastane yöneticilerinin performans puanları 663 nolu KHK gereği verimlilik karne uygulaması üzerinden verilmekte idi. Hastanenin verimlilik karne puanı aynı zamanda hastane yöneticisinin performans karnesi puanı idi. Yeni KHK ile illerde sağlık hizmetini yürüten sözleşmeli yöneticilerin sözleşme süresince yürüttükleri faaliyetlerin Bakanlığın strateji ve hedefleri doğrultusunda, kaynak kullanımı ve hizmet sunumu etkililik ve verimlilik düzeylerini, ölçülebilir verilere dayalı performans göstergeleri kullanarak izlemek, ölçmek ve değerlendirmek amacı ile sözleşmeli hastane yöneticilerinin performans puanları için yeni performans gösterge kriterleri getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Bakanlık Makamının 18.05.2018 tarih ve E.04-362 sayılı onayı ile **"Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi"** yürürlüğe girmiştir. Bu yönerge ile, il sağlık müdürleri, başkan ve başkan yardımcıları, ilçe sağlık müdürleri, başhekim, başhekim yardımcıları ile hastane müdür ve müdür yardımcılarının performansları yönerge ekinde yer alan kriterlere göre izlenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu yönerge ile aşağıdaki kurum ve kuruluşlarda görev yapan sözleşmeli yöneticilerin bireysel performansını ölçmek amaçlanmıştır.

- 1) İl Sağlık Müdürü Gösterge Kartları
- 2) Halk Sağlığı Gösterge Kartları
- 3) Kamu Hastaneleri Gösterge Kartları
- 4) Sağlık Hizmetleri Gösterge Kartları
- 5) İlaç Tıbbi Cihaz Gösterge Kartları
- 6) Acil Sağlık Hizmetleri Gösterge Kartları

7) Personel Hizmetleri Gösterge Kartları

8) Destek Hizmetleri Gösterge Kartları

9) Başhekim Gösterge Kartları

10) Sağlık Bakım Hizmetler Müdürü Gösterge Kartları

11) İdari Mali Hizmetler Müdürü Gösterge Kartları

12) Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü Gösterge Kartları

13) Başhekim ADSM-ADHM Gösterge Kartları

14) Sağlık Bakım Hizmetler Müdürü ADSM-ADHM Gösterge Kartları

15) İdari Mali Hizmetler Müdürü ADSM-ADHM Gösterge Kartları

İlgili yönerge eklerinde 9-10-11-12 sıra numarası ile verilen gösterge kartları kamu hastanelerinde görev yapan yöneticilerin performanslarını ölçmek için oluşturulmuştur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Araştırma Ankara ilindeki kamu hastane yöneticilerini kapsamaktadır. Araştırma verileri, hastane yöneticilerinin anketlere verdikleri cevaplarla sınırlıdır. Araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde yapılacak çıkarımlar bu örneklemele sınırlıdır. Hastane yöneticileri, 2-3 yıl süre ile sözleşmeli olarak görevlendirilmektedirler. Bu nedenle araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise yeni görevlendirmelerin 2018 yılı başında yapılmış olması nedeni ile bazı yöneticilerin verimlilik karne uygulaması ile yeni karşılaşmış olması ihtimalidir. Hastane yöneticilerinin araştırmaya katılmada isteksiz olmaları diğer bir kısıtlılıktır.

3.1.1 Araştırmanın Evreni

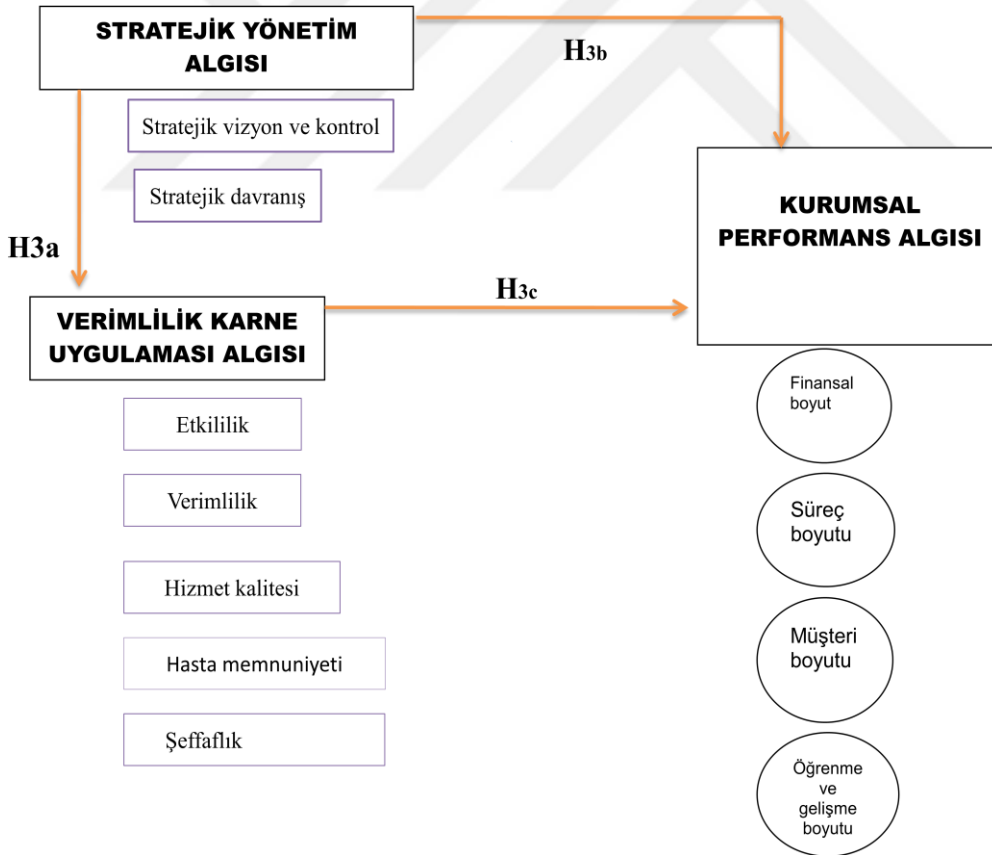
Ankara ilinde toplam 37 kamu hastanesi bulunmaktadır. Askeri hizmetlerden Sağlık Bakanlığına devir olan üç hastanede verimlilik karne uygulaması yeni başladığından, çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma kapsamında, toplam 34 hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerdeki toplam yönetici sayısı 324'tür (Çizelge 3.1). Araştırma, hastanelerin etik kurullarından izin alınarak yapılmıştır. Bu nedenle bazı hastanelerden gereken izin alınamadığından bu hastanelerdeki yöneticilere anket uygulaması yapılamamıştır. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu çerçevede 226 yönetici çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Sonuç olarak araştırma evreninin % 69.7'sine ulaşılmıştır.

Çizelge 3.1 Araştırma Evreni

Ünvan	Hastane türü	
	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekim	19	15
İdari ve Mali İşler Müdürü	19	15
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	19	15
Müdür Yardımcısı	31	75
Başhekim Yardımcısı	31	75
Kalite ve Destek Müdürü	0	10
Toplam	119	205
	324	

3.2. Araştırma Modeli

Araştırma betimsel, ilişkisel tarama modeli niteliği taşımaktadır. Kamu hastane yöneticilerinin, kamu hastanelerinde uygulanan verimlilik karnesi uygulamasına ilişkin algılarının nasıl olduğu belirlenmeye çalışılmıştır. Bu çerçevede verimlilik karnesi aynı zamanda bir stratejik yönetim aracı olduğundan yöneticilerin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik yönetim algısının da ölçülmesi amaçlanmıştır. Yöneticilerin verimlilik karnesi algısı ve stratejik yönetim algısının kurumsal performansa etkisinin olup olmadığı ve yöneticilerin stratejik yönetim algısı ile verimlilik karne uygulaması algısı arasında bir ilişki olup olmadığı sorularına yanıt aranmıştır. Bununla ilgili kurulan model şekil 3.1’dedir. Araştırmada, bağımlı değişken kurumsal performans algısı, bağımsız değişkenler ise demografik verilerle birlikte, verimlilik karnesi stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısıdır.



Şekil 3.1. Araştırma modeli

3.3. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiştir. Anket soruları hazırlanırken, Niven, (2002); Kaygusuz, (2005); Coşkun, (2006); Chen ve diğerleri, (2006); Uygur, (2009); Korkmaz, (2011); Kırılmaz, (2012); Yıldız ve diğerleri, (2013); Çınar, (2014); Rahimi ve diğerleri'nin (2017) çalışmalarından yararlanılmıştır.

Araştırmada hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması ile ilgili algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısını değerlendirmek amacı ile anketler oluşturulmuştur. Anket ön uygulaması 20 yöneticiye uygulanmış ve anlaşılmayan, anketin güvenilirliğini bozan maddeler anketlerden çıkarılarak gerekli güvenilirlik düzeyi sağlanmıştır. Göstergelerin tespitinde, literatürün oluşmasında en önemli katkıyı sağlayan ve uzmanlığı hakkında görüş birliği bulunan çalışmalar dikkate alınmış, ve uzman görüşlerinden yararlanılmıştır.

Üç ayrı bölümden oluşan ankette, birinci bölümde, verimlilik karnesi bir stratejik yönetim aracı olduğundan verimlilik karnesinin hastane yöneticileri tarafından stratejik yönetim aracı olarak nasıl algılandığını belirlemek için stratejik yönetim algısı anketi oluşturulmuştur. Anket sorularının hazırlanmasında Ülgen ve Mirza, (2013); Kırılmaz, (2012); diğer literatür bilgilerinden ve uzman görüşlerinden yararlanılmıştır. 14 sorudan oluşan ankette yapılan faktör analizinde iki boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır (Çizelge 3.3).

İkinci bölümde, hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması ile ilgili düşüncelerinin belirlenmesi amacı ile verimlilik karne uygulaması algısına yönelik 22 soru ile verimlilik karne uygulaması algısı ölçme aracı oluşturulmuştur. Ölçme aracı, literatürde Donabedian'a göre performansın boyutları arasında yer alan verimlilik, etkililik, ile yine Nerenz ve Neil (2001) ve çeşitli yazarlarca (bkz., s.80) literatürde sağlık performansının boyutları arasında yer alan, hizmet kalitesi, şeffaflık ve hasta memnuniyeti alt bileşenlerinden oluşturulmuştur. Anket sorularının hazırlanmasında; Uygur, (2009), Yıldız, ve diğerleri (2013), Çınar, (2014), Kırılmaz tarafından yapılan (2012) *Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi, Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastaneler Örneği* adlı doktora çalışmasından, TKHK verimlilik ön değerlendirme raporu (2012), Kamu

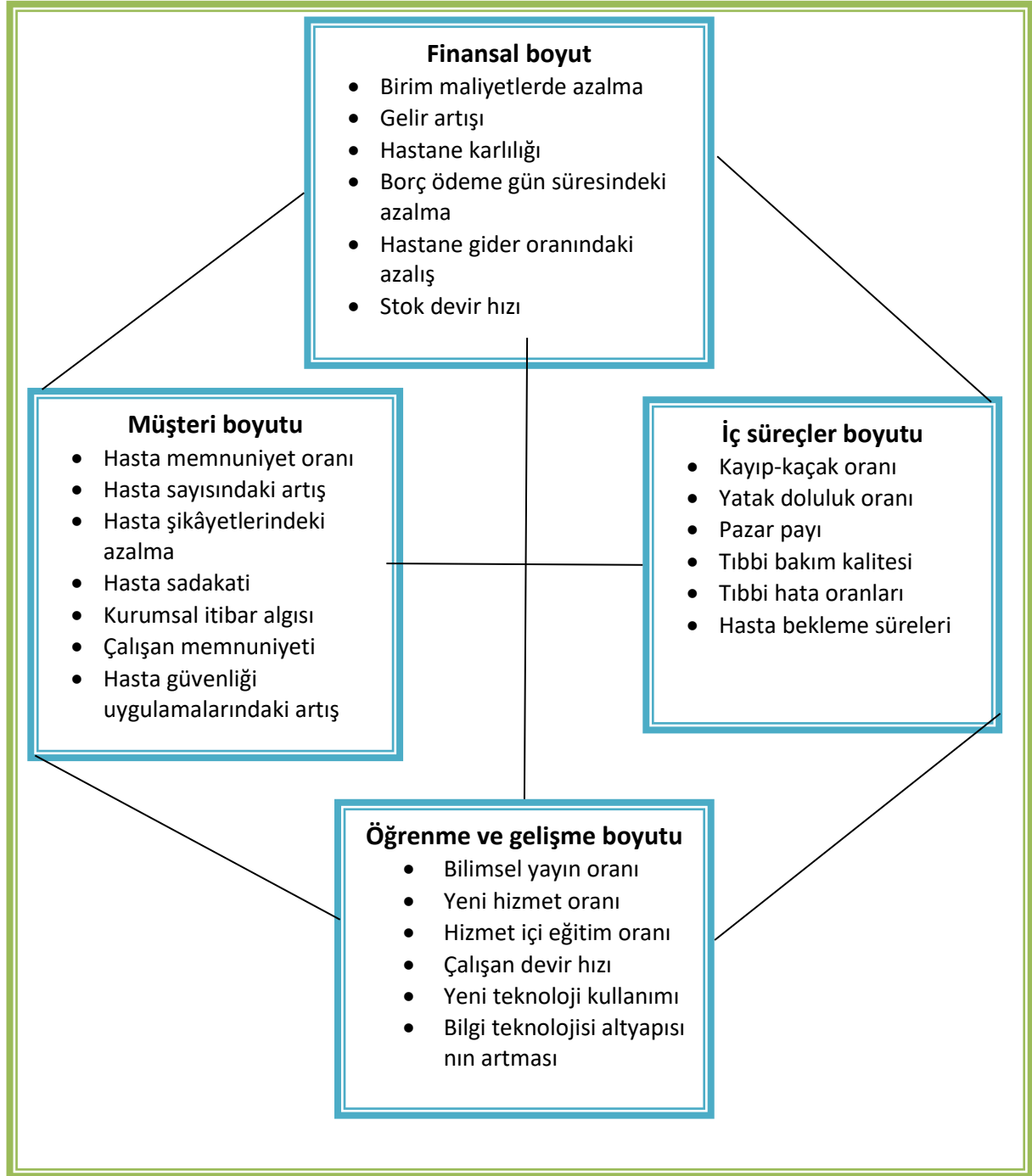
Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge'den ve uzman görüşlerinden yararlanılmıştır. Toplam 22 sorudan oluşan ölçme aracı ile ilgili yapılan faktör analizi sonucu 18 sorudan oluşan 5 boyutlu yapı elde edilmiştir (Çizelge 3.4).

Üçüncü ve son bölümde, yöneticilere göre verimlilik karnesi uygulamasının hastane performansına etkisini belirlemek için balans skor kart'ın dört boyutu dikkate alınarak (finansal, süreç, müşteri ve öğrenme gelişme boyutu) literatürdeki ilgili performans göstergelerinden yararlanılarak 26 sorudan oluşan kurumsal performans algısı ölçeği oluşturulmuştur. Anket sorularının hazırlanmasında boyutlarda yer alan göstergeler; Niven, (2002); Kaygusuz, (2005); Coşkun, (2006); Korkmaz, (2011); Yıldız ve diğerleri, (2013), Rahimi ve diğerleri'nin (2017) çalışmalarından yararlanılarak oluşturulmuştur. Kurumsal performans algısı madde faktör yüklerinin ilgili boyutu destekleyip desteklemediğini belirlemek için her boyuta kendi içinde faktör analizi uygulanmıştır (Çizelge 3.5).

Üç ayrı bölümden oluşan ankette, stratejik yönetim algısı ölçeği 14 soru, verimlilik karne uygulaması algısı ölçeği 22 soru ve kurumsal performans algısı ölçeği 26 sorudan oluşturulmuştur. Anketler 5'li likert ölçeğiyle (1.kesinlikle katılmıyorum 2. katılmıyorum 3. Kararsızım 4. Katılıyorum. 5. Kesinlikle katılıyorum) değerlendirilmiştir. Ölçeklerde ters anlamlı soru bulunmamaktadır. Ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları çizelge 3.6'da verilmiştir (s.155).

Veri toplama aracı, 01 Mart –15 Haziran 2018 tarihleri arasında Ankara ilindeki kamu hastaneleri yöneticilerine uygulanmıştır. Veriler istatistiki analizlerden başka, yöneticilerin ölçme araçlarına verdiği cevaplara göre düşük, orta ve yüksek olmak üzere üç kategoride yorumlanmıştır. Beşli likert tipinde olan ankette, aralık katsayının 3'e bölünmesiyle kategori değerleri elde edilmiştir ($4/3=1.33$). Buna göre, 1–2.33: düşük düzeyde katılım", 2.34–3.66: orta düzeyde katılım ve 3.67–5.00: yüksek düzeyde katılım şeklinde değerlendirme yapılmıştır.

Araştırmada verimlilik karne uygulamasının kurumsal performansa etkisi belirlemeye yönelik performans karnesi modeline göre oluşturulan kurumsal performans algısı anketinde (Ek-1) yer alan ifadelerle ait performans göstergeleri şekil 3.2’de gösterilmiştir.



Şekil 3.2 Kurumsal performans algısı anketi göstergeleri

3.4.Araştırmanın Hipotezleri

H1. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

H2. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı alt boyutları demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

H3. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H3a. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile verimlilik karne uygulaması algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H3b. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H3c. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

3.5. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Verilerin analizinde SPSS programı kullanılmıştır. Verilere hangi analizlerin uygulanacağını belirlemek için, verilerin normal dağılıma uyup uymadığına Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılmıştır. Yapılan normallik analizinde veriler normal dağılıma uymadığı $p < 0,05$ (Çizelge 3.2) görülmüştür. Verilerin analizinde frekans ve yüzde analizleri, ikili değişkenler için Mann Whitney U testi ve çoklu değişkenler için tek yönlü Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Değişkenlerin birbirleri ile ilişkileri için korelasyon analizlerine bakılmış ve spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $\alpha = 0,01$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çizelge. 3.2 Normallik testi bulguları

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
Stratejik Yönetim Algısı Ölçeği	,099	226	,000
Verimlilik Karne Uygulaması Algısı Ölçeği	,076	226	,003
Kurumsal Performans Algısı Ölçeği	,062	226	,034

3.6 Veri Toplama Araçlarına Yönelik Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Araştırmada kullanılan anketlere ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Anketlere yönelik faktör analizleri yapılmış, daha sonra Cronbach Alfa katsayısı hesaplanarak güvenilirlik analizi yapılmıştır.

Araştırmada üç ayrı anket kullanılmıştır. Anketlerde yer alan alt boyutlara ilişkin faktör analizleri yapılarak madde faktör yükleri için Bartlett testi Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Bartlett değerlerine bakılmıştır. KMO değeri örneklemin analiz için yeterli olup olmadığını, Bartlett değeri ise verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine ilişkin bilgi verir. Bu değerlerin uygun olması halinde faktör analizi yapılabilir. Literatürde KMO değerinin 0.50'den büyük olmasının yeterli olacağı belirtilmektedir. Çizelge 3.3., 3.4 ve 3.5'te yer alan ölçme araçlarına ait KMO değeri ve Cronbach's Alpha değerleri istenen değerlerdedir.

Çizelge 3.3. Verimlilik karnesi stratejik yönetim algısı faktör analizi bulguları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçüm yeterliliği	,926	
Bartlett Testi Sonucu-P Değeri	,000	
Ki-Kare Test Değeri	1952,755	
Serbestlik Derecesi	91	
Açıklanan Toplam Varyans	% 62,506	
Madde adı	Faktörler	
	f1	f2
Stratejik vizyon ve kontrol 2	,822	
Stratejik vizyon ve kontrol 8	,799	
Stratejik vizyon ve kontrol 6	,776	
Stratejik vizyon ve kontrol 1	,767	
Stratejik vizyon ve kontrol 3	,764	
Stratejik vizyon ve kontrol 7	,734	
Stratejik vizyon ve kontrol 9	,698	
Stratejik vizyon ve kontrol 5	,678	
Stratejik vizyon ve kontrol 4	,602	
Stratejik davranış 5		,831
Stratejik davranış 3		,739
Stratejik davranış 4		,739
Stratejik davranış 2		,721
Açıklanan varyans	53,535	8,971

Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik yönetim boyutundaki sorulara verdikleri yanıtlara göre yapılan faktör analizi sonucu iki faktörlü bir yapı oluşmuştur (Çizelge 3.3). Birinci faktördeki ifadelerin tek faktörde toplandığı görülmüştür. Bu faktörde toplanan ifadeler stratejik yönetim ile ilgili vizyon, strateji, stratejik kontrol gibi bir çok alanı kapsadığından bu faktör stratejik vizyon ve kontrol olarak adlandırılmıştır. İkinci faktör ise yöneticilerin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik davranışlarına yönelik olduğundan stratejik davranış boyutu adı altında faktöre alınmıştır.

Stratejik vizyon ve kontrol boyutunda en yüksek faktör yüküne sahip ifade, “verimlilik karnesi hastanemizin kurumsal stratejik hedeflere ulaşmasını kolaylaştırır” ifadesidir. Stratejik davranış boyutunda ise “hastane performans hedeflerine ulaşmak için çalışanları teşvik ederim” ifadesi en yüksek faktör yüküne sahip madde olduğu görülmektedir. Stratejik yönetim algısı ölçeğinde “verimlilik karne uygulaması hakkında yeterince bilgi sahibiyim” ifadesi faktör yükü düşük olduğundan ve faktör yapısına uymadığından ölçekten çıkarılmıştır.

Çizelge 3.4. Verimlilik karne uygulaması algısı faktör analizi bulguları

Rotated Component Matrix ^a					
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçüm	,828				
Bartlett Testi Sonucu-P Değeri	,000				
Ki-Kare Test Değeri	1799,873				
Serbestlik Derecesi	171				
Açıklanan Toplam Varyans	63,743				
Boyutlar	Faktörler				
	1	2	3	4	5
Etkililik 5	,693				
Etkililik 1	,669				
Etkililik 3	,667				
Etkililik 2	,553				
Etkililik 6	,537				
Etkililik 4	,536				
Hizmet kalitesi1		,801			
Hizmet kalitesi3		,723			
Hizmet kalitesi2		,691			
Hasta memnuniyeti3			,786		
Hasta memnuniyeti1			,777		
Hasta memnuniyeti2			,681		
Verimlilik1				,862	
Verimlilik2				,652	
Verimlilik3				,518	
Şeffaflık 3					,821
Şeffaflık1					,781
Şeffaflık2					,718
Açıklanan varyans	33,817	9,836	7,874	6,401	5,816

* Maddelere ilişkin detaylar çizelge 4.26 verilmiştir.

Çizelge 3.4’te hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulamasına yönelik faktör analizi sonuçları yer almaktadır. Yapılan faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı % 63,743 olan beş faktör altında toplanmıştır. Ölçme aracında bulunan 22 ifadeden dört ifade faktör yapısına uymadığından ölçekten çıkarılmıştır. Bu ifadeler çizelge 4.26’da detaylı olarak verilmiştir.

Çizelge 3.5. Kurumsal performans algısı faktör analizi bulguları

BOYUTLAR	Madde faktör		
Finansal boyut		KMO değeri	,837
Finansal2	,825	Ki-Kare Test Değeri	925,086
Finansal1	,815	Sig.	,00
Finansal5	,806	Açıklanan varyans (%)	62,14
Finansal4	,797	Cronbach's Alpha	,898
Finansal6	,776		
Finansal3	,775		
Finansal7	,719		
Süreç boyutu		KMO değeri	,813
Süreç3	,795	Ki-Kare Test Değeri	442,778
Süreç4	,789	Sig.	,00
Süreç2	,778	Açıklanan varyans (%)	52,84
Süreç6	,757	Cronbach's Alpha	,814
Süreç5	,729		
Süreç1	,453		
Müşteri boyutu		KMO değeri	,869
Müşteri5	,859	Ki-Kare Test Değeri	727,002
Müşteri3	,804	Sig.	,00
Müşteri4	,798	Açıklanan varyans (%)	56,67
Müşteri6	,758	Cronbach's Alpha	,867
Müşteri1	,726		
Müşteri7	,660		
Müşteri2	,639		
Öğrenme ve gelişme boyutu			
Öğrenme ve gelişme5	,820	KMO değeri	,818
Öğrenme ve gelişme2	,813	Ki-Kare Test Değeri	485,711
Öğrenme ve gelişme4	,720	Sig.	,00
Öğrenme ve gelişme6	,718	Açıklanan varyans (%)	54,72
Öğrenme ve gelişme1	,682	Cronbach's Alpha	,831
Öğrenme ve gelişme3	,672		

Faktör analizi çok sayıda ifadeden birbirine yakın olan ifadeleri aynı faktör altında toplayarak daha az boyutlar elde etmemizi sağlar. Kurumsal performans algısı faktör analizinde boyutlar belli olduğundan gruplar kendi içerisinde faktör analizine tabi tutulmuştur.

Çizelge 3.5'te hastane yöneticilerinin kurumsal performans algısına yönelik keşifsel faktör analizi sonuçları yer almaktadır. Kurumsal performans algısı alt boyutları uzman görüşlerine göre literatürde yer alan balans skor kart boyutlarına göre oluşturulduğundan alt boyutlar için genel faktör analizi yapılmamış olup, madde faktör yüklerinin ilgili boyutu

destekleyip desteklemediğine bakılmıştır. Yapılan analizlerde madde faktör yüklerinin ve varyanslarının ilgili boyutları destekledikleri ve sosyal bilimler için kabul edilen değerlerde oldukları görülmüştür.

Yukarıdaki çizelgelerde görüldüğü gibi yapılan faktör analizine göre bütün maddelerin ait oldukları boyut içinde yüksek faktör yüklerine sahip olarak yer almaları ve diğer bulguların (varyans açıklama yüzdesi, güvenilirlik katsayısı, Bartlett's testi ve KMO katsayı) sosyal bilimler için istenen düzeyde çıkması ölçeğin gerekli olan güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

Araştırmada kullanılan anket formlarına ait güvenilirlik analizi sonuçları çizelge 2.6'da verilmiştir.

Çizelge 3.6. Güvenirlik analizi bulguları

	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
Stratejik yönetim algısı ölçeği		
Stratejik vizyon ve kontrol	,927	9
Stratejik davranış	,823	4
Cronbach's alpha ölçek değeri /toplam madde	,930	13
Verimlilik karne uygulaması algısı ölçeği		
Etkililik	,846	6
Hizmet kalitesi	,821	3
Verimlilik	,802	3
Hasta memnuniyeti	,743	3
Şeffaflık	,731	2
Cronbach's alpha ölçek değeri /toplam madde	,866	18
Kurumsal performans algısı ölçeği		
Finansal boyut	,898	7
Süreç boyutu	,814	6
Müşteri boyutu	,867	7
Öğrenme ve gelişme	,831	6
Cronbach's alpha ölçek değeri /toplam madde	,939	26

Sosyal bilimlerde güvenilirlik analizi için sıklıkla kullanılan yöntem Cronbach's Alpha değerleridir. Çizelge 3.6'da araştırmada kullanılan ölçme araçlarına ilişkin Cronbach's Alpha değerleri verilmiştir. Bu değer 0,70'den büyük olması ölçme aracının güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu değer $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirirdir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin genel güvenilirlikleri 0,80'in üzerinde olduğundan ölçme araçlarının güvenilirliklerinin yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

İstatistiksel verilerde yapılan normallik testi bulgularında grupların normal dağılıma uygun olmaması nedeni araştırmada non parametrik testler uygulanmıştır. İkili değişkenler için Mann Whitney U testi, çoklu değişkenler için Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır. Ayrıca bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki için spearman korelasyon analizi yapılmıştır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1 Tanımlayıcı Bulgular

Çizelge 4.1 Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin demografik bilgileri

Demografik değişkenler	Grup	Sayı	%
Yaş	18-25	3	1,3
	26-33	44	19,5
	34-41	82	36,3
	42-49	76	33,6
	50 ve üstü	21	9,3
	Toplam	226	100,0
Cinsiyet	Kadın	77	34,1
	Erkek	149	65,9
	Toplam	226	100
Ünvan	İdari ve Mali İşler Müdürü	36	15,9
	İdari ve Mali İşler Müdür yardımcısı	61	27,0
	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	28	12,4
	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı	32	14,2
	Başhekim	26	11,5
	Başhekim Yardımcısı	43	19,0
	Toplam	226	100,0
Verimlilik Karnesi Eğitimi Alma Durumu	Evet	94	41,6
	Hayır	132	58,4
	Toplam	226	100,0
Yatak sayısı	0-99	35	15,5
	100-199	38	16,8
	200-299	30	13,3
	300-399	19	8,4
	400 yatak ve üzeri	104	46
	Toplam	226	100,0
Hastane türü	Devlet Hastanesi	82	36,3
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	144	63,7
	Toplam	226	100,0
Hizmet yılı	0-5	5	2,2
	6-10	23	10,2
	11-15	44	19,5
	16-20	68	30,1
	21 yıl ve üzeri	86	38,1
	Toplam	226	100,0
Hastane yöneticilik yılı	0-5	85	37,6
	6-10	60	26,5
	11-15	41	18,1
	16-20	23	10,2
	21 yıl ve üzeri	17	7,5
	Toplam	226	100,0
Sözleşmeli yöneticilik süresi	0-1 yıl	43	19,0
	2-3 yıl	35	15,5
	4-5 yıl	79	35,0
	6 yıl ve üzeri	69	30,5
	Toplam	226	100,0

Demografik bulgular

a. Yaş

Araştırmaya katılanların % 1,3 18-25 yaş grubunda, % 19,5'i 26-33 yaş grubunda, % 36,3'ü 34-41 yaş grubunda, % 3,6'sı 42-49 yaş grubunda ve % 13,3'ü 50 yaş ve üzerindedir. Yöneticilerin çoğunluğunun orta yaş grubunda olduğu görülmektedir.

b. Cinsiyet

Araştırmaya katılanların % 34,1'i kadın, % 65,9'u erkektir. Erkek yöneticilerin daha fazla sayıda olduğu görülmektedir.

c. Ünvan

Araştırmaya katılan yöneticilere baktığımızda % 11,5'i hastane başhekim, %19'u başhekim yardımcısı, 15,9'u idari ve mali işler müdürü, % 27'sinin idari ve mali işler müdür yardımcısı, % 12,4'nün sağlık bakım hizmetleri müdürü ve % 14,2'sinin sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı olduğu görülmüştür.

Standart kadro durumu bakımından Başhekim yardımcısı ve müdür yardımcılarının sayısı daha fazla olduğundan araştırmada da yüzdeleri yüksektir.

d. Verimlilik Karnesi eğitimi alma durumu

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin % 41,6'sı 94 kişi, verimlilik karnesi ile ilgili bir eğitim aldığını belirtmiştir. % 58,4'ü 132 kişi ise verimlilik karnesi uygulaması ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir.

e. Yatak sayısı

Araştırmaya katılan yöneticilerin % 15,5'i 0-99 yataklı, % 16,8'i 100-199 yataklı, % 13,3'ü 200-299 yataklı, % 8,4'ü 300-399 yataklı ve % 46'sı 400 yatak ve üzeri hastanede görev yapmaktadır. Çizelge 3.1'de araştırmaya dahil olan hastanelerdeki yönetici sayıları verilmiştir. Buna göre devlet hastanelerinde 119 yönetici ve eğitim araştırma hastanelerinde 205 yönetici görev yapmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanelerinin büyük

çoğunluğu 300 ve üzeri yatak sayısına sahip hastanelerdir. Bu nedenle araştırmaya katılan yönetici sayısı eğitim araştırma hastanelerinde daha fazla sayıdadır.

f. Hastanenin türü

Araştırmaya katılan yöneticilerin % 36,3'ü devlet hastanesinde, % 64,7'si ise eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapmakta olduğu görülmüştür.

g. Hizmet yılı

Araştırmaya katılan yöneticilerin hizmet yıllarına bakıldığında % 2,2'si 0-5 yıl, % 10,2'si 6-10 yıl, % 19,5'i 11-15 yıl, % 30,1'i 16-20 yıl ve % 38,1'i 21 yıl ve üzeri hizmet yılına sahiptir. Yöneticilerin büyük çoğunluğunun 15 yıl üstü hizmet yılı vardır.

h. Hastane yöneticilik yılı

Araştırmaya katılan yöneticilerin % 37,6'sının 0-5 yıl, % 26,5'i 6-10 yıl, % 18,6'i 11-15 yıl, % 10,2'si 16-20 yıl ve % 7,5'inin 21 yıl ve üzeri hastane yöneticiliği yapmış olduğu görülmektedir. 0-5 yıl yöneticilik yapanların oranı yüksektir. Bunun sebebi hastanelerde sözleşmeli yöneticilik sistemin 2012 yılında başlaması nedeni ile yöneticilik sisteminin yenilenerek eski yöneticilerin yerine yeni yönetici atamalarının olmasıdır. Bu atama sistemi her 2-3 yılda yenilenmekte bazı yöneticiler görevine devam etmekte, bazılarının yerine ise yeni yönetici atanmaktadır.

ı. Sözleşmeli yöneticilik yılı

Araştırmaya katılan yöneticilerin % 19'u 43 kişi, 0-1 yıl; % 15,5'i 35 kişi, 2-3 yıl; % 35'i 79 kişi, 4-5 yıl ve 30,5'i 69 kişi altı yıl ve üzeri sözleşmeli yöneticilik yapmaktadır. Sözleşmeli yöneticilerin yarısından fazlasının üç yıl ve üzeri sözleşmeli yönetici olarak görev yapmakta olduğunu söyleyebiliriz.

4.2. Hipotezlere Yönelik Bulgular

4.2.1 H1 Hipotezine İlişkin Bulgular

H1. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

Çizelge 4. 2. Hastane yöneticilerinin demografik özelliklerine göre stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısına yönelik bulgular

Değişken	Algı Durumu	Test istatistiği	(p)	Hipotez sonucu	Test türü
Yaş	Stratejik yönetim algısı	6,821	,078	Red	Kruskal Wallis
	Verimlilik karne uygulaması algısı	1,805	,614	Red	
	Kurumsal performans algısı	2,238	,524	Red	
Cinsiyet	Stratejik yönetim algısı	-,1,049	,294	Red	Mann Whitney U
	Verimlilik karne uygulaması algısı	-1,231	,218	Red	
	Kurumsal performans algısı	-,543	,587	Red	
Ünvan	Stratejik yönetim algısı	6,600	,252	Red	Kruskal Wallis
	Verimlilik karne uygulaması algısı	6,868	,231	Red	
	Kurumsal performans algısı	2,901	,715	Red	
Verimlilik Karnesi eğitimi alma durumu	Stratejik yönetim algısı	-2,335	,020	Kabul	Mann Whitney U
	Verimlilik karne uygulaması algısı	-1,722	,085	Red	
	Kurumsal performans algısı	-,679	,497	Red	
Yatak sayısı	Stratejik yönetim algısı	6,291	,178	Red	Kruskal Wallis
	Verimlilik karne uygulaması algısı	6,398	,171	Red	
	Kurumsal performans algısı	8,070	,089	Red	
Hastane türü	Stratejik yönetim algısı	-1,509	,121	Red	Mann Whitney U
	Verimlilik karne uygulaması algısı	-,490	,624	Red	
	Kurumsal performans algısı	-1,409	,159	Red	
Hizmet yılı	Stratejik yönetim algısı	6,167	,187	Red	Kruskal Wallis
	Verimlilik karne uygulaması algısı	4,782	,310	Red	
	Kurumsal performans algısı	8,257	,083	Red	
Hastane yöneticilik yılı	Stratejik yönetim algısı	5,904	,206	Red	Kruskal Wallis
	Verimlilik karne uygulaması algısı	2,119	,714	Red	
	Kurumsal performans algısı	4,193	,381	Red	
Sözleşmeli yöneticilik süresi	Stratejik yönetim algısı	2,338	,505	Red	Kruskal Wallis
	Verimlilik karne uygulaması	6,089	,107	Red	
	Kurumsal performans algısı	1,491	,684	Red	

*N=226

Çizelge 4.2’de Hastane yöneticilerinin demografik bulguları bakımından stratejik yönetim algısı, verimlilik karnesi uygulaması algısı ve verimlilik karnesi kurumsal performans algısı analiz edilmiştir. Buna göre hastane yöneticilerinin yaş, cinsiyet, ünvan, hastane

yatak sayısı, toplam hizmet yılı ve hastane yöneticilik yılı bakımından stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı arasında araştırmaya katılan yöneticilerin verdikleri cevaplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Verimlilik karnesi eğitimi alma durumu bağımsız değişkeni ile stratejik yönetim algısı arasındaki fark ($p=0,020$, $P<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2’de hastane yöneticilerinin demografik özellikleri ile verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile demografik veriler arasında verimlilik karne eğitimi alma durumu ile stratejik yönetim algısı arasındaki ilişki anlamlı olduğundan H1 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Çizelge 4.3. Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi eğitimi alma durumu ile stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısına yönelik Mann Whitney U Testi bulguları

	Karne Eğitimi alma durumu	N	Ortalama sırası	Z	p
Stratejik Yönetim Algısı	Evet	94	125,30	-2,335	,020
	Hayır	132	105,10		
Verimlilik karne uygulaması algısı	Evet	94	122,37	-1,722	,085
	Hayır	132	107,19		
Kurumsal performans algısı	Evet	94	117,00	-,679	,497
	Hayır	132	111,01		
	N	226			

Çizelge 4.3’te verimlilik karnesi ile ilgili eğitim alan yöneticilerin stratejik yönetim algısı ($p=0,020$), karne eğitimi almayan yöneticilerden istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Hastane yöneticilerinin verimlilik karne eğitimi alma durumları ile verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte eğitim alan yöneticilerin verimlilik karne uygulaması algısı ortalamaları eğitim almayan yöneticilerden oldukça yüksektir. Verimlilik karnesi ile ilgili eğitim alan yöneticilerin verimlilik karnesine ilişkin algılarının daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Karne eğitimi alan hastane yöneticilerinin, karne eğitimi almayanlara göre daha yüksek bir algıya sahip olmalarının sebebi, karne ile ilgili eğitim aldıklarından

verimlilik karne uygulamasına yönelik farkındalıklarının yüksek olması olarak açıklanabilir.

Çizelge 4.4 Hastane yöneticilerinin görev yaptıkları hastane türü ile stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısına yönelik Mann Whitney U Testi Bulguları

	Hastanenin_türü	N	Ortalama sırası	Z	p
Stratejik Yönetim Algısı	Devlet Hastanesi	82	122,18	-1,509	,131
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	144	108,56		
Verimlilik karne uygulaması algısı	Devlet Hastanesi	82	116,32	-,490	,624
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	144	111,89		
Kurumsal performans algısı	Devlet Hastanesi	82	119,31	-1,409	,159
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	144	107,04		
	N	226			

Çizelge 4.4'te hastane yöneticilerinin görev yaptıkları hastane türüne göre stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı bulguları verilmiştir. Buna göre hastane türü bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak devlet hastanesinde görev yapan yöneticilerin stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı sıra ortalamalarının eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan yöneticilerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu yükseklik stratejik yönetim algısı ve kurumsal performans algısı bakımından daha fazladır.

Çizelge 4.5. Hastane yöneticilerinin ünvanları ile stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısına yönelik Kruskal Wallis testi bulguları

	Unvan	N	Ortalama sırası	Ki kare değeri	Sd.	P
Stratejik Yönetim Algısı	İdari ve Mali İşler Müdürü	36	118,08	6,600	5	,252
	İdari Mali İşler Müdür Yrd.	61	109,84			
	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	28	122,86			
	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd	32	110,48			
	Başhekim	26	116,38			
	Başhekim Yardımcısı	43	112,06			
Verimlilik karne uygulaması algısı	İdari ve Mali İşler Müdürü	36	110,96	6,868	5	,231
	İdari Mali İşler Müdür Yrd.	61	118,44			
	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	28	129,46			
	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd	32	110,28			
	Başhekim	26	118,84			
	Başhekim Yardımcısı	43	106,60			
Kurumsal performans algısı	Hastane Müdürü	36	118,50	2,901	5	,715
	İdari ve Mali İşler Müdür	61	110,23			
	Sağlık Sakım Hiz. Müdürü	28	127,52			
	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd	32	115,52			
	Başhekim	26	114,58			
	Başhekim Yardımcısı	43	106,53			
	N	226				

Çizelge 4.5'te hastane yöneticilerinin ünvanları ile stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısının en yüksek başhekim ve sağlık bakım hizmetleri müdürü, en düşük idari ve mali işler müdür yardımcılarında olduğu, verimlilik karne uygulaması algısının ise en yüksek sağlık bakım hizmetleri müdürlerinde, en az başhekim yardımcılarında olduğu görülmüştür.

Kurumsal performans algısı boyutunda ise, araştırmaya katılan yöneticiler içerisinde ünvana göre verimlilik karnesinin kurumsal performansa etkisine yönelik sorulara en fazla katılımı sağlık bakım hizmetleri müdürleri göstermiş, en az katılımı ise başhekim yardımcılarını göstermiştir. Diğer bir ifade ile araştırma kapsamındaki araştırılan kurumsal performans göstergeleri bakımından, sağlık bakım hizmetleri müdürleri diğer yöneticilere göre, verimlilik karnesinin kurumsal performansa etkisinin daha fazla olduğunu düşünmektedir.

4.2.2. H2 Hipotezine İlişkin Bulgular

H2. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı alt boyutları demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

a. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları ve demografik özelliklerle ilişkisi

Çizelge 4.6. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Değişken	Demografik değişkenler	Test istatistiği	(p)	Test türü
Stratejik Vizyon ve Kontrol	Yaş	8,310	,081	Kruskal Wallis
	Cinsiyet	-1,098	,272	Mann Whitney U
	Karne eğitimi alma durumu	-2,114	,034	Mann Whitney U
	Ünvan	6,500	,261	Kruskal Wallis
	Yatak sayısı	7,117	,130	Kruskal Wallis
	Hastane türü	-1,233	,217	Mann Whitney U
	Toplam hizmet süresi	4,647	,326	Kruskal Wallis
	Toplam hastane yöneticiliği süresi	6,846	,144	Kruskal Wallis
	Sözleşmeli yöneticilik süresi	,583	,900	Kruskal Wallis
Stratejik Davranış	Yaş	5,601	,231	Kruskal Wallis
	Cinsiyet	-,819	,413	Mann Whitney U
	Karne eğitimi alma durumu	-2,324	,020	Mann Whitney U
	Ünvan	6,924	,226	Kruskal Wallis
	Yatak sayısı	5,338	,254	Kruskal Wallis
	Hastane türü	-1,769	,077	Mann Whitney U
	Toplam hizmet süresi	2,197	,700	Kruskal Wallis
	Toplam hastane yöneticiliği süresi	2,084	,720	Kruskal Wallis
	Sözleşmeli yöneticilik süresi	1,118	,773	Kruskal Wallis

Çizelge 4.6’da hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutlarından stratejik vizyon ve kontrol ve stratejik davranış alt bileşenleri ile yaş, cinsiyet, ünvan, yatak sayısı, hastane türü, toplam hizmet süresi, sözleşmeli yöneticilik süresi ile anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Verimlilik karne eğitimi alma durumu ile stratejik vizyon ve kontrol boyutu ve stratejik davranış boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çizelge. 4.7. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne eğitimi alma durumu ile stratejik yönetim alt boyutları ilişkisi Mann Whitney U Testi Bulguları

	Karne Eğitimi	N	Ortalama sırası	Z	p
Stratejik vizyon ve kontrol	Evet	94	124,32	-2,114	,034
	Hayır	132	105,79		
Stratejik davranış	Evet	94	125,29	-2,324	,020
	Hayır	132	105,10		
	N	226			

Çizelge 4.7’de hastane yöneticilerinin verimlilik karne eğitimi alma durumu bakımından karne eğitimi alan ve almayan yöneticiler arasında stratejik yönetim algısı ($p=0,034$ $p<0,05$) ve stratejik davranış algısı ($p=0,020$ $p<0,05$) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Verimlilik karne eğitimi alan yöneticilerin stratejik vizyon ve kontrol ve stratejik davranış boyutlarındaki algıları verimlilik karne eğitimi almayanlara göre daha yüksektir.

Demir (2015) tarafından yapılan yüksek lisans çalışmasında, hastane yöneticilerinin stratejik yönetim araçları bilgi ve kullanım düzeyleri araştırılmış ve hastane yöneticilerinin stratejik yönetim uygulamalarına temel oluşturan stratejik yönetim araçları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Stratejik yönetim eğitimi almış yöneticilerin, eğitim almayanlara göre stratejik yönetim araçlarından toplam kalite yönetimini, misyon ve vizyon ifadelerini, stratejik planlamayı ve müşteri ilişkileri yönetimini daha fazla kullandığı görülmüştür. Bu çalışmada da verimlilik karnesi ile ilgili eğitim alan yöneticilerin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik vizyon ve stratejik davranışlarının eğitim almayan yöneticilere göre yüksek olduğu görülmüştür.

Karne eğitimi alan yöneticilerin verimlilik karnesi ile ilgili daha pozitif bir yaklaşım içerisinde olduğunu söyleyebiliriz. Bir başka deyişle verimlilik karne eğitimi alma durumu stratejik yönetim algısını ve yöneticilerin stratejik davranış algılarını olumlu yönde etkilemektedir. Bu davranışlardan bazıları verimlilik karnesi hakkında bilgi sahibi olma, verimlilik karnesi sonuçlarını takip etme, verimlilik karnesi sonuçlarını kullanma, verimlilik karnesi hedefleri için gerekli önlemleri alma ve verimlilik karnesi ile ilgili çalışanları teşvik etme davranışlarıdır.

Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile demografik özellikler arasındaki ilişki verimlilik karnesi ile ilgili eğitim alma durumu bakımından kısmen kabul edilmiştir.

b. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları demografik özellikler arasındaki ilişki

Çizelge 4.8. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Alt boyut	Değişken	Test istatistiği	p	Hipotez sonucu	Test Türü
Etkililik	Yas	3,452	,485	Red	Kruskal Wallis
	Cinsiyet	-1,052	,293	Red	Mann Whitney U
	Karne eğitimi alma	-1,156	,248	Red	Mann Whitney U
	Unvan	2,871	,720	Red	Kruskal Wallis
	Yatak sayısı	6,897	,141	Red	Kruskal Wallis
	Hastane türü	-,443	,655	Red	Mann Whitney U
	Toplam hizmet süresi	5,822	,213	Red	Kruskal Wallis
	Toplam hastane	3,335	,503	Red	Kruskal Wallis
	Sözleşmeli yöneticilik	4,451	,217	Red	Kruskal Wallis
Verimlilik	Yas	2,852	,582	Red	Kruskal Wallis
	Cinsiyet	-1,553	,120	Red	Mann Whitney U
	Karne eğitimi alma	-2,157	,031	Kabul	Mann Whitney U
	Unvan	7,062	,216	Red	Kruskal Wallis
	Yatak sayısı	6,337	,175	Red	Kruskal Wallis
	Hastane türü	-,910	,363	Red	Mann Whitney U
	Toplam hizmet süresi	4,144	,387	Red	Kruskal Wallis
	Toplam hastane	3,223	,521	Red	Kruskal Wallis
	Sözleşmeli yöneticilik	4,205	,240	Red	Kruskal Wallis
Hasta Memnuniyeti	Yas	4,656	,321	Red	Kruskal Wallis
	Cinsiyet	-2,062	,039	Kabul	Mann Whitney U
	Karne eğitimi alma	-1,250	,211	Red	Mann Whitney U
	Unvan	8,625	,125	Red	Kruskal Wallis
	Yatak sayısı	10,887	,028	Kabul	Kruskal Wallis
	Hastane türü	-,882	,378	Red	Mann Whitney U
	Toplam hizmet süresi	5,473	,242	Red	Kruskal Wallis
	Toplam hastane	2,443	,655	Red	Kruskal Wallis
	Sözleşmeli yöneticilik	5,687	,128	Red	Kruskal Wallis
Şeffaflık	Yas	5,346	,284	Red	Kruskal Wallis
	Cinsiyet	-,143	,887	Red	Mann Whitney U
	Karne eğitimi alma	-1,549	,121	Red	Mann Whitney U
	Unvan	2,516	,774	Red	Kruskal Wallis
	Yatak sayısı	4,959	,292	Red	Kruskal Wallis
	Hastane türü	-1,100	,272	Red	Mann Whitney U
	Toplam hizmet süresi	5,535	,237	Red	Kruskal Wallis
	Toplam hastane	,979	,913	Red	Kruskal Wallis
	Sözleşmeli yöneticilik	6,673	,083	Red	Kruskal Wallis
Hizmet Kalitesi	Yas	3,887	,421	Red	Kruskal Wallis
	Cinsiyet	-,935	,350	Red	Mann Whitney U
	Karne eğitimi alma	-2,237	,025	Kabul	Mann Whitney U
	Unvan	7,857	,164	Red	Kruskal Wallis
	Yatak sayısı	10,008	,040	Kabul	Kruskal Wallis
	Hastane türü	-,421	,674	Red	Mann Whitney U
	Toplam hizmet süresi	4,144	,387	Red	Kruskal Wallis
	Toplam hastane	3,066	,547	Red	Kruskal Wallis
	Sözleşmeli yöneticilik	1,518	,678	Red	Kruskal Wallis

Çizelge 4.8’de, hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara ait istatistiksel değerler verilmiştir. Buna göre verimlilik karne uygulaması algısının;

- Verimlilik alt boyutu ile karne eğitimi alma durumu,
- Hasta memnuniyeti alt boyutu ile cinsiyet ve yatak sayısı,
- Hizmet kalitesi alt boyutu ile karne eğitimi alma durumu ve yatak sayısı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Anlamlı bulunan bu değişkenler bakımından istatistiksel çizelge ayrıntıları aşağıda verilmektedir.

Çizelge. 4.9. Hastane yöneticilerinin cinsiyet durumu ile verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin Mann Whitney U testi bulguları

Boyut	Cinsiyet	N	Ortalama sırası	Z	P
Etkililik	Kadın	77	119,79	-1,052	,293
	Erkek	149	110,25		
Verimlilik	Kadın	77	122,53	-1,553	,120
	Erkek	149	108,84		
Hasta memnuniyeti	Kadın	77	125,24	-2,062	,039
	Erkek	149	107,07		
Şeffaflık	Kadın	77	114,35	-,143	,887
	Erkek	149	113,06		
Hizmet kalitesi	Kadın	77	118,82	-,935	,350
	Erkek	149	110,75		
	N	226			

Çizelge 4.9’da hastane yöneticilerinin cinsiyet durumu ile verimlilik karnesi alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında, cinsiyet ile etkililik, verimlilik, şeffaflık ve hizmet kalitesi alt boyutlarında kadın yöneticiler ile erkek yöneticiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Ancak kadın yöneticiler ile erkek yöneticiler arasında hasta memnuniyeti boyutundaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,039$ $p<0,05$). Kadın yöneticilerin verimlilik karnesinin hasta memnuniyeti boyutuna erkek yöneticilere göre daha fazla katıldıkları görülmüştür. Bir başka deyişle kadın yöneticiler, erkek yöneticilere göre verimlilik karnesinin hasta memnuniyetine olan etkisinin daha fazla olduğunu düşünmektedirler. Bununla birlikte kadın yöneticilerin verimlilik karnesinin diğer boyutlarına verdikleri yanıtların sıra ortalamalarının da erkek yöneticilerden yüksek olduğu görülmektedir.

Çizelge. 4.10. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne eğitimi alma durumu ile verimlilik karnesi alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin Mann Whitney U testi bulguları

Boyut	Karne eğitimi alma durumu	N	Ortalama sırası	Z	P
Etkililik	Evet	94	119,53	-1,185	,236
	Hayır	132	109,20		
Verimlilik	Evet	94	124,18	-2,157	,031
	Hayır	132	105,89		
Hasta memnuniyeti	Evet	94	119,74	-1,250	,211
	Hayır	132	109,05		
Şeffaflık	Evet	94	121,37	-1,549	,121
	Hayır	132	107,90		
Hizmet kalitesi	Evet	94	124,34	-2,237	,025
	Hayır	132	105,78		
	N	226			

Hastane yöneticilerinin verimlilik karne eğitimi alma durumuna göre, verimlilik karnesi uygulaması algısı alt boyutlarından verimlilik ve hizmet kalitesi alt boyutlarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Çizelge 4.10'a baktığımızda verimlilik karne uygulaması ile ilgili karne eğitimi alan yöneticiler ile karne eğitimi almayan yöneticiler arasında verimlilik ($p=0,031$ $p<0,05$) ve hizmet kalitesi ($p=0,025$ $p<0,05$) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Karne eğitimi alan yöneticilere göre verimlilik karnesi verimliliği ve hizmet kalitesini daha yüksek düzeyde etkilemektedir diyebiliriz.

Çizelge. 4.11. Hastane yöneticilerinin görev yaptıkları hastane türü ile verimlilik karne uygulaması alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin Mann Whitney U testi bulguları

	Hastanenin Türü	N	Ortalama sırası	Z	p
Etkililik	Devlet Hastanesi	82	114.95	-,447	,655
	Eğitim ve Arş.Hastanesi	144	110.96		
Verimlilik	Devlet Hastanesi	82	118.60	-,910	,363
	Eğitim ve Arş.Hastanesi	144	110.60		
Şeffaflık	Devlet Hastanesi	82	114.10	-,105	,916
	Eğitim ve Arş.Hastanesi	144	113.16		
Hasta Memnuniyeti	Devlet Hastanesi	82	118.42	-,1,100	,272
	Eğitim ve Arş.Hastanesi	144	110.70		
Hizmet kalitesi	Devlet Hastanesi	82	122.27	-1,619	,105
	Eğitim ve Arş.Hastanesi	144	108.50		
	Total	226			

Çizelge 4.11’de Hastane yöneticilerinin görev yaptıkları hastane türü ile verimlilik karnesi alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular verilmiştir. Buna göre verimlilik karnesi alt boyutları ile hastane türü arasındaki ilişki anlamlı değildir. Ancak verimlilik karnesi alt boyutlarına verilen yanıtların sıra ortalamalarının devlet hastanelerinde eğitim ve araştırma hastanelerine daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim araştırma hastaneleri hizmet çeşitliliği, yatak sayısı, personel sayısı vb bakımdan daha karmaşık yapıdadır. Verimlilik karne uygulaması ile yapılan uygulamaların etkisinin görülmesi uzun zaman alabilmektedir. Örneğin verimlilik karnesinde hasta bekleme sürelerinin kısaltılması göstergesi alt başlığında yer alan MR randevu süresinin kısaltılması göstergesine yönelik bir düzenleme, daha az nüfusa hizmet veren devlet hastanelerinde daha kolay yapılabilmektedir. Ancak eğitim ve araştırma hastanelerinde randevu sürelerini kısaltmak hasta potansiyeli varlığı nedeni ile kolay olmamaktadır. Eğitim araştırma hastanesinde görev yapan yöneticilerin verimlilik karne uygulaması alt boyutlarına verdikleri yanıtların ortalamalarının düşük olmasının nedeni eğitim ve araştırma hastanelerinin karmaşık yapısı, iş yükü vb. özellikleri ile açıklanabilir.

Çizelge. 4.12. Hastane yöneticilerinin ünvanları ile verimlilik karnesi alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin Kruskal Wallis testi bulguları

	Ünvan	N	Ortalama sırası	Ki kare	p
Etkililik	İdari ve Mali İşler Müdürü	36	115,64	2,871	,722
	İdari Mali İşler Müdür Yrd.	61	104,19		
	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	28	119,54		
	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd	32	110,80		
	Başhekim	26	107,21		
	Başhekim Yardımcısı	43	118,99		
Verimlilik	İdari ve Mali İşler Müdürü	36	110,11	7,062	,216
	İdari Mali İşler Müdür Yrd.	61	102,76		
	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	28	124,73		
	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd	32	118,81		
	Başhekim	26	104,52		
	Başhekim Yardımcısı	43	116,52		
Hasta Memnuniyeti	İdari ve Mali İşler Müdürü	36	110,56	8,635	,125
	İdari Mali İşler Müdür Yrd.	61	108,48		
	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	28	132,16		
	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd	32	126,93		
	Başhekim	26	106,83		
	Başhekim Yardımcısı	43	114,32		
Şeffaflık	İdari ve Mali İşler Müdürü	36	122,69	2,516	,772
	İdari Mali İşler Müdür Yrd.	61	107,31		
	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	28	121,48		
	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd	32	104,05		

	Başhekim	26	117,46		
	Başhekim Yardımcısı	43	114,02		
Hizmet Kalitesi	İdari ve Mali İşler Müdürü	36	122,06	7,857	,165
	İdari Mali İşler Müdür Yrd.	61	101,75		
	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	28	137,50		
	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd	32	114,86		
	Başhekim	26	103,96		
	Başhekim Yardımcısı	43	112,13		
	Total	226			

Çizelge 4.12’de hastane yöneticilerinin ünvanları ile verimlilik karnesi alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular verilmiştir. Buna göre verimlilik karnesi alt boyutlarından hasta memnuniyeti ile hastane yöneticilerinin ünvanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0,125$, $p>0,05$). Sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin hasta memnuniyeti ortalama sırası diğer ünvanlardan yüksektir ($\bar{x}=132,16$). Yine etkililik, verimlilik ve hizmet kalitesi boyutlarındaki sorulara verilen yanıtların ünvana göre ortalama sıralarının Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürleri’nde daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin, başhekim ve idari mali işler müdür yardımcılara göre verimlilik karnesinin hasta memnuniyeti boyutuna daha etki yaptığını düşündükleri söylenebilir.

Çizelge. 4.13. Hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastanenin yatak sayısı ile verimlilik karnesi alt boyutları arasındaki ilişki Kruskal Wallis testi bulguları

	Yatak sayısı	N	Ortalama sırası	Serbestlik derecesi	Ki kare değeri	p
Etkililik	0-99	35	121,70	4	6,897	,141
	100-199	38	100,06			
	200-299	30	135,03			
	300-399	19	115,95			
	400 ve üzeri	104	107,24			
Verimlilik	0-99	35	131.85	4	6,337	,175
	100-199	38	113.01			
	200-299	30	126.04			
	300-399	19	109.00			
	400 ve üzeri	104	104.70			
Hasta memnuniyeti	0-99	35	123.15	4	10,887	,028
	100-199	38	108.94			
	200-299	30	149.04			
	300-399	19	114.02			
	400 ve üzeri	104	103.47			
Şeffaflık	0-99	35	122,03	4	4,959	,292
	100-199	38	104,62			

	200-299	30	130,83			
	300-399	19	127,02			
	400 ve üzeri	104	105,91			
Hizmet kalitesi	0-99	35	118,49	4	10,008	,040
	100-199	38	115,11			
	200-299	30	145,28			
	300-399	19	119,98			
	400 ve üzeri	104	102,32			
	N	226				

Hastane yöneticilerinin çizelge 4.13'teki istatistiki sonuçlara göre, çalıştıkları hastanenin yatak sayısı ile verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları arasında etkililik, şeffaflık ve verimlilik boyutlarında bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutlarından hasta memnuniyeti ($p=0,028$) ve hizmet kalitesi ($p=0,040$) boyutlarında ise (çizelge 4.13), hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastanenin yatak sayılarına göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkların yatak sayıları bakımından hangi hastanelerde görüldüğünü belirlemek için Mann Whitney U testi ile gruplar karşılaştırılmıştır (Çizelge 4.14).

Çizelge. 4.14. Hastane yatak sayısı ile verimlilik karnesi alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin gruplar arası karşılaştırma Mann Whitney U testi bulguları

Boyut	Yatak sayısı	N	Ortalama sırası	Z	P
Hasta Memnuniyeti	200-299	30	83,43	-3,191	,001
	400 ve üzeri	104	57,73		
	100-199	38	29,21	-2,237	,025
	200-299	30	39,91		
Hizmet Kalitesi	200-299	30	81,22	-2,957	,003
	400 ve üzeri	104	58,24		

Hasta memnuniyeti boyutunda farkın, 200-299 yatak sayısına sahip hastanelerden kaynaklandığı görülmüştür. 200-299 yatak sayısına sahip hastanelerde görev yapan yöneticiler ile 100-199 ($p=0,25$, $p<0,05$) ve 400 yatak ve üzeri ($p=0,001$, $p<0,05$) hastanelerde görev yapan hastane yöneticileri arasında hasta memnuniyeti sorularına verilen yanıtların ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. 200-299 yatak sayısına sahip hastanelerde çalışan yöneticilerin verimlilik karnesi uygulamasının hasta memnuniyeti alt boyutuna daha fazla katıldıkları görülmektedir. Diğer bir deyişle 200-299 yatak sayısına sahip hastanelerdeki görev yapan yöneticiler, 400 yatak ve üzeri

hastanelerde görev yapan yöneticilere göre verimlilik karnesinin hasta memnuniyeti boyutuna etkisinin daha fazla olduğunu düşünmektedirler.

Hizmet kalitesi boyutunda ise 200-299 yatak sayısına sahip hastanelerde çalışan yöneticiler ile 400 ve üzeri hastanelerde çalışan yöneticiler arasında hizmet kalitesi algısı bakımından fark anlamlıdır ($p=0,003$, $p<0,05$). Çizelge 4.14'te 200-299 yatak sayısına sahip hastanelerde görev yapan yöneticilerin hizmet kalitesi algısının, 400 yatak ve üzeri hastanede çalışan yöneticilerden yüksek olduğu görülmektedir.

Hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin yatak sayısı arttıkça azaldığını söylemek mümkündür. Araştırmada 400 yatak ve üzeri hastanelerde hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin daha az olduğunu belirttikleri görülmüştür. Bu sonuç çizelge 4.4'te ortaya çıkan eğitim ve araştırma hastanelerinde kurumsal performans algısının devlet hastanelerinden düşük olması sonucu ile paralellik göstermektedir.

c. Hastane yöneticilerinin kurumsal performans algısı alt boyutları ile demografik özellikler arasındaki ilişki

Çizelge 4.15. Hastane yöneticilerinin kurumsal performans algısı alt boyutları ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

	Değişkenler	Test istatistiği	p	Test Türü
Finansal boyut	Yaş	2,995	,392	Kruskal Wallis
	Cinsiyet	-.768	,442	Mann Whitney U
	Karne eğitimi alma durumu	-.090	,928	Mann Whitney U
	Unvan	,259	,998	Kruskal Wallis
	Yatak sayısı	,396	,983	Kruskal Wallis
	Hastane türü	-.404	,686	Mann Whitney U
	Toplam hizmet süresi	6,948	,139	Kruskal Wallis
	Toplam hastane yöneticiliği	4,925	,295	Kruskal Wallis
	Sözleşmeli yöneticilik süresi	2,713	,438	Kruskal Wallis
Süreç boyutu	Yaş	1,501	,682	Kruskal Wallis
	Cinsiyet	-1,307	,191	Mann Whitney U
	Karne eğitimi alma durumu	-1,116	,265	Mann Whitney U
	Unvan	4,291	,508	Kruskal Wallis
	Yatak sayısı	6,948	,139	Kruskal Wallis
	Hastane türü	-1,025	,306	Mann Whitney U
	Toplam hizmet süresi	2,835	,586	Kruskal Wallis
	Toplam hastane yöneticiliği	2,203	,699	Kruskal Wallis
	Sözleşmeli yöneticilik süresi	,704	,872	Kruskal Wallis
Müşteri boyutu	Yaş	7,473	,113	Kruskal Wallis
	Cinsiyet	-1,851	,064	Mann Whitney U

	Karne eğitimi alma durumu	-1.203	,229	Mann Whitney U
	Unvan	2.901	,715	Kruskal Wallis
	Yatak sayısı	9.146	,058	Kruskal Wallis
	Hastane türü	-2.149	.032	Mann Whitney U
	Toplam hizmet süresi	1.876	,758	Kruskal Wallis
	Toplam hastane yöneticiliği	5.023	,285	Kruskal Wallis
	Sözleşmeli yöneticilik süresi	3.278	,351	Kruskal Wallis
Öğrenme ve gelişme boyutu	Yaş	1.703	,636	Kruskal Wallis
	Cinsiyet	-1.630	,103	Mann Whitney U
	Karne eğitimi alma durumu	-.694	,488	Mann Whitney U
	Unvan	6.289	,279	Kruskal Wallis
	Yatak sayısı	2.868	,580	Kruskal Wallis
	Hastane türü	-.584	,559	Mann Whitney U
	Toplam hizmet süresi	7.286	,122	Kruskal Wallis
	Toplam hastane yöneticiliği	7.235	,122	Kruskal Wallis
	Sözleşmeli yöneticilik süresi	4.176	,243	Kruskal Wallis

*N=226

Çizelge 4.15’de hastane yöneticilerinin kurumsal performans algısı alt boyutları ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular verilmiştir. Buna göre hastane yöneticilerinin, yaş, cinsiyet, ünvan, karne eğitimi alma durumu, yatak sayısı, yöneticilik süresi, toplam hizmet süresi ile kurumsal performans algıları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastane yöneticilerinin hastane türü bakımından müşteri boyutundaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,020$, $P<0,05$). Çizelge 4.16’da farkın hangi hastane türünde olduğunu belirlemek için kurumsal performans algısı alt boyutları ve hastane türü arasındaki ilişkiye yönelik analiz verilmiştir.

Çizelge 4.16. Hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastane türü ile kurumsal performans algısı alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik Mann Whitney U testi bulguları

	Hastane_Türü	N	Ortalama sırası	Z	p
Finansal boyut	Devlet Hastanesi	82	115.16	-,404	,686
	Eğitim ve Arş.Hastanesi	144	111.65		
Süreç boyutu	Devlet Hastanesi	82	117.71	-1,025	,306
	Eğitim ve Arş.Hastanesi	144	108.82		
Müşteri boyutu	Devlet Hastanesi	82	122.33	-2,149	,032
	Eğitim ve Arş. Hastanesi	144	103.68		
Öğrenme ve gelişme boyutu	Devlet Hastanesi	82	115.90	-,584	,559
	Eğitim ve Arş. Hastanesi	144	110.83		
	Total	226			

Çizelge 4.16’da hastane yöneticilerinin kurumsal performans ölçeğine verdiği cevaplara göre yöneticilerin çalıştıkları hastane türü ile kurumsal performans algısı alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular verilmiştir. Buna göre devlet hastanelerindeki yöneticilere göre verimlilik karnesinin kurumsal performans alt boyutlarından müşteri boyutuna verdiği cevaplar ($p=0,032$) eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapan yöneticilere göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Hastane türüne göre istatistiksel olarak anlamlı çıkan müşteri boyutu dışında, çizelge 4.16’ya baktığımızda devlet hastanelerinde görev yapan yöneticilerin kurumsal performans algısı alt boyutlarına verdikleri cevapların sıra ortalamalarının finansal boyut, süreç boyutu ve öğrenme ve gelişme boyutunda da yüksek olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle devlet hastanelerindeki yöneticilere göre verimlilik karnesinin kurumsal performansa etkisi eğitim araştırma hastaneleri yöneticilerine göre daha yüksektir.

Devlet hastaneleri küçük olduğundan bütçenin ve diğer uygulamaların kontrolü ve yönetimi daha kolaydır. Verimlilik karne uygulaması ile hastanelere getirilen hedeflere ilişkin uygulamaların devlet hastanelerinde daha hızlı ve kolay uygulanmış olabilmesi nedeni ile yöneticilerin böyle bir algı içerisinde olduğu söylenebilir. Diğer bir deyişle devlet hastanesindeki yöneticiler, verimlilik karnesinin hastane performansına etkisinin, eğitim araştırma hastanelerindeki yöneticilere göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.

Çizelge 4.17. Hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastane türü ile kurumsal performans algısı arasındaki ilişkiye yönelik Mann Whitney U testi bulguları

	Hastane türü	N	Ortalama sırası	Z	p
Hastane bütçemizde mali kontrol sağlandı.	DH	82	118,68	-1,342	,180
	EAH	144	107,74		
Birim maliyetlerimizde belirgin bir azalma oldu.	DH	82	112,32	-,303	,762
	EAH	144	114,81		
Borç ödeme gün süremiz belirgin olarak azaldı.	DH	82	117,71	-1,088	,277
	EAH	144	108,81		
Hastane gelirlerimiz artı.	DH	82	113,45	-,013	,990
	EAH	144	113,56		
Hastanemizin karlılığı arttı.	DH	82	115,20	-,434	,664
	EAH	144	111,61		
Hastane giderlerimiz azaldı.	DH	82	111,34	-553	,580
	EAH	144	115,91		
Stok devir hızımız arttı	DH	82	114,18	-,183	,855
	EAH	144	112,74		
Etkin stok yönetimi ile kayıp-kaçak oranlarımız azaldı.	DH	82	117,61	-1,139	,255
	EAH	144	108,93		

Yatak doluluk oranlarımız arttı.	DH	82	115,85	-,858	,391
	EAH	144	108,84		
Tıbbi bakım kalitemiz arttı.	DH	82	116,21	-,701	,483
	EAH	144	110,48		
Süreçlerdeki iyileştirmeler sonucu tıbbi hata oranları azaldı.	DH	82	118,91	-1,428	,153
	EAH	144	107,48		
Hasta sayımız arttı.	DH	82	114,31	-,207	,836
	EAH	144	112,60		
Hasta bekleme sürelerimiz azaldı.	DH	82	117,75	-1,115	,265
	EAH	144	108,78		
Hasta memnuniyet oranlarımız arttı.	DH	82	119,53	-1,604	,109
	EAH	144	106,79		
Pazar payımız arttı.	DH	82	117,34	-1,010	,313
	EAH	144	109,22		
Hasta şikayetlerinde belirgin bir azalma oldu.	DH	82	118,82	-1,391	,164
	EAH	144	107,58		
Hastaların hastanemize olan bağlılığı arttı.	DH	82	121,64	-2,141	,032
	EAH	144	104,44		
Hastaların gözünde kurumsal itibarımız arttı.	DH	82	120,19	-1,769	,077
	EAH	144	106,06		
Çalışan memnuniyet oranımız arttı.	DH	82	118,79	-1,355	,176
	EAH	144	107,62		
Hasta güvenliği uygulamalarımız arttı.	DH	82	120,26	-1,823	,068
	EAH	144	105,98		
Bilimsel yayın oranımız arttı.	DH	82	106,97	-1,670	,095
	EAH	144	120,76		
Hizmet çeşitliliğimiz (yeni hizmet alanları oluşturma) arttı.	DH	82	112,03	-,386	,699
	EAH	144	115,14		
Hizmet içi eğitim alan personel oranımız arttı.	DH	82	116,58	-,836	,403
	EAH	144	110,07		
Çalışan devir hızımız azaldı.	DH	82	111,81	-,432	,666
	EAH	144	115,38		
Hastanemizde kullanılan yeni teknoloji ve ekipman oranımız arttı.	DH	82	125,89	-3,194	,001
	EAH	144	99,71		
Bilgi sistemleri alt yapısı ve entegrasyon oranımız arttı.	DH	82	118,54	-1,346	,178
	EAH	144	107,90		
	Total	226			

Çizelge 4.17’de hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastane türü ile kurumsal performans algısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular verilmiştir. Buna göre devlet hastanelerinde müşteri boyutunda, verimlilik karne uygulamaları sonucu, “hastaların hastanemize bağlılığı arttı” ifadesi ($p=0,32$, $p<0,05$) ve öğrenme ve gelişme boyutunda yer alan “hastanemizde kullanılan yeni teknoloji ve ekipman oranımız arttı” ifadesi ($p=0,01$, $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Devlet hastanesindeki yöneticiler, eğitim araştırma hastanesindeki yöneticilere göre verimlilik karnesi uygulamasının hastaların hastaneye olan bağlılığını ve hastaların gözünde hastanenin kurumsal itibarını daha fazla artırdığını ifade etmektedir. Verimlilik karne uygulaması devlet hastanelerinde hasta memnuniyeti,

hasta sadakati ve kurumsal itibarı eğitim araştırma hastanelerinden daha fazla artırmaktadır denilebilir.

Çizelge 4.18. Hastane yöneticilerinin ünvanları ile kurumsal performans algısı alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik Kruskal Wallis testi bulguları

	Ünvan	N	Ortalama sırası	Ki kare	p
Finansal Boyut	İdari ve Mali İşler Müdürü	36	120,31	259	,99
	İdari Mali İşler Müdür Yrd.	61	110,10		
	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	28	113,73		
	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd	32	115,30		
	Başhekim	26	116,48		
	Başhekim Yardımcısı	43	108,36		
Süreç Boyutu	İdari ve Mali İşler Müdürü	36	111,33	4,291	,50
	İdari Mali İşler Müdür Yrd.	61	103,84		
	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	28	130,77		
	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd	32	118,61		
	Başhekim	26	113,77		
	Başhekim Yardımcısı	43	111,85		
Müşteri Boyutu	İdari ve Mali İşler Müdürü	36	118,50	2,901	,71
	İdari Mali İşler Müdür Yrd.	61	106,23		
	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	28	127,52		
	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd	32	115,52		
	Başhekim	26	117,58		
	Başhekim Yardımcısı	43	106,53		
Öğrenme ve Gelişme Boyutu	İdari ve Mali İşler Müdürü	36	121,43	6,289	,27
	İdari Mali İşler Müdür Yrd.	61	107,18		
	Sağlık Bakım Hiz. Müdürü	28	122,54		
	Sağlık Bakım Hiz. Md. Yrd	32	104,97		
	Başhekim	26	110,21		
	Başhekim Yardımcısı	43	116,26		
	Total	226			

Çizelge 4.18’de hastane yöneticilerinin ünvanlarına göre kurumsal performans algısı alt boyutlarına verilen yanıtların sıra ortalamaları görülmektedir. Buna göre finansal boyuta en yüksek sıra ortalaması idari ve mali işler müdürü; süreç, müşteri ve öğrenme gelişme boyutlarına ise sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin verdikleri yanıtların sıra ortalamalarının diğer ünvanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin verdikleri yanıtların ortalamasının yüksek olmasının nedeni, bakım hizmetleri müdürlerinin kalite çalışmalarında aktif rol almaları ile açıklanabilir. Verimlilik karne uygulaması kalite uygulamaları sonucu ortaya çıkmış ve bu uygulamaların sonuçlarının da sayısal olarak değerlendirilmesine yardımcı olan bir uygulamadır. Bu nedenle sağlık bakım hizmetleri müdürleri diğer yöneticilere göre

verimlilik karnesinin etkisinin süreç, müşteri ve öğrenme gelişme boyutlarında daha fazla olduğunu düşünmektedir denilebilir.

4.2.3. H3 Hipotezine İlişkin Bulgular

H3. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H3a. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile verimlilik karne uygulaması algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H3b. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

H3c. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.

Çizelge 4.19. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi bulguları

Spearman's rho		Kurumsal performans algısı	Stratejik yönetim algısı	Verimlilik karne Uygulaması algısı
Kurumsal performans algısı	r	1.000	.426**	.670**
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000
Stratejik yönetim algısı	r	.426**	1.000	.665**
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
Verimlilik karne uygulaması algısı	r	.670**	.665**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
	N	226	226	226

**Anlamlılık düzeyi, 0.01

Çizelge 4.19'da sağlık yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Literatürde korelasyon değerleri, aldığı değere göre, 0,00 - 0,25 çok zayıf, 0,26 - 0,49 zayıf, 0,50 - 0,69 orta, 0,70 - 0,89 yüksek, 0,90 - 1,00 çok yüksek ilişki olarak tanımlanmıştır.

Çizelge 4.19'da hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile kurumsal performans algısı arasında ($r=0,426$; $p=0,00$) zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki (H3a), stratejik yönetim algısı ile verimlilik karne uygulaması algısı arasında ise ($r=0,665$, $p=0,00$) orta düzeyde pozitif yönlü ilişki (H3b) bulunmuştur.

Verimlilik karnesi uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı ($r=0,670$; $p=0,00$) arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki (H3c) bulunmuştur. ****Korelasyon $\alpha=0,01$ düzeyinde anlamlıdır.** H0 hipotezi reddedilir, H1 hipotezi kabul edilir. Bu sonuca göre hipotez H3a, H3b ve H3c kabul edilmiştir. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı arttıkça, verimlilik karne algısı ve kurumsal performans algısı artmaktadır. Yine hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı arttıkça kurumsal performans algısı da artmaktadır denilebilir. H3 hipotezi kabul edilmiştir.

Aşağıda H3 hipotezinde hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Aşağıda bu sonuca ilişkin hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları, verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları ile kurumsal performans algısı arasındaki ilişkiye yönelik ayrıntılı analizler verilmiştir.

4.2.3.1 Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları ve verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları algısı ile kurumsal performans algısı arasında ilişki

a. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları ile kurumsal performans algısı arasında ilişki

Çizelge 4.20. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları kurumsal performans algısı arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi bulguları

		Kurumsal performans algısı	Stratejik vizyon ve kontrol	Stratejik davranış
Kurumsal performans algısı	r	1.000	.411**	.275**
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000
Stratejik vizyon ve kontrol	r	.411**	1.000	.636**
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
Stratejik davranış	r	.275**	.636**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
	N	226	226	226

****Anlamlılık düzeyi, 0.01**

Çizelge 4.20’de hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları kurumsal performans algısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Stratejik yönetim aracı olarak kullanılan

verimlilik karnesine ilişkin stratejik vizyon ve kontrol alt bileşeni ($r=0,411$ $p=0,00$) ve stratejik davranış alt bileşeni ($r=0,275$ $p=0,00$) ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu görülmüştür. Bu ilişki $p<0,01$ düzeyinde anlamlıdır.

b. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları ile kurumsal performans algısı alt boyutları arasındaki ilişki

Çizelge 4.21. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması alt boyutları ile kurumsal performans algısı arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi bulguları

		Kurumsal performans algısı	Etkililik	Verimlilik	Hasta memnu niyeti	Şeffaflık	Hizmet kalitesi
Kurumsal performans algısı	r	1,000	,600**	,536**	,522**	,444**	,468**
	sig.	.	,000	,000	,000	,000	,000
Etkililik	r	,600**	1,000	,748**	,692**	,627**	,654**
	sig.	,000	.	,000	,000	,000	,000
Verimlilik	r	,536**	,748**	1,000	,665**	,459**	,605**
	sig.	,000	,000	.	,000	,000	,000
Hasta memnuniyeti	r	,522**	,692**	,665**	1,000	,503**	,725**
	sig.	,000	,000	,000	.	,000	,000
Şeffaflık	r	,444**	,627**	,459**	,503**	1,000	,408**
	sig.	,000	,000	,000	,000	.	,000
Hizmet kalitesi	r	,468**	,654**	,605**	,725**	,408**	1,000
	sig.	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	226	226	226	226	226	226

**Anlamlılık düzeyi, 0.01

Çizelge 4.21’de hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması alt boyutları yönelik görüşleri ile kurumsal performans algısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara baktığımızda, verimlilik karne uygulaması algısının alt bileşenleri olarak ele alınan etkililik ($r=0,600$; $p=0,00$) verimlilik ($r=0,536$; $p=0,00$) hasta memnuniyeti ($r=0,522$; $p=0,00$) şeffaflık ($r=0,444$; $p=0,00$) ve hizmet kalitesi ($r=0,468$; $p=0,00$) ile hastane yöneticilerinin verimlilik karnesinin hastanenin kurumsal performansına yönelik algısı arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon mevcut olduğu görülmüştür. Hipotez H4b kabul edilir. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması alt boyutları ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulamasının etkisine yönelik özelliklerden etkililik, verimlilik, hasta memnuniyeti, şeffaflık ve hizmet kalitesine yönelik algılarının artması kurumsal performans algılarını da artırmaktadır. O nedenle hastane yöneticilerinin verimlilik karnesine yönelik algılarının

artırılarak verimlilik karnesinin etkin kullanımı, hastanelerin kurumsal performansına olumlu katkı yapacaktır.

c. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları ile verimlilik karne uygulaması algısı arasındaki ilişki

Çizelge 4.22. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları ile verimlilik karne uygulaması algısı arasında bir ilişkiye ilişkin korelasyon analizi bulguları

Spearman korelasyon/rho		Verimlilik karne uygulaması algısı	Stratejik vizyon ve kontrol	Stratejik davranış
Verimlilik karne uygulaması algısı	r	1,000	,648**	,463**
	sig	.	,000	,000
Stratejik vizyon ve kontrol	r	,648**	1,000	,636**
	sig	,000	.	,000
Stratejik davranış	r	,463**	,636**	1,000
	sig	,000	,000	.
	N	226	226	226

**Anlamlılık düzeyi, 0.01

Çizelge 4.22’de hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik yönetim algısı alt boyutları ve verimlilik karne uygulaması algısı arasındaki ilişkiye ilişkin korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Stratejik yönetim alt boyutu olan stratejik vizyon ve kontrol alt boyutu ile verimlilik karne uygulaması arasında ($r=0,648$; $p=0,00$) orta düzeyde ve stratejik davranış alt boyutu ile ($r=0,463$; $p=0,00$) zayıf düzeyde pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesinin stratejik vizyon ve kontrol alt boyutu ile stratejik davranış alt boyutuna yönelik algıları arttıkça, verimlilik karne uygulaması algıları da artmaktadır denilebilir.

d. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı alt boyutları arasındaki ilişki

Çizelge 4.23. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin korelasyon analizi bulguları

Spearman's rho		Verimlilik karne uygulaması algısı	Finansal boyut	Süreç boyutu	Müşteri boyutu	Öğrenme boyutu
Verimlilik karne uygulaması algısı	r	1,000	,372**	,617**	,633**	,502**
	Sig.	.	,000	,000	,000	,000
Finansal boyut	r	,372**	1,000	,463**	,509**	,532**
	Sig.	,000	.	,000	,000	,000
Süreç boyutu	r	,617**	,463**	1,000	,645**	,585**
	Sig.	,000	,000	.	,000	,000
Müşteri boyutu	r	,633**	,509**	,645**	1,000	,644**
	Sig.	,000	,000	,000	.	,000
Öğrenme boyutu	r	,502**	,532**	,585**	,644**	1,000
	Sig.	,000	,000	,000	,000	.
	N	226	226	226	226	226

**Anlamlılık düzeyi, 0.01

Çizelge 4.23'te hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. Kurumsal performans algısının alt bileşenleri olarak ele alınan finansal boyut ($r=0,372$; $p=0,00$) süreç boyutu ($r=0,617$; $p=0,00$) müşteri boyutu ($r=0,633$; $p=0,00$) ve öğrenme ve gelişme boyutu ($r=0,502$; $p=0,00$) ile verimlilik karne uygulaması algısı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı alt boyutları arasında pozitif yönde ilişki vardır. Diğer bir ifade ile hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulamasına yönelik algıları arttıkça kurumsal performans algısına yönelik algıları da artmaktadır denilebilir. Bu sonuca göre hastane yöneticilerinin verimlilik karnesine yönelik algılarının artırılması, kurumsal performans için önemli olan performans göstergelerinin iyileştirilmesine olumlu katkı yapacaktır.

1.3. Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Algısına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.24'te hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısına ilişkin bulgular verilmiştir.

Çizelge 4.24. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısına ilişkin bulgular

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	$\bar{x}_i$	S.S.
Verimlilik karne uygulaması;								
Stratejik Vizyon ve Kontrol	N							
Hastanemizin güçlü ve zayıf yanlarının görülmesini sağlar.	226	0.4	2.7	7.6	59.7	29.6	4,15	,70
Hastanemizin kurumsal stratejik hedeflere ulaşmasını kolaylaştırır.	226	0,4	5.8	9.7	55.3	28.8	4,06	,80
Hastanemizin genel durumu hakkında yöneticilere yol gösterir.	226	0.0	3.5	8.8	55.8	31.9	4,15	,72
Üst kurumsal hedeflerin çalışanlar ile paylaşılmasını sağlar.	226	0.0	7.5	15.5	54.4	22.6	3,92	,82
Hastanemizde ölçme ve raporlama sistemi oluşturur.	226	0,4	1.8	8.8	57.1	31.9	4,18	,69
Hastanemizde karar almayı kolaylaştırır.	226	0,9	5.3	18.1	51.3	24.3	3,92	,84
Geribildirim sağlayarak, kurumsal hedeflerlerden uzaklaşmayı önler.	226	0,0	2.7	15.9	59.3	22.1	4,00	,69
Hastanemizde kurumsal yönetim stratejilerinin uygulanmasını teşvik eder.	226	0.4	4.4	15.0	57.1	23.0	3,97	,77
Kurumsal performansımız üst kurumumuz tarafından takip edilir.	226	0.9	3.1	8.8	55.8	31.4	4,13	,76
Stratejik davranış								
Verimlilik karne uygulaması hakkında yeterince bilgi sahibiyim.	226	2.2	4.0	15.5	52.7	25.7	3,95	,87
Hastanemizin verimlilik karnesi sonuçlarını takip ederim.	226	0,4	4.9	10.6	55.8	28.3	4,06	,78
Verimlilik karnesinde düşük puan alınmış gösterge varsa, sorumlu olduğum alanlarda gerekli önlemleri alırım.	226	0.9	2.2	5.3	44.2	47.3	4,34	,75
Stratejik kararlar alırken verimlilik karnesi sonuçlarını kullanırım.	226	0.4	8.4	9.7	56.6	24.8	3,96	,85
Hastane performans hedeflerine ulaşmak için çalışanları teşvik ederim.	226	0.9	.9	10.2	55.3	32.7	4,18	,71

Ortalama: 1,0-2,33: Düşük Katılım, 2,34-3,66: Orta Düzeyde Katılım, 3,67- 5,0: Yüksek Katılım

Çizelge 4.24 incelendiğinde hastane yöneticilerinin verimlilik karnesinin stratejik yönetim boyutu ile en yüksek katılım “verimlilik karne uygulaması hastanemizde ölçme ve raporlama sistemi oluşturur” ($\bar{x}=4.18$) ifadesidir. En düşük katılım ise “verimlilik karnesi üst kurumsal hedeflerin çalışanlar ile paylaşılmasını sağlar” ($\bar{x}=3.92$) ve “verimlilik karne uygulaması hastanemizde karar almayı kolaylaştırır” ($\bar{x}=3.92$) ifadeleridir.

Diğer ifadelerden, verimlilik karne uygulaması hastanemizin güçlü ve zayıf yanlarının görülmesini sağlar $\bar{x}=4.15$, hastanemizin kurumsal stratejik hedeflere ulaşmasını kolaylaştırır $\bar{x}=4.06$, hastanemizin genel durumu hakkında yöneticilere yol gösterir $\bar{x}=4.15$, üst kurumsal hedeflerin çalışanlar ile paylaşılmasını sağlar $\bar{x}=3.92$, hastanemizde ölçme ve raporlama sistemi oluşturur $\bar{x}=4.18$, geribildirim sağlayarak, kurumsal hedeflerden uzaklaşmayı önler $\bar{x}=4.00$, hastanemizde kurumsal yönetim stratejilerinin uygulanmasını teşvik eder $\bar{x}=3.97$ ve kurumsal performansımız üst kurumumuz tarafından takip edilir ifadelerine $\bar{x}=4.13$ ortalama ile yanıt verdikleri görülmüştür.

Bu sonuçlara göre, araştırmaya katılan yöneticilerin büyük çoğunluğu, verimlilik karnesinin hastanelerinin güçlü ve zayıf yanlarının görülmesini sağladığı, hastanelerin genel durumu hakkında yöneticilere yol gösterdiği, hastanelerde ölçme ve raporlama sistemi oluşturduğu, verimlilik karnesinin aynı zamanda geribildirim aracı olarak hastanenin performans göstergelerine ilişkin geri bildirim sağlayarak kurumsal hedeflerden sapmayı önlemeyi sağladığını belirtmiştir. Yine yöneticilerin büyük çoğunluğu verimlilik karnesinin kurumsal stratejik hedeflere ulaşmayı kolaylaştırdığı ve üst kurum tarafından da hastanelerin kurumsal performansın takip edildiğini belirtmiştir.

Yöneticiler yukarıda açıklanan stratejik yönetim algısı alt boyutlarından stratejik vizyon ve kontrol alt boyutundaki ifadelerle $\bar{x}=4.05$ ortalama ile yüksek katılım göstermişlerdir. Yöneticilerin verimlilik karnesinin stratejik vizyon ve kontrol stratejik yönetim boyutuna yüksek oranda katılım sağladıkları görülmektedir. Yöneticilerin verimlilik karnesini stratejik yönetim aracı olarak görmektedirler.

Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik davranışlarına bakıldığında; Verimlilik karne uygulaması hakkında yeterince bilgi olma sahibiyim $\bar{x}=3.95$ ortalama ile, hastanemizin verimlilik karnesi sonuçlarını takip ederim $\bar{x}=4.06$, verimlilik karnesinde düşük puan alınmış gösterge varsa, sorumlu olduğum alanlarda gerekli önlemleri alırım

$\bar{x}=4.34$, stratejik kararlar alırken verimlilik karnesi sonuçlarını kullanırım $\bar{x}=3.96$ ve hastane performans hedeflerine ulaşmak için çalışanları teşvik ederim ifadelerine $\bar{x}=4.18$ ortalama ile yüksek katılım gösterdikleri görülmektedir. Yöneticiler stratejik davranış boyutundaki ifadelere $\bar{x}=4.10$ ortalama ile yüksek katılım göstermişlerdir. Turunç (2015) tarafından yapılan çalışmada, stratejik yönetim ortamının algılanan örgütsel performans üzerinde pozitif yönde etkili olduğu belirlenmiştir. Stratejik yönetim-örgütsel performans ilişkisinde kişi-örgüt uyumunun da düzenleyici bir rol üstlendiği belirlenmiştir. Bu anlamda hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik yönetim algıları yüksek olduğundan örgütsel performansa etkisinin olumlu olacağını söyleyebiliriz.

Bu sonuçlara göre araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin çoğunun, verimlilik karne uygulaması hakkında bilgi sahibi oldukları, verimlilik karnesi sonuçlarını takip ettikleri ve stratejik kararlar alırken verimlilik karnesi sonuçlarını kullandıkları görülmektedir. Hastane yöneticilerinin büyük çoğunluğu verimlilik karnesini stratejik yönetim aracı olarak görmekte ve kullanmaktadır denilebilir.

1.4. Kamu Hastaneleri Verimlilik Karne Uygulaması Algısına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.25'te hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi algısına ilişkin bulgular verilmiştir. Verimlilik karne uygulaması algısı, etkililik, hizmet kalitesi, verimlilik, hasta memnuniyeti ve şeffaflık boyutlarından oluşturulmuştur.

Çizelge 4.25. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısına ilişkin bulgular

Alt Boyutlar		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	$\bar{x}_i$	S.S.
Etkililik	N	%						
Kamu hastanelerinin daha etkin yönetilmesini sağlar.	226	2.2	2.7	13.5	61.5	20.4	3,99	0,68
Çalışanların performansını artırır.	226	1.8	31.4	11.9	44.7	10.2	3,49	0,89
Yöneticilerin performansının artmasını sağlar	226	1.3	8.0	11.9	58.0	20.8	3,88	0,86
Verimlilik karnesi hastanelerin kurumsal performansını artırmasında oldukça etkilidir.	226	3.1	6.7	16.3	59.6	13.0	3,94	0,71
Hastanelerin üst kurumsal hedeflere ulaşması için önemli bir araçtır.	226	0.9	4.4	14.6	56.2	23.9	3,97	0,80

Verimlilik karnesinde yer alan göstergeler, hastanelerin performansını ölçmek için yeterlidir.	226	5.3	13.7	26.5	45.6	8.8	3,38	1,00
Hizmet kalitesi								
Tıbbi bakım kalitesinin artmasını sağlar.	226	1.4	6.6	15.0	62.7	14.2	3,84	0,75
Kalite anlayışının sürekli olmasını teşvik eder.	226	2.4	7.1	12.8	64.4	13.7	3,86	0,73
Hizmet süreçlerinde belirgin iyileşmeler sağlar.	226	3.6	4.4	15.5	61.4	15.0	3,89	0,71
Hasta memnuniyeti								
Süreçlerde yapılan iyileştirmeler ile hasta şikayetlerinin azaltılmasını sağlar	226	0.9	4.4	18.6	63.3	12.8	3,82	0,73
Hastaların hastaneye olan bağlılığını artırır.	226	0.4	11.9	29.6	50.9	7.1	3,52	0,81
Hasta memnuniyetinin artmasını sağlar.	226	0.4	6.6	19.5	63.7	13.3	3,86	0,68
Verimlilik								
Mevcut kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlar.	226	0.9	4.0	14.2	58.0	23.0	3,98	0,78
Hizmet süreçlerindeki verimsizliği azaltır.	226	0.4	4.0	18.6	58.6	18.1	3,90	0,74
Daha iyi sağlık çıktıları elde etmemizi sağlar.	226	0.4	5.2	12.8	61.5	19.9	3,95	0,76
Şeffaflık								
Paydaşlarla bilgi paylaşımı açısından şeffaflık sağlar.	226	1.3	5.8	13.7	61.9	17.3	3,88	0,80
Yöneticilerin performansa göre atanmasını sağlar	226	15.5	14.6	26.3	32.7	8.8	3,03	1,20
Kamuda hesap verebilirliği kolaylaştırır.	226	4.4	11.5	16.8	52.7	14.6	3,61	1,01

Ortalama: 1,0-2,33: Düşük Katılım, 2,34-3,66: Orta Düzeyde Katılım, 3,67- 5,0: Yüksek Katılım.

Çizelge 4.25’de faktör analizi sonucu ortaya çıkan yapıdaki verimlilik karnesinin alt boyutlarına ilişkin yöneticilerin verdikleri yanıtlara baktığımızda;

Etkililik boyutunda; en yüksek katılım, kamu hastanelerinin daha etkin yönetilmesini sağlar ($\bar{x}=3.99$) ifadesi ve en düşük katılım “verimlilik karnesinde yer alan göstergeler, hastanelerin performansını ölçmek için yeterlidir” ($\bar{x}=3.38$) ve verimlilik karnesi çalışanların performansını artırır ($\bar{x}=3.49$) ifadeleridir. Yine diğer ifadeler verimlilik karnesi hastanelerin kurumsal performansını artırmasında oldukça etkilidir ($\bar{x}=3.94$), yöneticilerin performansının artmasını sağlar ($\bar{x}=3.88$), hastanelerin üst kurumsal hedeflere ulaşması için önemli bir araçtır ($\bar{x}=3.97$) ifadelerine yüksek katılım göstermişlerdir. Yöneticilerin %81.9’u verimlilik karnesinin kamu hastanelerinin etkin yönetilmesini sağladığı, % 72.6’sı, verimlilik karnesinin kamu hastanelerinin kurumsal performansının artmasında etkili olduğunu düşünmektedir. En az katılım ise % 54.4 oranı

ile “verimlilik karnesinde yer alan göstergeler, hastanelerin performansını ölçmek için yeterlidir” ifadesidir. Diğer en az katılım ifadesi % 54.9 katılım oranı ile “verimlilik karnesi çalışanların performansını artırır” ifadesidir. Yöneticilerin yaklaşık % 45’i verimlilik karnesinin çalışan performansına etkisi olmadığını düşünmektedir. Bununla birlikte yöneticilerin % 79’u verimlilik karnesinin yöneticilerin performansını artırdığı ifadesine katıldıkları görülmüştür..

Hizmet kalitesi boyutundaki ifadelere baktığımızda; yöneticilerin, “verimlilik karnesi tıbbi bakım kalitesinin artmasını sağlar” ifadesine ortalama $\bar{x}=3.84$, kalite anlayışının sürekli olmasını teşvik eder ifadesine ortalama $\bar{x}=3.86$ ve hizmet süreçlerinde belirgin iyileşmeler sağlar ifadesine $\bar{x}=3.89$ ortalama ile yüksek katılım sağladıkları görülmektedir.

Hasta memnuniyeti boyutunda; en yüksek katılım verimlilik karnesi hasta memnuniyetinin artmasını sağlar ($\bar{x}=3.86$) ve en düşük katılım hastaların hastaneye olan bağlılığını artırır ($\bar{x}=3.52$) ifadeleridir. Verimlilik karnesi süreçlerde yapılan iyileştirmeler ile hasta şikayetlerinin azaltılmasını sağlar ifadesine de $\bar{x}=3.82$ ortalama ile yöneticiler yüksek katılım sağlamıştır. Hasta memnuniyeti boyutu sağlık hizmetleri performansı açısından önemli bir gösterge olarak kullanılmaktadır. Berger, (2004); Chen ve diğerleri (2006) araştırmalarında hasta memnuniyeti boyutunu balans skor kartın performans göstergeleri arasında kullanmışlardır. Öter ve südaş (2017) tarafından yapılan Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi konulu çalışmada, hizmet kalitesinin hasta bağlılığını pozitif yönde etkilediği görülmüştür

Verimlilik boyutunda; yöneticiler ifadelere yüksek katılım göstermişlerdir. Buna göre verimlilik karnesi, “mevcut kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlar” ifadesine $\bar{x}=3.98$, “hizmet süreçlerindeki verimsizliği azaltır” $\bar{x}=3.90$, “daha iyi sağlık çıktıları elde etmemizi sağlar” ifadelerine $\bar{x}=3.95$ ortalama ile yöneticilerin yüksek katılım sağladığı görülmektedir. Bu sonuçlardan hastane yöneticilerinin büyük çoğunluğuna göre verimlilik karnesinin hastanelerde verimliliği artırdığı söylenebilir.

Şeffaflık boyutunda; en yüksek katılım verimlilik karnesi paydaşlarla bilgi paylaşımı açısından şeffaflık sağlar ($\bar{x}=3.88$) ve en düşük katılım verimlilik karnesi yöneticilerin performansa göre atanmasını sağlar ($\bar{x}=3.03$) ifadeleridir. Yine verimlilik karnesi kamuda hesap verebilirliği kolaylaştırır ifadesine $\bar{x}=3.61$ ortalama ile orta düzeyde katılım sağlandığı görülmektedir. Hibbard ve arkadaşları (2005) yapılan hastane performansı

raporlarının kalite, pazar payı ve itibar üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir kamu hastanesinde yaptıkları çalışmada, hastanelerin performans verilerinin kamuya açıklanmasının, rapor edilen klinik alanda iyileşmeler sağladığını ve hastanenin imajını etkilediğine inanıldığını belirtmişlerdir. Tüketici anketleri de hastane performansının kamuya açıklanmasının hastanenin itibarını etkilediğini göstermektedir.

Hastane yöneticileri verimlilik boyutuna ortalama 3.94, etkililik boyutuna ortalama 3.77, hasta memnuniyeti boyutuna 3.73 ve hizmet kalitesi boyutuna 3.86 ortalama ile yüksek katılım göstermişlerdir. Şeffaflık boyutuna ise 3.50 ortalama ile orta düzeyde katılım göstermişlerdir. En düşük katılım verimlilik karnesinin şeffaflık sağlamasına yönelik olurken, en yüksek katılım verimlilik ve hizmet kalitesi boyutunda olmuştur. Yöneticilerin verimlilik karne uygulaması ile ilgili ölçek genelindeki sorulara ortalama 3.76 ile yüksek katılım göstererek yanıtladıkları görülmektedir. Bu sonuçtan hastane yöneticilerinin çoğunun verimlilik karne uygulamasını hastaneler için gerekli ve yararlı bulduklarını söyleyebiliriz.

Çizelge 4.26. Faktöre girmeyen ifadelere ait bulgular

Verimlilik karnesi hastaneler için gereklidir.	226	0.9	5.3	17.7	60.6	15.2	3,84	0,77
Verimlilik karnesinde yer alan göstergeler, üst kurumsal hedefler ile uyumludur	226	0.9	5.3	15.9	65.0	12.8	3,83	0,74
Verimlilik karnesi uygulaması hastanelerin performans hedeflerine ulaşmaları için belirgin iyileşmeler sağlar	226	1.8	2.7	19.9	64.2	11.5	3,80	0,73
Verimlilik karnesi, hastanelerde hasta odaklı hizmet anlayışını geliştirir.	226	2.7	4.9	18.6	63.3	10.6	3,74	0,81

Çizelge 4.26’da hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulamasına yönelik ölçme aracına yapılan faktör analizi sonucu faktöre uyum göstermeyen ifadeler verilmiştir. Söz konusu ifadeler ölçekten çıkarılmıştır. Bu ifadeler, verimlilik karnesi hastaneler için gereklidir ($\bar{x}=3.84$), verimlilik karnesinde yer alan göstergeler, üst kurumsal hedefler ile uyumludur ($\bar{x}=3.83$), verimlilik karnesi uygulaması hastanelerin performans hedeflerine ulaşmaları için belirgin iyileşmeler sağlar ($\bar{x}=3.80$), verimlilik karnesi, hastanelerde hasta odaklı hizmet anlayışını geliştirir ($\bar{x}=3,74$) ifadeleridir. Bu ifadelere göre yöneticilerin büyük çoğunluğunun, verimlilik karnesinin kamu hastaneleri için gerekli olduğu,

performans hedeflerine ulaşmak için iyileşmeler sağladığı ve hastanelerde hasta odaklı hizmet anlayışını geliştirdiği ifadelerine katıldıkları görülmüştür.

1.5. Hastane Yöneticilerinin Kurumsal Performans Algısına İlişkin Bulgular

Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesinin kurumsal performansa etkisine yönelik görüşleri çizelge 4.27’de yer almaktadır. Verimlilik karnesinin hastanenin kurumsal performansına etkisi balans skor kart modeli esas alınarak oluşturulmuş göstergeler ile değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Finansal boyutta; yöneticilerin, verimlilik karnesi uygulaması sonucu hastane bütçemizde mali kontrol sağlandı ($\bar{x}=3.49$), birim maliyetlerimizde belirgin bir azalma oldu ($\bar{x}=3.18$), borç ödeme gün süremiz belirgin olarak azaldı ($\bar{x}=3.44$), hastane gelirlerimiz artı ($\bar{x}=3.21$), hastanemizin karlılığı arttı ($\bar{x}=3.01$), hastane giderlerimiz azaldı ($\bar{x}=3.10$) ve stok devir hızımız arttı ifadelerine $\bar{x}=3.56$ ortalama ile katılım sağladıkları görülmüştür. En yüksek katılım stok devir hızımız arttı ifadesi ortalama $\bar{x}=3.56$ ve en düşük katılım hastanemizin karlılığı arttı ($\bar{x}=3.01$) ve hastane giderlerimiz azaldı ($\bar{x}=3.10$) ifadeleridir. Hastane yöneticilerinin ifadelerinden finansal boyutta hastane bütçelerinin verimlilik karne uygulaması ile kontrol altına alındığı ve stok devir hızının arttığı görülmektedir.

Süreç boyutunda; verimlilik karnesi uygulaması sonucunda, etkin stok yönetimi ile kayıp-kaçak oranları azaldı ortalama $\bar{x}=3.67$, hasta sayımız arttı yatak doluluk oranlarımız arttı $\bar{x}=3.41$ tıbbi bakım kalitemiz arttı $\bar{x}=3.57$, süreçlerdeki iyileştirmeler sonucu tıbbi hata oranları azaldı $\bar{x}=3.52$, hasta sayımız arttı $\bar{x}=3.34$, ve hasta bekleme sürelerimiz azaldı $\bar{x}=3.62$ ortalama ile yanıt verdikleri görülmektedir.

Buna göre en yüksek katılım etkin stok yönetimi ile kayıp-kaçak oranları azaldı ($\bar{x}=3.67$) ifadesi, en düşük katılım ise hasta sayımız arttı ($\bar{x}=3.34$) ifadeleridir. Yöneticilerin % 65’i etkin stok yönetimi ile tıbbi malzemelerde etkin stok yönetimi sayesinde kayıp-kaçak oranlarında azalma olduğunu belirtmiştir.

Süreç boyutundaki ifadelere göre verimlilik karne uygulaması ile etkin stok yönetimi sonucu hastanelerde kayıp-kaçak oranlarının azaldığı görülmektedir. Yine verimlilik karne uygulaması ile hasta bekleme sürelerinin azaldığı ifadesine yüksek katılım gösterilmiştir.

Çizelge 4.27. Hastane yöneticilerinin kurumsal performans algısına ilişkin bulgular

Verimlilik karnesi uygulaması sonucunda;		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Σ	S.S.
Finansal Boyut	N	%						
Hastane bütçemizde mali kontrol sağlandı	226	1.8	13.7	27.4	47.8	9.3	3,49	0,90
Birim maliyetlerimiz azaldı	226	1.8	20.4	38.9	35.4	3.5	3,18	0,85
Borç ödeme gün süremiz azaldı	226	2.2	14.2	35.8	42.9	4.9	3,44	0,86
Hastane gelirlerimiz artı	226	1.3	21.7	36.3	35.8	6.6	3,21	0,88
Hastanemizin karlılığı arttı	226	1.9	27.0	36.3	31.0	4.9	3,01	0,82
Hastane giderlerimiz azaldı.	226	1.8	26.5	35.4	31.9	3.4	3,10	0,90
Stok devir hızımız arttı	226	1.8	8.0	26.1	54.4	10.2	3,56	0,82
İç süreçler boyutu								
Etkin stok yönetimi ile kayıp-kaçak oranları azaldı	226	1.3	8.0	26.1	54.4	10.2	3,67	0,82
Yatak doluluk oranlarımız arttı	226	1.8	14.6	31.0	45.6	7.1	3,41	0,88
Tıbbi bakım kalitemiz arttı.	226	0.4	11.9	26.5	51.8	9.3	3,57	0,83
Süreçlerdeki iyileştirmeler sonucu tıbbi hata	226	1.3	9.7	31.0	51.3	6.6	3,52	0,81
Hasta sayımız arttı.	226	1.3	16.8	32.7	43.8	4.9	3,34	0,86
Hasta bekleme sürelerimiz azaldı.	226	0.4	11.5	21.7	57.5	8.8	3,62	0,81
Müşteri boyutu								
Hasta memnuniyet oranlarımız arttı.	226	0.0	7.5	27.0	57.5	8.8	3,69	0,76
Pazar payımız arttı.	226	1.3	16.4	49.1	28.3	4.9	3,19	0,81
Hasta şikâyetlerinde belirgin bir azalma oldu.	226	0.9	8.8	39.8	44.7	5.8	3,45	0,77
Hastaların hastanemize olan bağlılığı arttı	226	0.4	12.4	47.8	35.4	4.0	3,30	0,75
Hastaların gözünde kurumsal itibarımız arttı.	226	0.4	11.1	31.0	52.7	4.9	3,50	0,77
Çalışan memnuniyet oranımız arttı	226	2.2	20.4	31.4	40.3	5.8	3,26	0,92
Hasta güvenliği uygulamalarımız arttı.	226	0.4	8.4	27.0	57.1	7.1	3,61	0,75
Öğrenme ve gelişme boyutu								
Bilimsel yayın oranımız arttı.	226	3.1	20.8	37.2	35.4	3.5	3,15	0,89
Hizmet çeşitliliğimiz (yeni hizmet alanları	226	1.3	14.6	22.1	56.6	5.3	3,50	0,85
Hizmet içi eğitim alan personel oranımız arttı.	226	0.4	7.1	23.0	60.2	9.3	3,70	0,75
Çalışan devir hızımız azaldı.	226	4.9	22.1	38.3	29.6	4.4	3,11	0,88
Hastanemizde kullanılan yeni teknoloji ve	226	1.3	11.5	34.5	48.7	4.0	3,42	0,79
Bilgi sistemleri alt yapısı ve entegrasyon oranımız arttı.	226	0.9	8.8	27.4	58.0	4.9	3,57	0,75

Ortalama: 1,0-2,33: Düşük Katılım, 2,34-3,66: Orta Düzeyde Katılım, 3,67- 5,0: Yüksek Katılım

Özalp ve arkadaşlarına göre (2008) kamu sağlığı sektöründe kurumsal karne uygulamasında hasta boyutu kurumsal karnenin diğer tüm boyutları için odak noktası niteliğindedir. Stratejik hedefler doğrultusunda seçilen her ölçütün, indikatörün hasta boyutunda gelişme yaratacak bir sebep sonuç ilişkisine sahip olması gerekir. Kamu sağlık sektöründe

kurumsal karne uygulamasında hasta boyutunu odak noktası olarak finansal boyutta sürdürülebilirliği sağlaması, klinik boyutlarda operasyonel mükemmelliği hedeflemesi ve öğrenme ve gelişme boyutunda elde ettiği başarılar sayesinde organizasyonun lider bir konuma gelmesini sağlaması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Müşteri boyutunda; en yüksek katılım, verimlilik karnesi uygulaması sonucunda hasta memnuniyet oranlarımız arttı $\bar{x}=3.69$ ve en düşük katılım $\bar{x}=3.19$ ortalama ile pazar payımız arttı ifadeleridir. Diğer ifadeler ise, hasta güvenliği uygulamalarımız arttı ifadesine $\bar{x}=3.61$, hastaların gözünde kurumsal itibarımız arttı $\bar{x}=3.50$, hasta şikâyetlerinde belirgin bir azalma oldu $\bar{x}=3.45$, hastaların hastanemize olan bağlılığı arttı $\bar{x}=3.30$ ve çalışan memnuniyet oranımız arttı ifadelerine $\bar{x}=3.26$ ortalama ile orta düzeyde katılım sağladıkları görülmektedir. Hastane yöneticilerinin % 50'si verimlilik karnesinin hasta şikâyetlerinde azalma sağladığını, % 64'ünün hasta güvenliğine ilişkin uygulamaları artırdığı ifadesine katıldıkları görülmüştür. Yöneticilerin % 67'si verimlilik karne uygulamasının pazar payının artmasına etkisi olmadığını düşünmektedir. Narlı (2009) tarafından yapılan yüksek lisans çalışmasında süreçlerde yapılan iyileştirmelerin hasta memnuniyetini artırdığı görülmüştür.

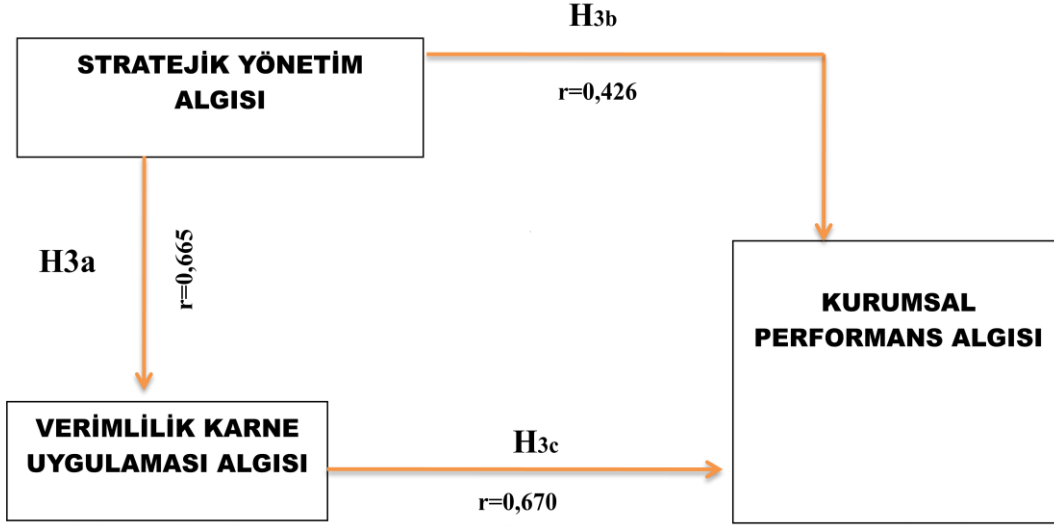
Öğrenme ve gelişme boyutunda; yöneticilerin bilimsel yayın oranımız arttı ifadesine ortalama $\bar{x}=3.15$, hizmet çeşitliliğimiz (yeni hizmet alanları oluşturma) arttı $\bar{x}=3.50$, hizmet içi eğitim alan personel oranımız arttı $\bar{x}=3.70$, çalışan devir hızımız azaldı $\bar{x}=3.11$, hastanemizde kullanılan yeni teknoloji ve ekipman oranımız arttı $\bar{x}=3.42$ ve bilgi sistemleri alt yapısı ve entegrasyon oranımız arttı ifadesine $\bar{x}=3.57$ ortalama ile yanıt verdikleri görülmüştür. Öğrenme ve gelişme boyutunda en yüksek katılım hizmet içi eğitim alan personel oranımız arttı $\bar{x}=3.70$ ve en düşük katılım çalışan devir hızımız azaldı ($\bar{x}=3.11$) ve bilimsel yayın oranımız arttı ($\bar{x}=3.15$) ifadeleridir.

Kamu sağlık kuruluşlarında öğrenme ve gelişme boyutu, insan kaynağını yönetmek açısından büyük önem arz etmektedir. Kamu kuruluşlarının genel sorunu olan insan kaynağının verimsiz kullanımı kamu sağlık kuruluşlarında öğrenme ve gelişme boyutunun ihtiyacını göstermektedir. Organizasyonların sahip olduğu insan kaynağı, bilgi kaynağı ve kurum kültürü ve inovasyon öğrenme ve gelişme boyutunun faktörlerini oluşturur (Özalp ve diğerleri, 2008).

Tablo 4.27'deki kurumsal performans ölçütlerine verilen yanıtların alt boyutlar bakımından ortalamalarını aldığımızda, hastane yöneticilerinin finansal boyuta ilişkin ölçütlere ortalama 3.30, müşteri boyutuna ortalama 3.43, süreç boyutuna ortalama 3.47 ve öğrenme ve gelişme boyutuna 3.41 ortalama puan ile orta düzeyde katılım olarak yanıt verdikleri görülmektedir. En düşük katılımın verimlilik karnesinin finansal ölçütlere yaptığı etkilere ilişkin ölçütlere verildiği anlaşılmaktadır. En yüksek ortalama ise süreç boyutunda olduğu görülmektedir.

Yılmaz ve Erdem (2017) tarafından yapılan çalışmada dengeli ölçüm kartının hastanelerde ne sıklıkta ölçüldüğü ve önem düzeyine yönelik hastane yöneticilerine yapılan çalışmada, dengeli ölçüm kartının dört boyutuna yönelik göstergeler oluşturulmuş ve hastane yöneticilerine göre bu göstergelerin ölçüm sıklığı ve önemlilik düzeyleri sorulmuştur. Araştırma sonunda hastane yöneticilerinin finansal düzeyde; toplam borcun toplam gelire oranı, toplam giderin toplam gelire oranı” “tıbbi malzeme gideri, stok devir hızı” ve hasta maliyeti kriterleri, iç süreçler boyutunda; yatak doluluk oranı, ortalama yatış süresi, enfeksiyon hızı, ameliyat bekleme süresi, müşteri boyutunda; yatan hasta memnuniyeti, ayaktan hasta memnuniyeti, hasta bekleme süreleri ve hasta şikayet oranı kriterlerine yüksek düzeyde önem verdikleri görülmüştür.

Araştırmadaki kriterler bu çalışmadaki ölçütlerle benzerlik göstermektedir. İlgili çalışmada hastane yöneticilerinin dengeli ölçüm kartı kullanılarak oluşturulan ölçütlere, ölçütlerin önemlilik düzeyi bakımından yüksek önem verdikleri görülmüştür. Bu çalışmada ise hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı sorularına verdikleri yanıtlardan, hastane yöneticilerinin büyük çoğunluğuna göre, verimlilik karnesinin hastanelerdeki birçok göstergenin iyileştirilmesi için önemli bir araç olduğu ve verimlilik karne uygulamasının hastaneler için gerekli olduğu görülmüştür. Sonuçlar hastane yöneticilerinin hastanelerde kullanılabilecek performans ölçütlerine önem verdikleri ve verimlilik karnesinin hastanelerin etkin yönetimi için gerekli olduğunu göstermektedir.



Şekil 4.1. Araştırma modeli değişkenler arasındaki ilişkiler

Şekil 4.1 de araştırma modeline yönelik değişkenler arası ilişkiyi kontrol etmek için korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırmada hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Literatürde korelasyon değerleri, aldığı değere göre, 0,00 - 0,25 çok zayıf, 0,26 - 0,49 zayıf, 0,50 - 0,69 orta, 0,70 - 0,89 yüksek, 0,90 - 1,00 çok yüksek ilişki olarak tanımlanmıştır.

Buna göre verimlilik karne uygulamasının kurumsal performansa etkisine yönelik olarak hastane yöneticilerinin verdikleri yanıtlara göre stratejik yönetim algısı ile kurumsal performans algısı arasında zayıf ($r=0,426$), verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı arasında ($r=0,670$) ise orta düzeyde bir ilişki mevcuttur (Çizelge 4.19; Şekil 4.1). Yine stratejik yönetim algısı ile verimlilik karne uygulaması algısı arasında ($r=0,665$) orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki mevcut olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.28. Hipotez sonuçları özet tablo

No	HİPOTEZ	SONUÇ
H1.	Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.	KISMEN KABUL
	Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, demografik verilere göre farklılık göstermektedir.	Kısmen kabul Verimlilik karne eğitimi alma durumu bakımından fark vardır. Karne eğitimi alan yöneticilerin, almayanlara göre stratejik yönetim algısı daha yüksektir.
	Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi uygulaması algısı, demografik verilere göre farklılık göstermektedir.	Red Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi uygulaması algısı ile demografik özellikleri arasında fark yoktur.
	Hastane yöneticilerinin kurumsal performans algısı, demografik verilere göre farklılık göstermektedir.	Red Hastane yöneticilerinin kurumsal performans algısı ile demografik özellikleri arasında fark yoktur.
H2.	Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı alt boyutları demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.	KISMEN KABUL
	Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.	Kısmen kabul Verimlilik karne eğitimi alma durumu bakımından fark vardır. Stratejik vizyon ve kontrol ve stratejik davranış boyutlarındaki fark anlamlıdır. Karne eğitimi alan yöneticilerin almayanlara göre stratejik vizyon ve kontrol algısı ve stratejik davranış puan ortalamaları daha yüksektir.
	Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.	Kısmen kabul • Verimlilik alt boyutu ile karne eğitimi alma durumu, • Hasta memnuniyeti alt boyutu ile cinsiyet ve yatak sayısı, • Hizmet kalitesi alt boyutu ile karne eğitimi alma durumu ve yatak sayısı

		arasındaki fark anlamlı bulunmuştur
	Hastane yöneticilerinin kurumsal performans algısı alt boyutları demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.	Kısmen kabul Hastane türü ile müşteri alt boyutu arasındaki fark anlamlıdır.
H3.	Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.	
H3a	Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile verimlilik karne uygulaması algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.	Kabul
H3b	Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.	Kabul
H3c	Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki vardır.	Kabul

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık Bakanlığınca kamu hastanelerinde verimliliği sağlamak, sağlık hizmetlerini etkili sunarak hasta memnuniyetini artırmak amacı ile 2012 yılından itibaren kamu hastanelerinde uygulanan verimlilik karne uygulamasına ilişkin yönetici algıları araştırılmıştır. Araştırmada, hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik yönetim algıları, verimlilik karne uygulaması algıları ve verimlilik karnesinin kurumsal performansa etkisine yönelik kurumsal performans algıları değerlendirilmiştir.

Araştırma hipotezleri araştırma modelini desteklemiş olup, hastane yöneticilerinin verimlilik karnesine yönelik stratejik yönetim algısı, verimlilik karne uygulaması algısı ve kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin verdiği yanıtlara göre, araştırma modeli (Şekil 1.3) çerçevesinde araştırmada şu sonuçlara ulaşılmıştır;

a. Araştırmada hastane yöneticilerinin demografik özellikleri ile stratejik yönetim algısı arasında, verimlilik karne eğitimi alma durumu bakımından anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Verimlilik karne eğitimi alan yöneticilerin, verimlilik karnesi ile ilgili stratejik yönetim algısı daha yüksektir. Diğer bir ifade ile verimlilik karnesi ile ilgili bilgi düzeyleri yüksek olan yöneticilerin stratejik yönetim aracı olan verimlilik karnesine yönelik tutumları da yüksektir denilebilir. Bu yöneticilerin verimlilik karnesinin ne olduğu, yönetsel yararları ve yöneticilere sağlayacağı faydalar, verimlilik karnesinin kurumsal performansa katkısı gibi konularda verimlilik karnesi ile ilgili eğitim almayan yöneticilerden daha olumlu tutum içerisinde olduklarını söyleyebiliriz.

Hastane yöneticileri stratejik vizyon ve kontrol boyutundaki ifadelere $\bar{x}=4.05$ ortalama ile yüksek katılım göstererek yanıtlamışlardır. Stratejik davranış boyutundaki ifadelere ise $\bar{x}=4.10$ ortalama ile en yüksek katılımı göstererek yanıtlamışlardır. Bu sonuçlara göre, hastane yöneticilerinin büyük çoğunluğu kamu hastanelerinde uygulanan verimlilik karnesini güçlü bir stratejik yönetim aracı olarak görmektedirler diyebiliriz.

Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı alt boyutları ile verimlilik karnesi eğitimi alma durumları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Verimlilik karnesi ile ilgili eğitim alan yöneticilerin stratejik vizyon ve kontrol ve stratejik davranış alt boyutlarındaki puan

ortalamaları eğitim almayan yöneticilerden yüksektir. Araştırmada özellikle hastane yöneticilerine verimlilik karnesi ile ilgili stratejik davranışlarına yönelik sorulardan oluşan stratejik davranış boyutu oluşturulmuştur. Bu boyutta yer alan ifadelere; hastanemizin verimlilik karnesi sonuçlarını takip ederim ($\bar{x}=4.06$), verimlilik karnesinde düşük puan alınmış gösterge varsa, sorumlu olduğum alanlarda gerekli önlemleri alırım ($\bar{x}=4.34$), stratejik kararlar alırken verimlilik karnesi sonuçlarını kullanırım ($\bar{x}=3.96$), hastane performans hedeflerine ulaşmak için çalışanları teşvik ederim ($\bar{x}=4.18$) ifadelerine hastane yöneticilerinin uygulanan tüm anket boyutlarında en yüksek katılımı gösterdikleri görülmektedir. Yöneticiler stratejik davranış boyutundaki ifadelere $\bar{x}=4.10$ ortalama ile yüksek katılım göstermişlerdir. Buradan şu sonuca ulaşmak mümkündür. Hastane yöneticilerinin büyük çoğunluğunun verimlilik karnesi sonuçlarını önemsedikleri ve sonuçlarını takip ettikleri anlaşılmaktadır.

Yine hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi sonuçlarını stratejik kararlar alırken kullandıkları, yöneticilerin kurumsal hedefler anlamında yapılan ölçüm ve değerlendirmeler sonucu yetersiz görülen alanlara yönelik gerekli önlemleri almaya istekli oldukları ve bu konuda çalışanları da teşvik etmek istedikleri görülmektedir. Bu sonuçlar verimlilik karne uygulaması algısı ölçeğinde, etkililik boyutundaki % 78.8 katılım oranı ile yanıtlanmış olan “verimlilik karnesi yöneticilerin performansını artırır” ($\bar{x}= 3.88$) ifadesi ile paralellik göstermektedir. Diğer bir ifade ile kamu hastaneleri yöneticileri verimlilik karnesini önemsemekte ve karnenin yöneticilerin performansını artırdığını düşünmektedir.

Çizelge 4.24 incelendiğinde hastane yöneticilerinin verimlilik karnesinin stratejik vizyon ve kontrol boyutunda en yüksek, “verimlilik karnesi hastanemizde ölçme ve raporlama sistemi oluşturur” ($\bar{x}=4.18$) en düşük ise “verimlilik karnesi üst kurumsal hedeflerin çalışanlar ile paylaşılmasını sağlar” ($\bar{x}=3.92$) ve “hastanemizde karar almayı kolaylaştırır” ($\bar{x}=3.92$) ifadesine katıldıkları görülmüştür. Bu sonuçlardan hastane yöneticilerinin verimlilik karnesini hastaneler için diğer özelliklerinden başka daha çok bir ölçme ve kontrol aracı olarak gördüklerini söyleyebiliriz.

Hastane yöneticilerine göre verimlilik karnesi, hastanelerin güçlü ve zayıf yanlarının görülmesini sağlar, kurumsal stratejik hedeflere ulaşmasını kolaylaştırır, hastanelerin genel durumu hakkında yöneticilere yol gösterir. Ayrıca verimlilik karnesi geri bildirim sağlayarak, kurumsal hedeflerden uzaklaşmayı önler, hastanelerde kurumsal yönetim

stratejilerinin uygulanmasını teşvik eder. Bu sonuçlardan hastane yöneticilerinin verimlilik karnesinin hastanelerde kurumsal stratejik hedeflere yönelik uygulamaları yapma ve yapılan faaliyetlerin amaç ve hedeflere uygunluğunu belirlemek için stratejik kontrolü sağlamada önemli rolü olduğunu düşündükleri anlaşılmaktadır. Bu sonuçlara göre hastane yöneticileri verimlilik karnesini hastaneler için güçlü bir stratejik yönetim aracı olarak görmektedirler.

b. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algıları ile demografik özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte verimlilik karne eğitimi alan yöneticilerin verimlilik karne uygulaması algısı, eğitim almayan yöneticilerden yüksek bulunmuştur.

c. Çalışmada hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı; etkililik, verimlilik, hasta memnuniyeti, şeffaflık ve hizmet kalitesi alt boyutları açısından değerlendirilmiştir. Hastane yöneticilerinin demografik özellikleri ile verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde;

- Verimlilik karne eğitimi alma durumu değişkeni ile, verimlilik alt boyutu ve hizmet kalitesi alt boyutu,
- Yatak sayısı değişkeni ile; hasta memnuniyeti alt boyutu ve hizmet kalitesi,
- Cinsiyet değişkeni ile hasta memnuniyeti arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

- *Verimlilik karne eğitimi alma durumu değişkeni ile, verimlilik alt boyutu ve hizmet kalitesi alt boyutunda;* verimlilik karnesi ile ilgili eğitim alan yöneticilerin eğitim almayan yöneticilere göre verimlilik ve hizmet kalitesi alt boyutuna yönelik puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

- *Yatak sayısı değişkeni ile; hasta memnuniyeti alt boyutu ($p=0,028$, $p<0,05$) ve hizmet kalitesi ($p=0,040$, $p<0,05$) anlamlı bulunmuştur.*

Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutları ile yatak sayısı bağımsız değişkeni arasındaki ilişkiye baktığımızda (Çizelge 2.15), hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastanenin yatak sayısı ile hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi boyutlarına verilen yanıtların ortalama sırası arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$).

200-299 yatak sayısına sahip hastanelerde görev yapan yöneticilerin verimlilik karnesi uygulamasının hasta memnuniyeti boyutu algısı, 400 yatak ve üzerinde görev yapan yöneticilerden daha yüksek bulunmuştur. Yine 200-299 yatak sayısına sahip hastanelerde görev yapan yöneticilerin verimlilik karne uygulaması hizmet kalitesi boyutu algısı da, diğer yatak sayısı grubuna sahip hastanelerde görev yapan yöneticilerden daha yüksektir. 400 yatak ve üzeri hastaneler eğitim ve araştırma hastaneleridir. Eğitim ve araştırma hastanelerinin iş yükü, hizmet çeşitliliği, personel yapısı vb özelliklerinin, eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapan yöneticilerin verimlilik karnesine yönelik algı ortalamalarının düşük olmasının nedenleri arasında olabileceği düşünülmektedir. Bu sonuç devlet hastanelerinde verimlilik karnesinin kurumsal performansa etkisinin eğitim ve araştırma hastanelerinden yüksek olması sonucu ile paralellik göstermektedir.

- *Cinsiyet ile hasta memnuniyeti alt boyutu arasındaki fark anlamlıdır.* Kadın yöneticilerin hasta memnuniyeti algısı erkek yöneticilerden daha yüksektir. Sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin ve sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcılarının hasta memnuniyeti algısı sıra ortalamalarının diğer ünvanlardan yüksek olduğu görülmektedir. Tamamına yakını kadınlardan oluşan sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin ve büyük çoğunluğu kadın olan sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcılarının algı ortalamaları yüksekliği nedeni ile cinsiyet ile hasta memnuniyeti arasındaki fark anlamlı olduğu görülmüştür.

Hasta memnuniyeti ile ilgili ifadelere baktığımızda; verimlilik karnesi süreçlerde yapılan iyileştirmeler ile hasta şikâyetlerinin azaltılmasını sağlar, hastaların hastaneye olan bağlılığını artırır ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlar ifadeleridir. Çizelge 4.10'daki değerlere baktığımızda kadın yöneticilerin erkek yöneticilere göre hasta memnuniyeti dışında, verimlilik karnesinin alt boyutları olarak ele alınan verimlilik, hizmet kalitesi, etkililik boyutlarındaki ifadelere de daha yüksek ortalama ile yanıt verdikleri görülmektedir. Şeffaflık boyutuna benzer ortalama ile yanıt vermişlerdir. Bu sonuçlardan şöyle bir çıkarım yapılabilir; Kadın yöneticilerin verimlilik karne uygulaması ile ilgili algıları erkek yöneticilerden daha yüksektir. Diğer bir ifade ile kadın yöneticiler verimlilik karne uygulaması ile sağlık hizmetlerinde ulaşılabilecek sonuçlar bakımından verimlilik karne uygulamasının etkisine erkek yöneticilerden daha fazla katılmaktadır diyebiliriz.

d. Verimlilik karnesinin kurumsal performansa etkisine yönelik olarak verilen yanıtlara bakıldığında, kurumsal performans algısı ile demografik değişkenler arasında ilişkiye ait

analiz sonuçlarında, anlamlı bir fark bulunmamıştır (Çizelge 4.2). Bununla birlikte hastane türü bakımından devlet hastanelerinde kurumsal performans algısı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.4). Kurumsal performansın alt boyutlarına ilişkin yapılan analizlerde, müşteri boyutu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,032$, $p<0,05$). Çizelge 4.16'da devlet hastanesi yöneticilerinin müşteri boyutuna verdikleri yanıtların ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile devlet hastanesi yöneticileri eğitim ve araştırma hastanesi yöneticilerine göre, verimlilik karne uygulaması sonucunda yapılan düzenlemelerle birlikte, verimlilik karne uygulamasının müşteri/hasta boyutunda daha fazla etkili olduğunu düşünmektedir. Devlet hastanesinde çalışan yöneticilerin diğer boyutlara da verdikleri yanıtların sıra ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Finansal boyut, süreç boyutu, müşteri (hasta ve çalışan) boyutu ve öğrenme gelişme boyutlarından oluşan kurumsal performans algısının devlet hastaneleri yöneticilerince daha yüksek ortalama ile cevaplanmasının nedenleri; devlet hastanelerinin hizmet çeşitliliği bakımından daha genel hizmet vermeleri, hasta yatak sayılarının daha az olması, bazı bölgelerde hizmet verdiği nüfusun az olması, hasta sayısının eğitim araştırma hastanelerinden az olması gibi bir çok nedenden dolayı verimlilik karnesi ile ilgili uygulama sonuçlarının etkisinin devlet hastanelerinde daha belirgin görülmüş olması ile açıklanabilir.

Araştırmada yöneticilerin kurumsal performans algısına yönelik performans ölçütlerinden yüksek ortalama ile katılım gösterdikleri ifadelere bakıldığında; verimlilik karnesi uygulaması ile birlikte hasta memnuniyet oranımız arttı, hasta şikayetleri azaldı, hasta bekleme süreleri azaldı, hastanemizde kullanılan yeni teknoloji ve ekipman oranımız arttı, hizmet içi eğitim alan personel oranımız arttı, borç ödeme gün süremiz azaldı, stok devir hızımız arttı ve hastane bütçemizde mali kontrol sağlandı gibi ifadelerin olduğu görülmektedir. Bu ifadelere devlet hastaneleri yöneticilerinin, eğitim ve araştırma hastaneleri yöneticilerinden daha yüksek ortalama ile yanıt verdikleri görülmüştür. Bu durum devlet hastanelerinin hizmet çeşitliliğinin ve yatak sayısının az olması, hizmet verdiği bölge ve nüfus nedeni ile devlet hastanelerinde bu göstergelere yönelik önlemlerin daha kolay alınabileceğini ve uygulamalardan yöneticilerin sonuç almasının daha hızlı ve olma ihtimali ile açıklanabilir. Devlet hastaneleri küçük olduğundan erişilebilirliği ve hizmetin görünürlüğü daha fazladır. Bu ve benzeri sebeplerin devlet hastanelerindeki

yöneticilerde verimlilik karnesinin kurumsal performansa etkisine yönelik algılarının yüksek olmasında etkisi olduğu düşünülmektedir.

e. Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algısı ile verimlilik karne uygulaması algısı arasında ($r=0,665$ $p=0,00$) orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Stratejik yönetim algısı ile kurumsal performans algısı arasında ise ($r=0,426$ $p=0,00$) zayıf ilişki olduğu görülmüştür. Verimlilik karne uygulaması algısı ile kurumsal performans algısı arasında ise ($r=0,670$ $p=0,00$) pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

Bu ilişki stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması alt boyutları ile kurumsal performans algısı arasında da pozitif yönlü olarak anlamlı bulunmuştur. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması alt boyutlarına yönelik görüşleri ile kurumsal performans algısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara bakıldığında, verimlilik karne uygulaması algısının alt bileşenleri olarak ele alınan etkililik ($r=0,600$ $p=0,00$), verimlilik ($r=0,536$ $p=0,00$), hasta memnuniyeti ($r=0,522$ $p=0,00$), şeffaflık ($r=0,444$) ve hizmet kalitesi ($r=0,468$ $p=0,00$) ile hastane yöneticilerinin kurumsal performans algısı arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon mevcut olduğu görülmüştür.

Verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutlarından, hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi gibi boyutlara ait ölçüt ifadeleri, aynı zamanda kurumsal performans algısı alt boyutlarından müşteri boyutu ve süreç boyutunun içerisindeki ölçüt ifadeleri ile benzerlik göstermektedir. Örneğin verimlilik karne uygulaması algısı ölçeğindeki hasta memnuniyeti alt boyutunda yer alan “verimlilik karnesi hasta memnuniyetinin artmasını sağlar” ifadesi, kurumsal performans algısı ölçeğinde müşteri boyutunda; “verimlilik karnesi uygulaması hastanemizde hasta memnuniyetini artırdı” şeklinde ölçütlendirilmiştir. Bu durum ölçekler arası tutarlılık bakımından doğrusal bir ilişki sağlamaktadır.

f. Araştırma modeline yönelik yapılan korelasyon analizinde yöneticilerin verimlilik karne uygulaması algısının kurumsal performans algısını pozitif yönde etkilediği görülmüştür ($r=0,670$). Yöneticilerin verimlilik karne uygulamasına yönelik algısı arttıkça kurumsal performans algıları da artmaktadır diyebiliriz. Bu durum üst kurumun stratejik amaç ve hedeflerini gerçekleştirmesi için önemli bir güç sağlayabilir. Hastane yöneticileri verimlilik karne uygulamasına ne kadar önem verirse, hastanede verimlilik ve etkinlik o

derece artar denilebilir. Bu anlamda araştırmada ulaşılan bu sonucun stratejik amaç ve hedeflere ulaşmada önemli rolü olacağı düşünülmektedir.

g. Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı alt boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin (çizelge 4.25) ortalamalara bakıldığında en yüksek katılımın verimlilik boyutunda ($\bar{x}=3.94$), en düşük katılımın şeffaflık boyutunda ($\bar{x}=3.50$) olduğu görülmüştür. Yöneticilerin çoğunun verimlilik karnesinin şeffaflığı yeterince sağlamadığı görüşünde olduğunu söyleyebiliriz.

Yöneticilerin verimlilik karnesi uygulaması algısı ölçeği diğer alt boyutlarına etkililik $\bar{x}=3.77$, hizmet kalitesi $\bar{x}=3.86$ ve hasta memnuniyeti alt boyutunu $\bar{x}=3.73$ ortalama ile yüksek katılım göstererek yanıtladıkları görülmektedir.

Yöneticilerin, “verimlilik karnesi kamu hastanelerinin daha etkin yönetilmesini sağlar” $\bar{x}=3.99$, “verimlilik karnesi hastanelerin kurumsal performansını artırmasında oldukça etkilidir” $\bar{x}=3.94$, “verimlilik karnesi uygulaması hastanelerin performans hedeflerine ulaşmaları için belirgin iyileşmeler sağlar” $\bar{x}=3.80$, “verimlilik karnesi hastaneler için gereklidir” $\bar{x}=3.80$, verimlilik karnesi tıbbi bakım kalitesinin artmasını sağlar ifadesine ortalama $\bar{x}=3.84$, kalite anlayışının sürekli olmasını teşvik eder ifadesine ortalama $\bar{x}=3.86$ ve hizmet süreçlerinde belirgin iyileşmeler sağlar $\bar{x}=3.89$ ortalama ile yüksek katılım sağladıkları görülmüştür.

Bu sonuçlardan hastane yöneticilerinin büyük çoğunluğunun, verimlilik karnesinin kamu hastanelerinin etkin yönetilmesini sağladığını, kamu hastaneleri için gerekli olduğunu, verimlilik karnesinin hasta memnuniyetini artırdığı, hizmet kalitesini artırdığı ve hastanelerin kurumsal performansını artırmasında oldukça etkili olduğunu düşündüklerini söyleyebiliriz.

Yine hastane yöneticileri, verimlilik karnesi uygulamasının, hastanelerde kaynakların verimli kullanılmasını sağladığı, hizmet süreçlerindeki verimsizliği azalttığı ve daha iyi sağlık çıktıları elde etmemizi sağladığı ifadelerine yüksek katılım göstermişlerdir. Bu sonuçlardan hastane yöneticilerinin hastanelerde verimlilik ile ilgili göstergelerin takip edilmesi açısından verimlilik karne uygulamasına önem verdikleri görülmektedir.

h. Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesinin hastane performansına etkisinin belirlenmesi amacı ile oluşturulan kurumsal performans algısı ölçeğindeki boyutlara verdikleri yanıtların ortalamaları, finansal boyut $\bar{x}=3.30$, müşteri boyutu $\bar{x}=3.43$, süreç boyutu $\bar{x}=3.47$ ve öğrenme ve gelişme boyutuna $\bar{x}=3.41$ ortalama ile yanıtladıkları görülmektedir. En düşük ortalama finansal boyut ve en yüksek ortalama süreç boyutuna verilmiştir. Diğer bir ifade ile yöneticilere göre verimlilik karne uygulaması hastanelerde, en çok süreç ve müşteri boyutlarına etki etmekte, finansal boyuta ise daha az etki etmektedir.

Finansal boyutta; yöneticilerin en yüksek katılım stok devir hızımız arttı ifadesi ortalama $\bar{x}=3.56$ ve en düşük katılım hastanemizin karlılığı arttı ($\bar{x}=3.01$) ve hastane giderlerimiz azaldı ($\bar{x}=3.10$) ifadesidir.

Süreç boyutunda en yüksek katılım, etkin stok yönetimi ile kayıp-kaçak oranları azaldı ($\bar{x}=3.67$) ifadesi, en düşük katılım ise hasta sayılarımız arttı ($\bar{x}=3.34$) ifadeleridir. Yöneticilerin % 65'i etkin stok yönetimi ile tıbbi malzemelerde etkin stok yönetimi sayesinde kayıp-kaçak oranlarında azalma olduğunu belirtmiştir.

Müşteri boyutunda; en yüksek katılım verimlilik karnesi uygulaması sonucunda hasta memnuniyet oranlarımız arttı $\bar{x}=3,69$ ve en düşük katılım $\bar{x}=3,19$ ortalama ile pazar payımız arttı ifadeleridir. Çalışan memnuniyet oranımız arttı ifadesine 3.26 ortalama ile orta düzeyde katılım sağladıkları görülmektedir. Hastane yöneticilerinin % 50'si verimlilik karnesinin hasta şikâyetlerinde azalma sağladığını, % 64'ü hasta güvenliğine ilişkin uygulamaları artırdığı ifadesine katıldıkları görülmüştür. Yöneticilerin % 67'si verimlilik karne uygulamasının pazar payının artmasına etkisi olmadığını düşünmektedir.

Öğrenme ve gelişme boyutunda; en yüksek katılım hizmet içi eğitim alan personel oranımız arttı ($\bar{x}=3,70$) ve en düşük katılım çalışan devir hızımız azaldı ($\bar{x}= 3,11$) ve bilimsel yayın oranımız arttı ($\bar{x}=3,15$) ifadeleridir. Bu gösterge, verimlilik karnesinde yer alan hizmet içi eğitimler başlığına yönelik eğitimlere önem verdikleri görülmektedir.

Yöneticiler verimlilik karnesinin çalışanların performansını artırdığı ifadesini düşük katılımı ($\bar{x}=3,49$) cevapladıkları, bu sorunun kurumsal performans algısındaki karşılığı olan “verimlilik karne uygulaması ile çalışan memnuniyet oranımız arttı” ifadesine de

düşük ortalama (3,26) ile yanıt verdikleri görülmüştür. Diğer bir ifade ile yöneticilerin büyük çoğunluğuna göre verimlilik karnesinin çalışan performansı ve memnuniyetine etkisi azdır.

Bununla birlikte hastane yöneticilerinin, “verimlilik karnesi yöneticilerin performansının artmasını sağlar ifadesine yüksek katılım ile cevapladıkları görülmektedir. Yöneticilerin % 78.8’i verimlilik karnesinin yöneticilerin performansını artırdığını düşünmektedir.

Hastane yöneticilerinin kurumsal performans algısına yönelik sorulara verdikleri yanıtların ortalamalarının, stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısı ortalamalarından düşük olduğu görülmüştür.

Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesinin kurumsal performansa etkisine yönelik ifadelere düşük ortalama ile cevaplamış olmalarının nedeni, verimlilik karne uygulamasının performans göstergelerine etkisi araştırıldığından, performans göstergeleri üzerinde başka birçok faktörün etkili olması nedeni ile doğrudan verimlilik karne uygulamasının performans göstergeleri üzerinde etkisinin az olduğu ile açıklanabilir. Örneğin yatak doluluk oranının istenilen seviyeye getirilmesi, stok devir hızının artırılması gibi göstergelerin verimlilik karne uygulaması ile dolaylı olarak iyileştirilmesi sağlanabilir. Burada verimlilik karne uygulaması bir kontrol aracı olarak kullanılarak bu performans göstergelerinin durumu hakkında bilgi elde edilir. Amaç ve hedefe göre kontrol işlemleri yapılarak hastane yöneticilerinin sorumluluğunda gerekli önlemlerin alınması sağlanır. Bu önlemler arasında, örneğin yatak doluluk oranının artırılması için doktorların teşvik edilmesi ve hasta yatırımlarının sağlanması, yeterli hasta yatıran doktora döner sermayeden ödül verilmesi, stok devir hızının artırılması için depo takip sisteminin etkin kullanımı ve takibi, personelin bilgilendirilmesi, ödüllendirme gibi mekanizmaların kullanılması gibi işlemler sayılabilir. Burada verimlilik karne uygulamasının süreçlere etki ederek performans göstergelerinde dolaylı olarak iyileşmeyi sağlayıcı etkisi olduğunu söyleyebiliriz.

1. Verimlilik karnesinin stratejik yönetim ile bağlantısı bakımından değerlendirilmesinde, kamu hastaneleri stratejik planında (Ek-4) yer alan hedeflerin birçoğuna ait performans göstergelerinin verimlilik karne uygulaması ile takip edildiği görülmektedir. Stratejik planda yer alan amaçları gerçekleştirmek için belirlenen hedeflere 2018 yılı sonunda

ulaşılması öngörülmektedir. 2018 yılı sonunda stratejik plan değerlendirmesi yapılmalı, hedeflerle ilgili performans göstergelerine ilişkin sonuçlar değerlendirilmeli, kamuoyu ile paylaşılmalıdır.

Özetle genel olarak şu sonuçlara ulaşılmıştır;

Hastane yöneticilerinin stratejik yönetim algıları ile verimlilik karne uygulaması algısı arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

- Hastane yöneticilerinin verimlilik karne uygulaması algısı ile verimlilik karnesinin kurumsal performansa etkisine belirlemeye yönelik oluşturulan kurumsal performans algısı arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

- Hastane yöneticilerinin büyük çoğunluğu verimlilik karnesini stratejik yönetim aracı olarak görmektedirler. Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik yönetim algılarının oldukça yüksek olduğu, stratejik davranışları ile ilgili olarak ta yöneticilerin, verimlilik karnesi sonuçlarını takip ettikleri ve kullandıkları, kurumsal performans hedefi için çalışanları teşvik ettikleri anlaşılmıştır. Bu algının verimlilik karnesi ile ilgili eğitim alan yöneticilerde daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Yöneticilerin verimlilik karnesi uygulamasına yönelik algı ortalamaları $\bar{x}=3.76$ ile yüksek çıkmıştır. Diğer bir ifade ile yöneticilerin büyük çoğunluğu verimlilik karnesinin etkililik, verimlilik, hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi ve şeffaflık sağlamada önemli rolü olduğunu düşünmektedir.

- Verimlilik karnesinin hastanenin kurumsal performansına etkisine yönelik kurumsal performans algısı ölçeğine yönelik ifadeler yöneticilerin $\bar{x}=3.41$ ortalama ile orta düzeyde katılım sağladıkları görülmüştür. Yöneticilerin verimlilik karnesinin hastane kurumsal performansına etkisine ilişkin yüksek ortalama ile cevaplanan ifadeler göre, verimlilik karne uygulaması ile birlikte, stok devir hızının arttığı, borç ödeme gün süresinin azaldığı, malzemede kayıp kaçak oranının azaldığı, hasta bekleme sürelerinin azaldığı, hasta memnuniyetinin arttığı ve hizmet içi eğitim alan personel sayısının arttığı anlaşılmaktadır.

- Kurumsal performans algısı devlet hastanelerinde daha yüksek bulunmuştur. Hastane türü bakımından devlet hastanelerinde görev yapan yöneticilerin verimlilik karne uygulaması ile ilgili kurumsal performans algısı sıra ortalaması, eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapan yöneticilerden daha yüksek bulunmuştur. Diğer bir ifade ile devlet hastanelerindeki yöneticiler, verimlilik karnesi uygulamasının devlet hastanelerinde kurumsal performans göstergelerine etkisinin daha fazla olduğunu düşünmektedir.

- Yatak sayısı bakımından 400 yatak ve üzeri hastanelerde görev yapan yöneticilerin hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi algısı diğer yöneticilerden daha düşük bulunmuştur. Bu durumun bu hastanelerin eğitim ve araştırma hastanesi olma özelliğinden kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmiştir (Bkz. s,197).

- Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi stratejik yönetim algısı ve verimlilik karne uygulaması algısına yönelik ifadelerle yüksek katılım gösterdikleri görülmüştür. Ancak verimlilik karnesi uygulamaları sonucu verimlilik karnesinin hastanenin kurumsal performansına etkisine yönelik balans skor kart modeline göre oluşturulan kurumsal performans ölçeğindeki ölçütlere yönelik ifadelerle düşük ortalama ile orta düzeyde katılım sağladıkları görülmüştür.

- Araştırmaya katılan yöneticilerin büyük çoğunluğu, verimlilik karnesinin hastanelerinin güçlü ve zayıf yanlarının görülmesini sağladığı, hastanelerin genel durumu hakkında yöneticilere yol gösterdiği, hastanelerde ölçme ve raporlama sistemi oluşturduğu, verimlilik karnesinin aynı zamanda geribildirim aracı olarak hastanenin performans göstergelerine ilişkin geri bildirim sağlayarak kurumsal hedeflerden sapmayı önlemeyi sağladığını belirtmiştir. Yine yöneticilerin büyük çoğunluğu verimlilik karnesinin kurumsal stratejik hedeflere ulaşmayı kolaylaştırdığı ve üst kurum tarafından da hastanelerin kurumsal performansın takip edildiğini belirtmiştir.

- Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi ile ilgili stratejik yönetim algıları ve verimlilik karne uygulamasına yönelik algı ortalamaları yüksektir. Bunun nedeni verimlilik karnesinin kurumsal etkisi ile açıklanabilir. Çünkü hastane verimlilik karnesi puanı aynı zamanda hastane yöneticilerinin performans puanı anlamına gelmekte diğer

hastane idarecilerinin de karne puanı verimlilik karnesi aracılığı ile hesaplanmaktadır. Bu nedenle hastane yöneticileri verimlilik karnesine önem vermektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda yapılabilecek öneriler aşağıda sunulmuştur.

1. Araştırma sonucuna göre hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi stratejik yönetim algıları yüksek olduğundan, hastane yöneticileri verimlilik karnesini stratejik yönetim aracı olarak görmektedir diyebiliriz. Yöneticilerin büyük çoğunluğu verimlilik karne uygulamasını hastaneler için olumlu ve yararlı bulmaktadır. Bu nedenle üst kurumun hastaneler için belirlenen hedeflerini gerçekleştirmeleri için yöneticilerin bu süreçte daha aktif rol almalarını ve çalışan katılımını sağlamaları halinde, hastanelerin kurumsal performans hedeflerine ulaşması daha kolay olacaktır.
2. Hastane yöneticilerinin verimlilik karnesi eğitimi almaları ve karne ile ilgili beklentiler, karne uygulamasının yararları gibi konularda üst yönetim desteği gerekmektedir. Hastane yöneticilerine karne ile ilgili eğitim verilmelidir. Çünkü karne eğitimi aldığını belirten yöneticilerde, hem verimlilik karnesi ile ilgili stratejik davranışlar hem de verimlilik karnesi uygulamasına ilişkin algı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu durum üst kurumun stratejik amaç ve hedefleri doğrultusunda hastanelerde kurumsal hedeflerin gerçekleştirilmesi için büyük avantaj sağlayabilir. Bu sayede hastane yöneticileri aracılığı ile hastanelerde verimlilik karnesini daha etkin kullanmak mümkün olacaktır.
3. Verimlilik karne uygulaması algısından çıkan bir sonuçta, verimlilik karnesinin çalışan performansına ve memnuniyetine etkisinin oldukça düşük olduğudur. Yöneticiler tarafından verilen yanıtlarda verimlilik karnesinin çalışan performansına ve memnuniyetine etkisine yönelik sorulara verilen yanıtların ortalaması düşüktür. Verimlilik karnesi kurumsal performansın iyileştirilmesini hedeflemektedir. Bu nedenle kurumsal performansın iyileştirilmesi ancak çalışanların süreçlere dahil edilmesi ile mümkündür. Çalışanların etkin katılımı olmadan uygulamaların başarılı olması oldukça zordur. Bu nedenle verimlilik karnesinin daha etkin uygulanması için çalışanlara katkı sağlayacak yapıda olması gerekmektedir. Verimlilik karne uygulaması ile ilgili yapılacak düzenlemelerde çalışanlar ile ilgili özendirici uygulamaların hayata geçirilmesi gerekmektedir.

4. Verimlilik karnesi şeffaflık sağlamalı, verimlilik değerlendirme sonuçları paydaşlar ile paylaşılmalı ve yöneticilerin performansa göre görevlendirilmesine özen gösterilmelidir. Yöneticilerin büyük çoğunluğu yöneticilerin görevlendirilmesinde performansın dikkate alınmadığını belirtmiştir. Verimlilik karnesi uygulamasında hastanenin genel başarı puanı yöneticinin başarı puanı olarak kabul edilmektedir. Bu sistemin kuruluş amaçlarından birisi de başarılı yöneticinin görevine devam ettirilmesidir. Ancak hastane yöneticilerinin yanıtlarından performansın çok dikkate alınmadığı anlaşılmaktadır. Bu nedenle şeffaflık ve sürdürülebilirlik için performansı puanı yüksek yöneticilerin yeniden görevlendirmelerde öncelikli olarak değerlendirilmesi ve görevlendirilmesi yararlı olacaktır.
5. Kurumların stratejik planları, alt birimleri için hedef niteliğindedir. Bu nedenle verimlilik karnesindeki performans ölçütlerinin kurumsal stratejik planda yer alan hedeflerine ulaşp ulaşmadığı kontrol edilmeli ve sonuçlar paydaşlarla paylaşılmalıdır.
6. Kurumsal performansın iyileştirilmesi bütüncül bir anlayış ile ele alınmalı, yönetimin her aşamada kontrolü ve desteği olmalı, çalışan katılımı sağlanmalı, stratejik amaçlar ölçülebilir performans göstergelerine bağlanmalıdır.
7. Verimlilik karnesindeki performans ölçütlerinin balans skor kart yaklaşımına göre yeniden düzenlenmesi, verimlilik karnesi oluşturulurken yararlanılan bu yaklaşım anlamında daha bilimsel çerçeveye oturması açısından önemli olacaktır. Kurumlar için amaç ve hedeflere göre önemli performans ölçütleri seçilmeli, kritik performans göstergelerine önem verilmelidir.
8. Bu araştırmada verimlilik karne uygulamasının hastane yöneticileri tarafından nasıl algılandığı ve verimlilik karnesinin hastane performansına etkisi hastane yöneticilerinin sübjektif değerlendirmelerine göre yapılmış ve bu sonuçlardan belirli yargılara ulaşılmıştır. Örneğin stok devir hızımız arttı, hasta bekleme sürelerimiz azaldı, çalışan memnuniyet oranımız arttı vb. ölçülebilen ifadeler için hastanelerden elde edilecek verilerdeki ölçüm sonuçları kullanılarak bu araştırmadan elde edilen yöneticilerin öznel değerlendirme sonuçları ile karşılaştırılması daha anlamlı olacaktır. Gelecekteki araştırmalarda araştırmadaki verilerden yararlanılarak, verimlilik karnesi uygulaması ile ilgili hastane yöneticilerinin algısal değerlendirmelerine göre yüksek

ortalama ile yanıt verilen performans göstergelerinin hastanelerdeki nicel ölçüm sonuçları üzerinden değerlendirmesi yapılarak verimlilik karnesi uygulaması ile birlikte kurumsal performans göstergelerinde oluşan etkinin belirlenmesi oldukça yararlı olacaktır.



KAYNAKÇA

- Aguinis, H. (2013). *Performance Management*. (Third Edition). Kelley School of Business Indiana University, Pearson.
- Akal, Z. (2011). *İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi: Çok Yönlü Performans Göstergeleri*. (7. Basım). Milli Prodüktivite Merkezi. Ankara: Mattek Matbaacılık. Yayın No. 473.
- Akan, Y. ve Çalçamur, G. (2011). “Etkinliğin Hesaplanmasında Veri Zarflama Analizi ve Stokastik Sınır Yaklaşımı Yöntemlerinin Karşılaştırılması”. *Atatürk Ü. İİBF Dergisi*, 10. Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu Özel Sayısı.
- Akdağ, R. (2007). “Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeli”, Ateş, H., Kırılmaz, H., ve Aydın S., (Editörler). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*. Ankara: Asil Yayınları.
- Akdağ, R. (2012). *Sağlıkta Dönüşüm Programı-Değerlendirme Raporu 2003-2011*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Altan, Y. (2005). *Türk Kamu Personel Yönetiminde Performans Değerlemesi Sistemi ve Çağdaş Bir Model Önerisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Isparta.
- Annear, P. L. (2001). “Healthy Markets–Healthy People? Reforming Health Care in Cambodia”. *School of Health Sciences*, Darkin University, Burwood.
- Armstrong, M. (2000). *Performance Management: Key Strategies and Practical Guidelines*. Kogan Page Publishers, U.S.A.
- Arslan, A. (2002). “Kamu Harcamalarında Verimlilik, Etkinlik ve Denetim”. *Maliye Dergisi*, Sayı, 140.
- Arslan, E. (2011). “Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması”. *Maliye Dergisi*, Sayı. 160, Ocak -Haziran 2011.
- Asandului, L. Roman, M. and Fatulescu, P. (2014). “The Efficiency of Healthcare Systems in Europe: A Data Envelopment Analysis Approach”. *Procedia Economics and Finance*, 10, 261-268.
- Ateş, H. (2007). “Kavramlar Tartışmalar ve Genel Çerçeve”, Ateş, H., Kırılmaz, H., ve Aydın, S. (Editörler). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*. Ankara: Asil Yayınları.
- Ateş, H. ve Kırılmaz, H. (2015). “Sağlık Personelinin Performans Yönetimine İlişkin Görüşleri Üzerinde Kişisel Faktörlerin Etkileri”. *Amme İdaresi Dergisi*, 48 (4), 97-128.
- Atılğan, E. (2016). “Kamu Hastaneleri Birlikleri Performans Ölçüm Yöntemi Üzerine Bir Değerlendirme”. *International Journal of Human Sciences*, 13(1), 695-712.

- Aydın, S. ve Demir, M. (2006). *Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*. Sağlıkta Dönüşüm Serisi – 2, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Aydın, S. (2007). “Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Anlayışına Geçiş”, Ateş, H., Kırılmaz H. ve Aydın S., (Editörler). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*. Ankara:Asil Yayınları, s.252-277.
- Bakırer, A. (2016). *663 sayılı KHK’nin Devlet Hastanelerinin Verimliliklerine Olan Etkisinin Veri Zarflama Analizi İle Ölçümü*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Bal, V. (2010). *Bilgi Sistemlerinin Sağlık İşletmeleri Performansına Etkilerinin Veri Zarflama Analizi İle Ölçümü: Türkiye’deki Devlet Hastanelerinde Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Doktora Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Isparta.
- Banker, R. D, Chang, H. and Pizzini, M. J. (2004). “The Balanced Scorecard: Judgmental Effects of Performance Measures Linked to Strategy”, *The Accounting Review*, 79(1):1-23 .
- Barutçugil, İ. (2002). *Performans Yönetimi*, İstanbul:Kariyer Yayıncılık.
- Barutçugil, İ.(2004). *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi*, 1. Baskı, Kariyer Yayıncılık iletişim, İstanbul.
- Başaran, İ. E. (2000). *Yönetim*. (3. Basım) Ankara: Umut Yayımlar Dağıtım.
- Berg, M., Meijerink, Y. Gras, M, Goossensen, A. Schellekens, W. Haeck, J. Kallewaard, M. and Kingma, H, (2005) “Feasibility First: Developing Public Performance Indicators Onpatient Safety and Clinical Effectiveness for Dutch Hospitals”. *Health Policy*, 75, 59–73.
- Berger, H. S. (2004). “10 Ways to Improve Healthcare Cost Management”. *Healthcare Financial Management*, 58 (8), 76-80.
- Beylik, U. (2009). *Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Karlılık-Verimlilik Analizleri ve Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Birinci, M. (2012). *Türkiye’de Üniversitelerin Stratejik Yönetim Uygulamalarının Kurumsal Performansa Etkileri: Devlet ve Vakıf Üniversitelerinin Karşılaştırmalı Analizi*. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul.
- Bekmezci, M., (2008). *Türk İşletmelerinin Balanced Scorecard Yöntemi Açısından Altyapı Uygunluğunun Değerlendirilmesi*. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi. s.79, Kocaeli.
- Borman, W. C. (2004). “The Concept of Organizational Citizenship”. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 238–241.

- Bourne, M., and Bourn P. (2011). *Handbook of Corporate Performance Management*, Page 2. Publisher Wiley.
- Bourne, M., Franco, M. and Wilkes, J. (2003). "Corporate Performance Management", *Measuring Business Excellence*, 7 (3),15-21.
- Caldwell, C. M. (2002). *Performance Management: EBook Edition*, American Management Association. AMACOM.
- Castaneda-Mendez K., Mangan K., Lavery A.M. (1998), "The Role and Application of Balanced Scorecard in Healthcare Quality Management". *JHQ Continuing Education Article*, 20 (1), ss. 10-13.
- Catuogno, S., Arena, C. Saggese, S., and Sarto, F. (2017). "Balanced Performance Measurement In Research Hospitals: The Participative Case Study of A Haematology Department". *BMC Health Services Research*, 17:522. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2479-6>.
- Chen, C. M., Hong, M.C., Hsu, Y.H., (2007). "Administrator Self-Rating of Organization Capacity and Performance of Healthy Community Development Projects in Taiwan". *Public Health Nursing*, 24 (4), 343-354.
- Chen, X.Y., Yamauchi K, Kato K, Nishimura A, Ito K., (2006). "Using The Balanced Scorecard to Measure Chinese and Japanese Hospital Performance", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(4), 339-350.
- Cihangir, E. (2009). *Kurumsal Performans Yönetimi ve JCI Belgeli Özel Hastanelere Yönelik Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Doktora Tezi. T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Coşkun, A. (2005). *İşletmelerde Performans Yönetimi: Bir Yönetim Muhasebesi Aracı Olarak Performans Karnesi*. T. C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İstanbul.
- Coşkun, A. (2006). "Stratejik Performans Yönetiminde Performans Karnesi Kullanımı: Türkiye'deki Sanayi İşletmeleri Üzerine Bir Araştırma". *MÖDAV Muhasebe Bilim Dünyası Dergisi*, 8 (1), 27-153.
- Curtright, J. W., Stolp-Smith, S. C, Edell, E.,S. (2000). "Strategic Performance Management:Development of a Performance Measurement System at the Mayo Clinic". *Journal of Healthcare Management*, 45 (1), 58-68.
- Çağlar, V. (2012). *Türk Özel Limanlarının Etkinlik ve Verimlilik Analizi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Çakmak, M., Öktem, M.K. ve Ömürgönülşen U. (2009). "Türk Kamu Hastanelerinde Teknik Verimlilik Sorunu: Veri Zarflama Analizi Tekniği ile Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kadın Doğum Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Ölçülmesi". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12 (1), 1–36.

- Çarıkçı, H. İ., ve Alparslan, M.,A. (2014). “Strategic Management Journal’da Yayımlanmış Performans İçerikli Makalelerin, Performans Boyutları ve Ölçütleri Açısından Analizi”, *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, (29), 64-85.
- Çelik, Y. (2007) “Sağlık Çalışanlarının Ücretlendirilmesinde Kullanılan Mevcut Ödeme Yöntemleri ve Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemlerinin Önemi”., Ateş, H., Kırılmaz, H ve Aydın, S., (Editörler). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*, Ankara: Asil Yayınları, s. 151.
- Çevik, H.H. (2007). “Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Performans Yönetimi”, Ateş, H., Kırılmaz, H ve Aydın, S., (Editörler). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*, Ankara: Asil Yayınları, s. 151.
- Çevik, H. H., Turgut, G., Veysel, K. B., Muhittin, K., Kazım, S. ve Kenan G. (2008). *Kamu Kurumlarında Performans Yönetimi*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Çınar, F. (2014). *Şeffaflık ve Hesap Verilebilirlik İlkelerinin Özel ve Kamu Hastanelerinde Uygulanabilirliğinin Kurumsal Performans Üzerine Etkisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çınaroğlu, S. Şahin, B. (2012). “Yönetici Değerlendirmelerine Göre Hastanelerde Performans Ölçümü”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15 (1).
- Davis, P. Milne, B. Parker, K. Hider, P. Yee R.L. Cumming, J. and Graham, P. (2013). “Efficiency, Effectiveness, Equity (E³). Evaluating Hospital Performance in Three Dimensions”. *Health Policy*, 112 (1-2), 19-27.
- Demir, C. ve Yılmaz, M. K. (2010). “Stratejik Planlama Süreci ve Örgütler Açısından Önemi”. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25 (1) 69-88.
- Demir, İ. B. (2015). *Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçları Bilgi ve Kullanım Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı.
- Doğan, N.Ö. ve Gencan, S. (2014). “VZA/AHP Bütünleşik Yöntemi İle Performans Ölçümü: Ankara’daki Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Uygulama”. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16 (2): 88–112.
- Doğan, S, ve Kaya, S. (2004). “Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:7, Sayı:1.
- Döğücü, Ş. ve Sayım, F. (2009, 19-21 Mart). “Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı: Kocaeli Örneği”. *Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi*, Antalya.
- Drucker, F. P., (1994). *Etkin Yöneticilik*, (Çev. Özden, A., Tunalı, N.), 2. Baskı, İstanbul: Eti Kitapları, 44.
- Edwards, J., (2001). “ERP Balanced Scorecard and IT: How Do They Fit Together?”. *Journal of Corporate Accounting & Finance*, John Wiley & Sons, Inc., p. 3-12.
- Efil, İ., (2006). *Yönetim ve Organizasyon*, İstanbul:Alfa Aktüel Yayınları, s.353.

- Esatoğlu, E. (2005), “Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi ve Akreditasyon Sistemi”. *SB Diyalog Dergisi*, 42-53.
- Esatoğlu, E.A. (2007). “Hastanelerde Performans Yönetimi”. Ateş, H., Kırılmaz, H ve Aydın, S., (Editörler). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*, Ankara: Asil Yayınları, s. 358-409.
- Falcone, P. (2007). “Big Picture Performance Appraisal”. *HR Magazine*, August, p. 97.
- Gencay, İ.C. (2010). *Kurumsal Performans Değerleme ve Termal Turizm İşletmelerinde Kurumsal Performans Karnesi Oluşturulmasına Yönelik Model Önerisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. T.C. Gazi Osmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Tokat.
- Giannetto, D. F.,(2009). “Get Your Money’s Worth from Incentives”. *Business Performance Management*, 7 (June), 12.
- Ginsburg, L.S. (2003). “Factors That Influence Line Managers Perceptions of Hospital Performance”. *Health Services Research*, 38(1), 261-286.
- Gök, M.Ş. (2012). *Veri Zarflama Analizi ile Türkiye Hastanelerinin Verimlilik Değerlendirmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Kocaeli.
- Greener, I. (2003). “Performance in the National Health Service: The Insistence of Measurement and Confusion of Content”. *Public Performance & Management Review*, 26, 237–250.
- Günaydın, D. (2011). “Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları”. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 60 (1), 323–365.
- Güran, M. C., Kahveci, E. ve Oyman, S.(2015) “Performans Ölçümünde Dengeli Sonuç Kartı Uygulaması” *Dergipark Akademik*, Cilt 0, Sayı 1, 55 – 85.
- Halis, M. ve Tekinkuş, M. (2003), “Kamuda Performans Yönetimi”. Balcı, A, Nohutçu, A, Öztürk, N. K. ve Coşkun, B, (Editörler) *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Dünya ve Türkiye Yansımaları*, Ankara. Seçkin Yayıncılık, s. 169-201.
- Hayit, A. Erkan, S. ve Ekşioğlu, M. (2009, 19-21 Mart). “Sağlıkta Performansa Dayalı Ödemelerin Hastane Harcamaları Ve Döner Sermaye Finansmanına Etkileri Üzerine Bursa Devlet Hastanesinde Yapılan Bir Çalışma”. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*, Editör: Kırılmaz, H. Bildiriler Kitabı, Cilt 3. Antalya.
- İnternet: Akalın, E., “Sağlık Hizmeti Sunumunda Performans Değerlendirmesi”, Web: <http://www.sdplatform.com/Dergi/370/Saglik-hizmeti-sunumunda-performans-degerlendirmesi.aspx> adresinden 02.04.2018 tarihinde alınmıştır.
- İnternet: Aktan, C., C. (2008). “Stratejik Yönetim ve Stratejik Planlama”, Web: <http://www.ceis.org.tr/dergiDocs/makale132.pdf> adresinden 05 Ocak 20018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Asunakutlu, T. “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”.

Web: <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf> adresinden 02 Aralık 2017’de alınmıştır.

İnternet: Bergeron, B., (2006) *Performance Management in Healthcare: From Key*

Performance Indicators to Balanced scorecard

https://books.google.com.tr/books?id=sJEwBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false adresinden 18 Aralık 2017 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Büyük, K. ve Barca, M. (2015). “Kamu Örgütlerinde Stratejik Performans

Yönetim Aracı Olarak Kurumsal Başarı Karnesi’nin Kullanımı”, Web: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/55682> adresinden 15 Ocak 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Chan, C.,L. and Ho, S. J. K. (1999). “The Use of Balanced Scorecard in Canadian Hospitals,” web:

https://www.researchgate.net/publication/253595848_the_use_of_balanced_scorecard_in_canadian_hospitals adresinden 04 Mart 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Hibbard, J. H., Stockard, j. and Tusler, M., (2005). “Hospital Performance Reports: Impact On Quality, Market Share, And Reputation” Web:

<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.24.4.1150> adresinden 09 Haziran 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Holzer, M. and Yang, K. (2004). “Performance Measurement and Improvement: an Assessment of the State of the art”. *International Review of Administrative Sciences*. 70, 15.

Web:<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020852304041228> adresinden 28 Nisan 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Jiang, Y. Z. (2011). “The Design of Performance Management System in H Hospital” Web:

<https://search.proquest.com/pqdtglobal/docview/1874396510/34224A9E7EFC4D8CPQ/2?accountid=11054#center> adresinden 15 Nisan 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: JCAHO, (2018). About us,

https://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx adresinden 02 Mart 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Kalder, (2018). Efom Mükemmellik Modeli

Web: http://www.kalder.org/efqm_mukemmellik_modeli adresinden 02 Nisan 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Karaman, R.,(2008). “İşletmelerde Performans Ölçümünün Önemi ve Modern Bir Performans Ölçme Aracı Olarak Balanced Scorecard” web: Web:

<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/289394> adresinden 16 Mart 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge

(2012).https://www.khgm.saglik.gov.tr/DB/19/747_DB_19_verimlilik-degerlendirmesi-hakkinda-yonerge

adresinden 07 Aralık 2017 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Koçgil D. O. Beyan T, Baykal N. (2009). “Sağlık Bakımı Performans Ölçümü İçin Bir Karşılaştırma Aracı Önerisi ve Türkiye Sağlık Bakım Sistemine Uygulanması”

Web:https://www.researchgate.net/publication/261071219_Saglik_Bakimi_Performans_Olcumu_Icin_Bir_Karsilastirma_Araci_Onerisi_A_Framework_Proposal_for_Health_Care_Performance_Measurement_and_its_Application_to_National_Health_Care_System adresinden 26 Mayıs 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Lutwama, G.W. J Roos, J.H. and Dolamo, B.L. (2013). “Assessing The Implementation of Performance Management of Health Care Workers in Uganda”, BMC Health Serv Res. 2013; 13: 355.

Web:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3849262/> adresinden 22 Nisan 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Moynihan, D. P. (2008). *The Dynamicsof Performance Management. Constructing Information and Reform*. Washington D.C.:Georgetown University Press. p.26-32. Web: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/gazi-ebooks/detail.action?docID=547813&query=moynihan> adresinden 08 Nisan 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Nerenz, D. and Neil, N. (2001). “Performance Measures for Health Care Systems”, Web:<http://www.hret.org/chmr/resources/cp19b.pdf> adresinden 03 Mart 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Nyland, K. and Pettersen, I. J., (2004). “Performance Management and Measurement Concepts for Better Management Control in Public Hospitals?” Web:https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30307/1/HORN_2004_5.pdf adresinden 02 Nisan 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Öztürk, S. (2012). “İstatistiksel Regresyon Yöntemlerinin Farklı Veri Gruplarına Uygulanması Üzerine Bir Analiz” GÜFBED/GUSTIJ (2012) 2 (2):55-67, Web: <http://harpak.dergipark.gov.tr/download/article-file/84020> adresinden 04 Nisan 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Öncer, M. (2013). “İşletmelerde Verimlilik ve Kalite Geliştirme Teknikleri” <http://www.giv.org.tr/userfiles/files/verimlilik%20ve%20Kalite%20..pdf> adresinden 11 Kasım 2017’de alınmıştır.

İnternet: Paladino, B. (2007). *Five Key Principles of Corporate Performance Management*, Web:http://www.untagsmd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/PERFORMANCE%20MANAGEMENT%20Five%20key%20principles%20of%20corporate%20performance%20management.pdf adresinden 15 Nisan 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Roberts, M.J, Hsiao, W., Berman, P. and Reich, M.,R. (2002). *Getting Health Reform Right*. Web: http://behdasht.gov.ir/uploads/291_1623_Getting%20Health%20Reform%20Right.pdf adresinden 04 Mayıs 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hizmet Kalite Standartları, Web: http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm adresinden 04 Nisan 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Smith P. C., Mossialos E. and Papanicolas I., (2008). “Performance Measurement For Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects”. Web: <http://www.who.int/management/district/performance/PerformanceMeasurementHealthSystemImprovement2.pdf> adresinden 04 Nisan 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Tarcan, M. (2006). “Sağlık Kurumlarında Performans Ölçüm Kriterleri: Gözden Geçirme ve Araştırma Önerileri” Web: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/329562> adresinden 04 Ocak 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: TKHK, (2014). Stratejik Plan 2014-2018. Web: <https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/ac3ff77aab39419b8b399d0b19d98848.pdf> adresinden 08 Aralık 2017 tarihinde alınmıştır.

İnternet: TKHK, (2012). Verimlilik Modeli- Ön Çalışma Raporu1, Web: https://www.khgm.saglik.gov.tr/DB/19/747_DB_19_verimlilik-modeli-on-calisma-raporu adresinden 02 Nisan 2018 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Turunç, Ö. (2015). “Stratejik Yönetim Örgütsel Performans İlişkisinde Kişi-Örgüt Uyumunun Rolü, Dergi park Akademik”, Web: <http://dergipark.gov.tr/download/issue-file/2646> adresinden 14 Eylül 2018 tarihinde alınmıştır.

Kahz, D. and Kahn, L.R., (1966). *The Social Psychology of Organization*. New York: John Wiles and Sons, p.161.

Kaplan, R. S. and Norton, D. P. (1992). “The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance”. *Harvard Business Review*, (January-February): 71-79.

Kaplan, R. S. and Norton, D. P. (1996). *Translating Strategy into Action: The Balanced Scorecard*. Harvard Business School Press, Boston,

Kaplan, R.S. and Norton, D. P. (2007). *Balanced Scorecard. Şirket Stratejisini Eyleme Dönüştürmek*. (Çev. Egeli, S.) İstanbul: Sistem Yayıncılık, Dördüncü Baskı. (Eserin orijinali 1996’da yayımlandı).

Karasoy, H. A. (2014). “Türk Kamu Yönetiminde Performans Yönetimine Bir Bakış” *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 10 (22).

Karsavuran, S. (2013). “Stratejik Değerlendirme ve Kontrol: Dengeli Puan Kartı’nın Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16 (2).

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. (Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 3.Baskı), Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, S. ve Saluvan, M. (2017). “Hastanelerde Performans Ölçümü”. *Verimlilik Dergisi*, sayı 4.

- Kaygusuz, S.Y. (2005). “Yönetim Muhasebesinin Performans Yönetimi Fonksiyonunda Geldiği Son Nokta: Balanced Scorecard (Ölçüm Kartı Tekniği)”. *“İş, Güç” Endüstri ilişkileri ve insan Kaynakları Dergisi*, 7 (1).
- Kırılmaz, H. (2012). *Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi: Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastaneler Örneği*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Koçel, T.,(2001). *İşletme Yöneticiliği*, İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Korkmaz, O. (2011). *Örgütsel Performansın Kurumsal Performans Karnesi Yöntemi İle Ölçülmesi: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Hastanesi Üzerine Yürütülen Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Zonguldak.
- Köseoğlu, Ö. (2005). “Belediyelerde Performans Yönetimi”. *Türk İdare Dergisi*, 211- 234.
- Köseoğlu, Ö. (2007). “Performans Yönetimi Uygulamalarında Ülke Deneyimleri”., Ateş, H., Kırılmaz, H ve Aydın, S., (Editörler). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*, Ankara: Asil Yayınları,s, 42-48.
- Kubalı, D. (1999). “Performans Denetimi”. *Amme İdaresi Dergisi*, 32 (1), Ankara.
- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M. ve Kerman, U. (2014). “Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme”. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 53–78.
- Lin, Z., Yu, Z. and Zhang, L. (2014). “Performance Outcomes of Balanced Scorecard Application in Hospital Administration in China”. *China Economic Review*, 30, 1–15.
- Martinez, V. and Radnor, Z. (2007). “Performance Measurement and Management Systems - Public and Private Sectors”. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 384.
- Nadzam, D. and Loeb, J. (1998). “Measuring and Improving the Performance of Healthcare Providers:Accreditation in the 21st Century”. *American Journal of Infection Control*, 26 (2), 126-135.
- Narlı, Y. (2009). *Sağlık Sektöründe Hasta Memnuniyetini Artırıcı Süreç İyileştirme Çalışmaları Üzerine Örnek Bir Uygulama: Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Niven, R. P. (2002). *Balanced Scorecard Step by Step: Maximizing Performance and Maintaining Results*, 2nd Edition, New York:John Wiley and Sons.
- Orhaner, E. (2006). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 3-11.

- Önder, B. (2013). *Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Aydın.
- Özalp, H., Baş S., Türkeli A. U. ve Egeli, Ü. (2008) "Sağlık Sektöründe Stratejik Yönetim Modeli Olarak Kurumsal Karne Uygulaması: Vakıf Gureba Hastanesi". 6. Sağlık Yönetimi Kongresi, Muğla, 79-95.
- Özcan, Y. A. (2008). *Health Care Benchmarking and Performance Evaluation. An Assessment using DEA*. Springer, USA.
- Özer, M. A. (2009). "Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü ve Değerlendirilmesi". *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 73, Nisan-Haziran, 3-29.
- Özgen, H. ve Tatar, M. (2007). "Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet-Etkililik Analizi ve Türkiye’de Durum". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2).
- Özgener, Ş. ve Küçük, F., (2008). "Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama". Selçuk Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:20, 543-560,
- Özgür, D. E. (2010). *Performans Yönetiminde Puan Kartı Yöntemi ve Bir Uygulama*. T.C. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri ilişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Öter, V. ve Südaş, H.D. (2017) "Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi: Devlet Hastanesi Üzerine Bir İnceleme". *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 21 (2), 43-57.
- Ötün, T. (2013). *Kamu Sağlık Sektöründe Stratejik Yönetim Sürecinde Performans Ölçümü ve Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Öztürk, K. ve Genç, M. (2007). "Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi ve Özel Hastane Uygulamaları", Hamza, A, Kırılmaz, H. ve Aydın, S. (Editörler). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*. Ankara: Asil Yayınları, s.488-498.
- Pakdil, F. (2007). *Sağlık Sektöründe Performans Ölçümü ve Yönetimi*. Ateş, H., Kırılmaz, H ve Aydın, S., (Editörler). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*, Ankara: Asil Yayınları.
- Pakdil, F. (2005, 28-30 Eylül.). "Hastanelerde Kurumsal Performans Yönetimine İlişkin Bir Model Önerisi". *Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi* (Uluslararası katılımı).
- Pearce, R. and Robinson, R. (2007). *Strategic Management: Formulation. Implementation and Control*. McGraw-Hill/Irwin.
- Pink, G. H, McKillop, I., Schraa, E.G., Preyra, C., Montgomery, C. and Baker, G.R. (2001). "Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System". *Spring*, 27(3):1-20.

- Prokopenko, J. (1987). *Verimlilik Yönetimi, Uygulamalı El Kitabı*, (Çev. Baykal, O. Atalay, N. Fidan E.), (7. Basım) Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, (Eserin orijinali 1987’de yayımlandı),Yayın No:476.
- Rahimi, H., Kavosi Z., Shojaei, P. and Kharazmi, E. (2017). “Key Performance Indicators In Hospital Based on Balanced Scorecard Model”. *J Health Man & Info*. 4(1):18.
- Rhom, H. (2002). *A Balancing Act, Perform*, Volume 2, Issue.2.
- Roest, P., (1997). “The Golden Rules For Implementing The Balanced Business Scorecard”. *Information Management & Computer Security*, 5(5)160-174.
- Sabuncuoğlu, Z. (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Bursa:Ezgi Kitabevi.
- Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, Akdağ, R. Aydın, S., Demirel, H. (Editörler). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Yayın No: 749, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2010). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Ankara. 34.
- Sağlık Bakanlığı (2011). *Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No : 887, SAGEM Yayın No : SB-SAG-2012-03 Baskı : OPUS Basım Yayın Ltd. Şti.Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2012). *Sağlıkta Yönetici ve Birim Performansı*. Erkoç, Y. Şencan, İ. Atasever, M. (Editörler). Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2016). *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane*. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-01). 2. Baskı, Ankara.
- Shukri, N. F. and Ramli, A (2015). “Organizational Structure and Performances of Responsible Malaysian Healthcare Providers: A Balanced Scorecard Perspective”. *Procedia Economics and Finance*, 28, 202–212.
- Songur, M., (1995). *Mahalli İdarelerde Başarı Değerlendirmesi*. İstanbul: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, s. 65.
- Sözen, S. (2005). *Teori ve Uygulamada Yeni Kamu Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Şahin İ, (1999). “Sağlık Kurumlarında Göreceli Verimlilik Ölçümü, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin İllere Göre karşılaştırmalı Verimlilik Analizi”. *Amme İdaresi Dergisi*, 32 (2).
- Şahin, İ. (2009). “Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına Devredilen SSK Genel Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Karşılaştırılmalı Analizi”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(1), 6.

- Şenol, O. ve Gençtürk, M. (2017). “Veri Zarflama Analiziyle Kamu Hastaneleri Birliklerinde Verimlilik Analizi”. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 4 (29), 265-286.
- Sink, D. Scott, Thomas C. Tuttle and Sandra J. Devries (2006); “Productivity Measurement and Evaluation: What is Available”. *National Productivity Review*, 3 (2), 265-287.
- Tanrıverdi, H., Adıgüzel, O. ve Çiftçi, M. (2010). “Sağlık Yöneticilerine Ait İletişim Becerilerinin Çalışan Performansına Etkileri: Kamu Hastanesi Örneği”. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(11).
- Tarcan, M., Tekingündüz, S., Ertong, G., Kavak, D. G., Karatas, S. T., Gül, Y. ve Mercan, F., (2009). *Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları*. Aydın, S., Demir, M., Güler, H., Tarhan, D., Demir, B., Kapan, S.H., (Editörler), Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayını. Ankara.
- Tarım, M., (2004). “Sağlık Organizasyonlarında Performans Ölçme ve Dengeli Puan Cetveli”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7 (2). 233-248.
- Tatar, M. (2009). “Sağlık Sisteminin Performansını Ölçme Süreci”, Ateş, H., Kırılmaz, H ve Aydın, S., (Editörler). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*, Ankara: Asil Yayınları, Ankara, s. 151.
- Tengilimoğlu D. ve Toygar, Ş.A. (2013). “Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2013 (1).
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M. ve Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, (7. Basım), Ankara: Nobel Yayınevi.
- TKHK, (2012). *Birlik Değerlendirme El Kitabı*, Verimlilik Daire Başkanlığı, Pozitif Matbaa, Ankara,
- TKHK, (2015). *Verimlilik Karne Uygulaması Rehberi*. İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı, Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı, Bakanlık Yayın No : 1008, Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık.
- Toprak, D. K. ve Şahin, B. (2013). “ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemlerinin Kamu Hastanelerinin Performansı Üzerine Etkisi”. *Amme İdaresi Dergisi*, 46 (3). 113 - 140.
- Türkiye Kalite Derneği-KALDER, (2015). “EFQM Mükemmellik Modeli Tanıtım Kitapçığı”. KalDer Yayınları, İstanbul.
- Uçkun, N. ve Şahin, Ü. (2016). “Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesinde Verimlilik Karnesi Uygulaması”. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (1), 370-383.
- Usta, A, (2012). “Kamu Örgütlerinde Kurumsal Karne Modeli ile Performans Yönetimi: Boyutlar ve Göstergeler”. *Amme İdaresi Dergisi*, 45 (1), 99-120.
- Uyargil, C., (2013). *Performans Yönetimi Sistemi Bireysel Performansın Planlanması Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi*. İstanbul: Beta Basım A.Ş.

- Uygur, A. (2009). “Çok Boyutlu Performans Değerleme Modeli Olarak Dengeli Başarı Göstergesi Uygulaması”. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 10 (1) 2009, 148-159.
- Ülgen, H. ve Mirze S. K. (2013). *İşletmelerde Stratejik Yönetim*. (7. Baskı). İstanbul: Beta Yayınları, 2-29.
- Vranboeg, K. Klenk, T. Appleby, J. and Gregory, S. (2017). “Accountability through Performance Management, Hospital Performance Management Schemes Denmark, Germany and England”. *The Routledge Handbook to Accountability and Welfare State Reforms in Europe*. (Ed.) Christensen T. and Loegreid P. Routledge,. First Published. Newyork.
- Waldman, D. A. (1997). “Predictors of Employee Preferences for Multirater and Group-Based Performance Appraisal”. *Group & Organization Management*, 22 (2), 264-287.
- White, K. R. and Griffith, J. R. (2010). *The Well Managed Healthcare Organization*. Chicago: Health Administration Press.
- Woodward, G., Manuel, D. and Goel, V. (2004). *Developing a Balanced Scorecard For Public Health*. ICES Investigative Report.
- Yıldız, M. S. (2017). *Hastanelerde Kalite Yönetim Sistemlerinin Değerlendirilmesi: Kamu ve Özel Hastanelerde Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Yıldız, B. (2013). *Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansı Etkileyen Unsurlar ve Finansal Performansın Ölçülmesi: Hastanelerde bir uygulama*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Erzurum.
- Yıldız, M. S., Kethüda, Ö. ve Kurutkan, M. N. (2013) “Dengeli Ölçüm Kartı’nın Hastane İşletmelerinde Uygulanması: Örnek Olay Çalışması”. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 27 (4).
- Yılmaz, N. ve Erdem, R. (2017). “Dengeli Ölçüm Kartı Modelinin Hastanelerde Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İl Merkezi Hastaneleri Örneği”. *Verimlilik Dergisi*, 2017/1.
- Yılmaz, S. (2013). *İkinci Basamak Kamu Sağlık Kurumlarında Kurumsal Performans Ölçütlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eskişehir.
- Yiğit, V. (2016). “Hastanelerde Teknik Verimlilik Analizi: Kamu Hastane Birliklerinde Bir Uygulama”. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2).
- Yükçü, S. ve Atağan, G. (2009). “Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık”. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23 (4).
- Zerenler, M. (2005). “Performans Ölçüm Sistemleri Tasarımı Ve Üretim Sistemlerinin Performansının Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma”. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1, 1-36.





EKLER

Ek-1.

VERİMLİLİK KARNESİ UYGULAMASINA İLİŞKİN HASTANE YÖNETİCİLERİ ALGILARI DEĞERLENDİRME ANKETİ.

Çok Değerli Hastane Yöneticilerim,

Bu çalışma; verimlilik uygulamaları neticesinde oluşturulan verimlilik karnesi uygulamasının hastanenizin performansına etkisi ve sizlerin verimlilik karne uygulaması ile ilgili düşüncelerinize ilişkin sorular içermektedir.

Sonuçları bilimsel literatürde kullanılacağından gerçek düşüncenizi yansıtmaları açısından **lütfen özenle doldurunuz.** İlginize teşekkür ederim.

Ümit ARSLAN (Gazi Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Doktora Öğrencisi)

Demografik özellikler

1. Yaşınız

☐ 18-25 ☐ 26-33 ☐ 34-41 ☐ 42-49 ☐ 50 ve üzeri

2. Şu anki göreviniz :

3. Verimlilik karnesi uygulamasına ilişkin eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

4. Hastanenin yatak sayısı :

5. Hastanenizin türü : ☐ Devlet Hastanesi ☐ Eğitim Araştırma Hastanesi

6. Toplam hizmet yılınız?

☐ 0-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11-15 yıl ☐ 16-20 ☐ 21 yıl ve üzeri

7. Hastane İdarecisi pozisyonunda geçirilen toplam hizmet süreniz?

☐ 0-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11-15 yıl ☐ 16-20 yıl ☐ 21 yıl ve üzeri

8. Hastane hizmetlerinde sözleşmeli yönetici olarak toplam hizmet süreniz?

☐ 0-1 yıl ☐ 2-3 yıl ☐ 4-5 yıl ☐ 6 yıl ve üzeri

1. Verimlilik Karne Uygulaması Stratejik Yönetim Algısı Anketi

	Aşağıdaki sorular verimlilik karnesi uygulamasına ilişkin stratejik yönetim yönünden genel algılarınızı belirlemek amacı ile oluşturulmuştur. Stratejik Yönetim Açısından VERİMLİLİK KARNESİ UYGULAMASI;	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Hastanemizin güçlü ve zayıf yanlarının görülmesini sağlar.					
2.	Hastanemizin kurumsal stratejik hedeflere ulaşmasını kolaylaştırır.					
3.	Hastanemizin genel durumu hakkında yöneticilere yol gösterir.					
4.	Üst kurumsal hedeflerin çalışanlar ile paylaşılmasını sağlar.					
5.	Hastanemizde ölçme ve raporlama sistemi oluşturur.					
6.	Hastanemizde karar almayı kolaylaştırır.					
7.	Geribildirim sağlayarak, kurumsal hedeflerden uzaklaşmayı önler.					
8.	Hastanemizde kurumsal yönetim stratejilerinin uygulanmasını teşvik eder.					
9.	Kurumsal performansımız üst kurumumuz tarafından takip edilir.					
10.	Verimlilik karne uygulaması hakkında yeterince bilgi sahibiyim.					
11.	Hastanemizin verimlilik karnesi sonuçlarını takip ederim.					
12.	Verimlilik karnesinde düşük puan alınmış gösterge varsa sorumlu olduğum alanlarda gerekli önlemleri alırım.					
13.	Stratejik kararlar alırken verimlilik karnesi sonuçlarını kullanırım					
14.	Hastane performans hedeflerine ulaşmak için çalışanları teşvik ederim.					

2. Verimlilik Karne Uygulaması Algısı Anketi

Soru no	Verimlilik Karnesi Uygulaması;	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Hastanelerin üst kurumsal hedeflere ulaşması için önemli bir araçtır.					
2.	Kamu hastanelerinin daha etkili yönetilmesini sağlar.					
3.	Mevcut kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlar.					
4.	Tıbbi ve idari süreçlerdeki verimsizliği azaltır.					
5.	Daha iyi sağlık çıktıları elde etmemizi sağlar.					
6.	Hastanelerin kurumsal performansını artırmasında oldukça etkilidir.					
7.	Paydaşlarla bilgi paylaşımı açısından şeffaflık					
8.	Yöneticilerin performansa göre atanmasını sağlar					
9.	Kamuda hesap verebilirliği kolaylaştırır.					
10.	Süreçlerde yapılan iyileştirmeler ile hasta şikayetlerinin azaltılmasını sağlar					
11.	Hastaların hastaneye olan bağlılığını artırır.					
12.	Hasta memnuniyetinin artmasını sağlar.					
13.	Tıbbi bakım kalitesinin artmasını sağlar.					
14.	Kalite anlayışının sürekli olmasını teşvik eder.					
15.	Hizmet süreçlerinde belirgin iyileşmeler sağlar.					
16.	Çalışanların performansını artırır.					
17.	Yöneticilerin performansının artmasını sağlar					
18.	Verimlilik karnesinde yer alan göstergeler, üst kurumsal hedefler ile uyumludur.					
19.	Verimlilik karnesinde yer alan göstergeler, hastanelerin performansını ölçmek için yeterlidir.					
20.	Verimlilik karnesi, hastanelerde hasta odaklı hizmet anlayışını geliştirir.					
21.	Verimlilik karnesi uygulaması hastanelerin performans hedeflerine ulaşmaları için belirgin iyileşmeler sağlar					
22.	Verimlilik karnesi hastaneler için gereklidir.					

3. Kurumsal Performans Algısı Anketi

	Aşağıdaki önermeleri, <i>Verimlilik karne uygulamasının hastanenize etkisi açısından</i> değerlendiriniz. Verimlilik karne uygulaması ile birlikte;	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	Finansal boyut					
1.	Hastane bütçemizde mali kontrol sağlandı					
2.	Birim maliyetlerimiz azaldı					
3.	Borç ödeme gün süremiz azaldı					
4.	Hastane gelirlerimiz artı					
5.	Hastanemizin karlılığı arttı					
6.	Hastane giderlerimiz azaldı.					
7.	Stok devir hızımız arttı					
	İç süreçler boyutu					
8.	Etkin stok yönetimi ile kayıp-kaçak oranları					
9.	Yatak doluluk oranlarımız arttı					
10.	Tıbbi bakım kalitemiz arttı					
11.	Süreçlerdeki iyileştirmeler sonucu tıbbi hata oranlarımız azaldı.					
12.	Hasta sayımız arttı.					
13.	Hasta bekleme sürelerimiz azaldı.					
	Müşteri boyutu					
14.	Hasta memnuniyet oranlarımız arttı.					
15.	Pazar payımız arttı.					
16.	Hasta şikayetlerinde belirgin bir azalma oldu.					
17.	Hastaların hastanemize olan bağlılığı arttı					
18.	Hastaların gözünde kurumsal itibarımız arttı.					
19.	Çalışan memnuniyet oranımız arttı					
20.	Hasta güvenliği uygulamalarımız arttı.					
	Öğrenme ve gelişme boyutu					
21.	Bilimsel yayın oranımız arttı.					
22.	Hizmet çeşitliliğimiz (yeni hizmet alanları oluşturma) arttı.					
23.	Hizmet içi eğitim alan personel oranımız arttı.					
24.	Çalışan devir hızımız azaldı.					
25.	Hastanemizde kullanılan yeni teknoloji ve ekipman oranımız arttı.					
26.	Bilgi sistemleri alt yapısı ve entegrasyon oranımız arttı.					

EK 2. Verimlilik Karnesi ve Göstergeleri (Revizyon 5/2'ye Göre)

Boyut	Bölüm	Gösterge Kodu	Gösterge Adı	Gösterge Puanı
I. SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ (SHY)	ACİL SERVİS HİZ- METLERİ (ASH)	SHY-ASH-01	Acil servis müracaat yoğunluğu	60
		SHY-ASH-02	Acilden sevk edilen hasta oranı	50
		SHY-ASH-03	Acilden yatışı verilen hasta bekleme süresi	60
		SHY-ASH-04	Acil etkinlik skoru	60
		SHY-ASH-05	Acil servis vaka karması	60
		SHY-ASH-06	Acil servisin almış olduğu sevk oranı	+60
		SHY-ASH-07	Acil servis mortalite hızı	-50
		SHY-ASH-08	Acil servis hasta memnuniyet oranı	60
		SHY-ASH-09	Acil servise 24 saat içinde tekrar başvuran hasta oranı	50
	POLİKLİNİK HİZ- METLERİ (PH)	SHY-PH-01	Merkezi hastane randevu sistemi (MHRS)	30
		SHY-PH-02	Poliklinik etkinlik skoru	40
		SHY-PH-03	Klinisyen Hekim başına düşen günlük hasta	50
		SHY-PH-04	Hasta yatışları	50
		SHY-PH-05	Ayaktan hasta memnuniyet oranı	40
		SHY-PH-06	Hastaların ortalama muayene bekleme süresi	40
	YATAKLI SERVİS HİZMETLERİ (YSH)	SHY-YSH-01	Acilden Yatan Hasta Oranı	60
		SHY-YSH-02	Yatak kullanımı	70
		SHY-YSH-03	Yataklı servis Vaka Karması	70
		SHY-YSH-04	Yataklı servis mortalite hızı	-50
		SHY-YSH-05	Diz ve kalça protezinde re-operasyon hızı	60
		SHY-YSH-06	Yataklı servis etkinlik skoru	70
		SHY-YSH-07	Yatan hasta memnuniyet oranı	70
	YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ (YBH)	SHY-YBH-01	Beyin Ölümü Bildirim Oranı	+60
		SHY-YBH-02	Yoğun bakım yatak kullanımı	90
		SHY-YBH-03	Yoğun bakım enfeksiyon puanı	90
		SHY-YBH-04	Yoğun bakım etkinlik Skoru	90
		SHY-YBH-05	Yoğun bakım mortalite hızı	-50
		SHY-YBH-06	Yoğun bakım vaka karması	80
	AMELİYATHANE VE DOĞUM HİZMETLERİ (ADH)	SHY-ADH-01	Ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı	75
		SHY-ADH-02	Ameliyat etkinlik skoru	75
		SHY-ADH-03	Sezaryen Oranı	75
		SHY-ADH-04	Ameliyat sonrası ortalama kalış gün sayısı	75
		SHY-ADH-05	Anne ölüm sayısı	-
		SHY-ADH-06	Bebek ölüm sayısı	-
	LABORATUVAR VE GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ (LGH)	SHY-LGH-01	Laboratuvar sonuç verme süresi puanı	65
		SHY-LGH-02	Görüntüleme bekleme ve sonuç verme süreleri	70
		SHY-LGH-03	Görüntüleme tetkiki istem oranı	65
	TOPLAM PUAN			2000

EK-2. Verimlilik Karnesi ve Göstergeleri (devamı)

Boyut	Bölüm	Gösterge Kodu	Gösterg e Kodu	Gösterge Puanı
II. MALİ HİZMETLER YÖNETİMİ (MHY)		MHY-01	Toplam tahakkuk geliri / Toplam gider	200
		MHY-02	Net borç / Net hizmet tahakkuk tutarı	100
		MHY-03	Gelir bütçesi gerçekleşme oranı	100
		MHY-04	Gider bütçesi gerçekleşme oranı	100
		MHY-05	Borçluluk süresi	100
		MHY-06	Tahakkukların muhasebeleştirilme süresi	125
		MHY-07	Mevcut stok tutarı / Aylık ortalama tüketim	100
		MHY-08	TDMS-MKYS stok, amortisman hesapları	50
		MHY-09	Global bütçe dışı diğer tahsilat / Global bütçe dışı diğer tahakkuk	50
		MHY-10	Finansal Sürdürülebilirlik	75
TOPLAM PUAN				1000
III. İDARİ HİZMETLER YÖNETİMİ (İHY)		İHY-01	Hizmet içi Eğitimler	100
		İHY-02	Sertifikalı çalışan durumu	100
		İHY-03	Uzmanlık Eğitim Faaliyetlerine Katkı Puanı	100
		İHY-04	Sertifikalı Eğitim Merkezi Olma Durumu	+100
		İHY-05	Klinikte bakım hizmetinde çalışan yardımcı sağlık personeli oranı	100
		İHY-06	Çalışan memnuniyeti oranı	100
		İHY-07	Aktif çalışan dışı hekimi başına klinikte çalışan yardımcı personel oranı	100
		İHY-08	Sağlık Bilgi Sistemlerine entegrasyon ve veri gönderimi	200
		İHY-09	Yatak Başına Üretilen Tıbbi Atık Miktarı	100
		İHY-10	Ek ödeme dağıtım oranı	100
TOPLAM PUAN				1000
IV. VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME (VYD)		VYD-01	Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Soru Listesine göre gözlemciler tarafından yapılan değerlendirme	900
		VYD-02	Mali Gözlemciler tarafından yapılan yerinde değerlendirme	100
TOPLAM PUAN				1000
GENEL TOPLAM PUAN				5000

Ek-3. AYRINTILI Verimlilik Karnesi Örneği (Revizyon 5/2'ye göre)

(İLGİLİ DÖNEM)					
Sağlık Hizmetleri Yönetimi Boyutu		Sınıf Ort. veya Hedef	STD (Sağlık Tesisi Değeri)	Gösterge Puanı	Sağlık Tesisi Puanı
			Ocak		Ocak
Acil Servis Hizmetleri					
SHY-ASH-01	Acil servis müracaat yoğunluğu			60	
	Acil müracaat oranı	0,27			
	Yeşil alan müracaat oranı	0,32			
SHY-ASH-02	Acilden sevk edilen hasta oranı, binde*	4,22		50	
SHY-ASH-03	Acilden yatışı verilen hasta bekleme süresi	6,00		60	
SHY-ASH-04	Acil etkinlik skoru	1,00		60	
SHY-ASH-05	Acil servis vaka karması	1,05		60	
SHY-ASH-06	Acil servisin almış olduğu sevk oranı	0,00		60	
	112 ile acil servise gelen sevkli hasta sayısı				
	112 ile acil servise sevkli gelen hastaların geliş saati ile taburcu saati arasındaki fark				
SHY-ASH-07	Acil servis mortalite hızı			-50	
	Türkiye ortalama mortalite hızı	0,91			
	İl ortalama mortalite hızı	1132,00			
	Hizmet sınıfı ortalama mortalite hızı	0,78			
	Önceki dönem hizmet sınıfı ortalama mortalite hızı	0,63			
SHY-ASH-08	Acil servis hasta memnuniyet oranı	0,75		60	
SHY-ASH-09	Acil servise 24 saat içinde tekrar başvuran hasta oranı	0,11		50	
	TOPLAM PUAN			460	
Poliklinik Hizmetleri					
SHY-PH-01	Merkezi hastane randevu sistemi (MHRS) kullanımı			30	
	Açılan Kapasite Oranı (AKO)				
	Randevu Durum Bilgisi (RDB)				
	İstisna Oranı Bildirimi (İOB)				
	Cetvel Açmayan Hekim Oranı (CHO)				
	Randevu Saatine Uyum (RSU)				
SHY-PH-02	Poliklinik etkinlik skoru	1,00		40	
SHY-PH-03	Klinisyen hekim başına düşen günlük hasta sayısı			50	
	Cerrahi klinisyen başına düşen günlük hasta sayısı	32,20			
	Dahili klinisyen başına düşen günlük hasta sayısı	31,06			
SHY-PH-04	Hasta yatışları			50	
	Cerrahi polikliniklik yatış	4			
	Dahili polikliniklik yatış	2			
	Cerrahi klinisyen başına ortalama yatan hasta sayısı	29			
	Dahili klinisyen başına ortalama yatan hasta sayısı	17			
SHY-PH-05	Ayaktan hasta memnuniyet oranı	0,75		40	
SHY-PH-06	Hastaların ortalama muayene bekleme süresi	0,00		40	
	TOPLAM PUAN			250	
Ameliyathane ve Doğum Hizmetleri					

SHY-ADH-01	Ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı	6,35		75	
SHY-ADH-02	Ameliyat etkinlik skoru	1,00		75	
SHY-ADH-03	Sezaryen oranı			75	
SHY-ADH-04	Ameliyat sonrası ortalama kalış gün sayısı	0,00		75	
SHY-ADH-05	Anne ölüm sayısı				
SHY-ADH-06	Bebek ölüm sayısı				
	TOPLAM PUAN			300	
Yataklı Servis Hizmetleri					
SHY-YSH-01	Acilden yatan hasta oranı	0,24		60	
SHY-YSH-02	Yatak kullanımı			70	
SHY-YSH-02-1	Yatak Doluluk Oranı	75-95			
SHY-YSH-02-2	Yatak Devir Hızı	5,80			
SHY-YSH-03	Yataklı servis vaka karması	0,93		70	
SHY-YSH-04	Yataklı servis mortalite hızı			-50	
	Türkiye ortalama mortalite hızı	0,0040			
	İl ortalama mortalite hızı	0,0053			
	Hizmet sınıfı ortalama mortalite hızı	0,0062			
	Önceki dönem hizmet sınıfı ortalama mortalite hızı	0,0100			
SHY-YSH-05	Diz ve kalça protezinde re-operasyon hızı			60	
	Diz protezinde re-operasyon hızı				
	Kalça protezinde re-operasyon hızı				
SHY-YSH-06	Yataklı servis etkinlik skoru	1,00		70	
SHY-YSH-07	Yatan hasta memnuniyet oranı	0,75		70	
	TOPLAM PUAN			400	
Yoğun Bakım Hizmetleri					
SHY-YBH-01	Beyin ölümü bildirim oranı			60	
	Beyin ölümü bildirim oranı	0,25			
	Donör sayısı	1,83			
SHY-YBH-02	Yoğun bakım yatak kullanımı			90	
	Erişkin I.Basamak Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranı %	65-85			
	Erişkin I.Basamak Yoğunbakım Ortalama Kalış Gün Sayısı	3,31			
	Erişkin I.Basamak Yoğun Bakım Yatak Kullanımı				
	Erişkin 2.Basamak Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranı%	65-85			
	Erişkin 2.Basamak Yoğunbakım Ortalama Kalış Gün Sayısı	5,55			
	Erişkin 2.Basamak Yoğun Bakım Yatak Kullanımı				
	Erişkin 3.Basamak Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranı%	65-85			
	Erişkin 3.Basamak Yoğunbakım Ortalama Kalış Gün Sayısı	6,86			
	Erişkin 3.Basamak Yoğun Bakım Yatak Kullanımı				
	Çocuk 1 .Basamak Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranı%	65-85			
	Çocuk 1 .Basamak Yoğunbakım Ortalama Kalış Gün Sayısı	Muaf			
	Çocuk 1.Basamak Yoğun Bakım Yatak Kullanımı				
	Çocuk 2.Basamak Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranı%	65-85			
	Çocuk 2.Basamak Yoğunbakım Ortalama Kalış Gün Sayısı	1,78			
	Çocuk 2.Basamak Yoğun Bakım Yatak Kullanımı				
	Çocuk 3.Basamak Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranı%	65-85			
	Çocuk 3.Basamak Yoğunbakım Ortalama Kalış Gün Sayısı	Muaf			
	Çocuk 3.Basamak Yoğun Bakım Yatak Kullanımı				
	Yenidoğan 1 .Basamak Yoğun Bakım Yatak Doluluk	65-85			

	Oranı				
	Yenidoğan 1 .Basamak Yoğunbakım Ortalama Kalış Gün S.	2,78			
	Yenidoğan 1.Basamak Yoğun Bakım Yatak Kullanımı				
	Yenidoğan 2.Basamak Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranı%	65-85			
	Yenidoğan 2.Basamak Yoğunbakım Ortalama Kalış Gün S.	4,46			
	Yenidoğan 2.Basamak Yoğun Bakım Yatak Kullanımı				
	Yenidoğan 3.Basamak Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranı%	65-85			
	Yenidoğan 3.Basamak Yoğunbakım Ortalama Kalış Gün S.	7,59			
	Yenidoğan 3.Basamak Yoğun Bakım Yatak Kullanımı				
SHY-YBH-03	Yoğun bakım enfeksiyon puanı			90	
	Yoğun bakım enfeksiyon oranı	0,00			
	Yoğun bakım enfeksiyon trendi				
SHY-YBH-04	Yoğun bakım etkinlik skoru	1,00		70	
SHY-YBH-05	Yoğun bakım mortalite hızı			-50	
	Türkiye ortalama mortalite hızı	0,0462			
	İl ortalama mortalite hızı	0,0368			
	Hizmet sınıfı ortalama mortalite hızı	0,0545			
	Önceki dönem hizmet sınıfı ortalama mortalite hızı	0,3250			
SHY-YBH-06	Yoğun bakım vaka karması	2,30		80	
	TOPLAM PUAN			340	

Laboratuvar ve Görüntüleme Hizmetleri

SHY-LGH-01	Laboratuvar bekleme süresi puanı			65	
SHY-LGH-01-1	Laboratuvar Sonuç Verme Süresi				
	Sitoloji	5	NA		
	Biyopsi	10	NA		
	Hormon	3	NA		
SHY-LGH-01-2	Laboratuvar Sonuç Verme Süresi trendi				
	Sitoloji	3	NA		
	Biyopsi	7	NA		
	Hormon	1	NA		
SHY-LGH-02	Görüntüleme Bekleme ve Sonuç Verme Sürelerinin			70	
SHY-LGH-02-1	Radyolog aktif çalışma gün katsayısı	3,69	NA		
SHY-LGH-02-1	Görüntüleme bekleme ve sonuç verme süreleri				
	USG bekleme süresi	3			
	MR bekleme süresi	10			
	BT bekleme süresi	10			
	USG sonuç verme süresi	30			
	MR sonuç verme süresi	3			
	BT sonuç verme süresi	3			
SHY-LGH-02-2	Görüntüleme bekleme ve sonuç verme sürelerinin trendi				
	USG bekleme süresi trendi	3			
	MR bekleme süresi trendi	10			
	BT bekleme süresi trendi	10			
	USG sonuç verme süresi trendi	30			
	MR sonuç verme süresi trendi	3			

	BT sonuç verme süresi trendi	3			
SHY-LGH-03	Görüntüleme Tetkiki İstem Oranı			65	
	USG tetkik isteme oranı	0,1			
	MR tetkik isteme oranı	0,03			
	BT tetkik isteme oranı	0,034			
	TOPLAM PUAN			200	
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri					
SHY-ADSH-01	Kanal tedavisi oranı	1,65		20	
SHY-ADSH-02	Diş çekim oranı	24,83		20	
SHY-ADSH-03	Flor uygulama oranı	5,23		20	
SHY-ADSH-04	Fissur ve pit örtücü oranı	2,10		20	
SHY-ADSH-05	Aktif diş hekimine diş ünitisi temin oranı	1,00		20	
	TOPLAM PUAN			100	
SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ BOYUTU TOPLAM PUAN				2000	
Mali Hizmetler Yönetimi Boyutu		Sınıf Ort. veya Hedef	STD (Sağlık Tesisi Değeri)	Gösterge Puanı	Sağlık Tesisi Puanı
			3 Ay		3 Ay
MHY-01	Toplam tahakkuk geliri / Toplam gider	1,05		200	
MHY-02	Net borç / Net hizmet tahakkuk tutarı	1,50		100	
MHY-03	Gelir bütçesi gerçekleşme oranı	1,00		100	
MHY-04	Gider bütçesi gerçekleşme oranı	1,00		100	
MHY-05	Borçluluk süresi	150		100	
MHY-06	Tahakkukların muhasebeleştirilme süresi	10		125	
MHY-07	Mevcut stok tutarı / Aylık ortalama tüketim tutarı	60		100	
MHY-08	TDMS / MKYS stok, amortisman hesapları uyumu	0		50	
MHY-09	Global bütçe dışı diğer tahsilat / Global bütçe dışı diğer	0,65		50	
MHY-10	Finansal sürdürülebilirlik			75	
	TOPLAM PUAN			1.000	#SAYI/01
İdari Hizmetler Yönetimi Boyutu		Sınıf Ort. veya Hedef	STD (Sağlık Tesisi Değeri)	Gösterge Puanı	Sağlık Tesisi Puanı
			Ocak		Ocak
İHY-01	Hizmet içi eğitimler			100	
	Kişilerarası İletişim Eğitimi				
	Hasta Hakları Eğitimi				
	Hasta Güvenliği Eğitimi				
	Çalışan Hakları ve Güvenliği Eğitimi				
	El Hijyeni Eğitimi				
	Temizlik Eğitimi				
	CPR Eğitimi				
	Bölüm Bazlı Eğitimler				
İHY-02	Sertifikalı çalışan durumu			100	
İHY-03	Uzmanlık eğitim faaliyetlerine katkı puanı			100	
İHY-04	Sertifikalı eğitim merkezi olma durumu	1,00		100	
İHY-05	Klinikte bakım hizmetinde çalışan yardımcı personel	0,72		100	
İHY-06	Çalışan memnuniyet oranı	0,75		100	
İHY-07	Aktif çalışan diş hekimi başına klinikte çalışan yardımcı	1,00		100	
İHY-08	Sağlık Bilgi Sistemlerine Entegrasyon ve Veri Gönderimi			200	

İHY-08-01	Sağlık-Net Online' a ve Sağlık-Net' e Veri Gönderimi				
	Sağlık Net e veri gönderimi				
	Sağlık Net online için fatura gönderim oranları				
	Sağlık Net online için laboratuvar sonuç gönderim oranları				
İHY-08-02	Sağlık Bilgi Sistemleri standartlarına uygun veri gönder.				
İHY-08-03	Sağlık-Net Online' a Anlık Veri Gönderimi				
	Hasta Kayıt Verisi Gönderimi				
	Muayene Bilgisi Kayıt Verisi Gönderimi				
	Laboratuvar Sonuç Kayıt Verisi Gönderimi				
	Hizmet/İlaç/Malzeme Bilgisi Kayıt Verisi Gönderimi				
İHY-08-04	Teletıp ve Teleradyoloji Sistemine Entegrasyonu				
İHY-09	Yatak başına üretilen tıbbi atık miktarı	1,28		100	
İHY-10	Ek ödeme dağıtım oranı	0,38		100	
TOPLAM PUAN				1000	
Verimlilik Yerinde Değerlendirme Boyutu		STD (Sağlık Tesisi Değeri)	Gösterge Puanı	Sağlık Tesisi Puanı	
		 YILI		YILI	
VYD	Verimlilik Yerinde Değerlendirme		1000		
VYD-01	Yerinde değerlendirme soru listesine göre gözlemciler tarafından yapılan değerlendirme	0,0	900		
VYD-02	Mali gözlemciler tarafından yapılan yerinde değerlendirme	0,0	100		
TOPLAM PUAN				1000	

EK- 4. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Stratejik Plan-2014-2018 Performans Hedefleri

STRATEJİK AMAÇ VE HEDEF	Performans hedefi	Mevcut durum 2013	Hedef 2018
STRATEJİK AMAÇ 1: Kurumsallaşmayı ve profesyonelleşmeyi sağlamak ve yönetim kapasitesini artırmak			
SH 1.1 İyi yönetim uygulamalarıyla idari yapıyı güçlendirmek	- Sağlık hizmetlerinden duyulan genel memnuniyet oranı - Çalışan memnuniyet oranı	75,7 Mevcut Durum Analizi	85 ↑ 20
SH 1.2 Etkin bir insan kaynakları sistemi oluşturmak, insan kaynakları ve yönetim kapasitesini geliştirmek artırmak	100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 100.000 kişiye düşen dış hekim sayısı 100.000 kişiye düşen hemşire, ebe sayısı - Çalışan memnuniyet Oranı (%)Analizi - Nitelikli ameliyat yapan hekim sayısı	50 9 133 Mevcut Durum Analizi	56 12 163 ↑ 20 ↑ 20 %
SH 1.3 Kurum içi ve kurum dışı mesleki eğitim faaliyetlerini teşvik etmek ve geliştirmek	- Sağlık tesislerinde eğitici başına düşen tıpta uzmanlık öğrenci sayısı - Kişi başı eğitim saatindeki artış oranı (%) - Hizmet içi eğitim alan personel oranı (%) - Kişisel gelişim eğitimi alan personel oranı (%) - Bir yılda yurtdışına eğitim amaçlı gönderilen personel sayısı* - Bir yılda yurtdışından eğitim amaçlı gelen personel sayısı - Kurum hastanelerinde akademik yükseltme almış uzmanların toplam uzmana oranı (%) - Uluslararası indekslerde (SCI ve SCI-E) yer alan makale ve atıf sayısı	3 Mevcut Durum Analizi Mevcut Durum Analizi Mevcut Durum Analizi 4 358 9,8 Mevcut Durum Analizi	20 ↑ 20 ↑ 20 ↑ 20 22 600 13 31,380
SH 1.4 Teknolojik altyapıyı geliştirmek sunmak	- Sağlık bilgi sistemleri entegrasyon oranı - Kağıtsız hastane oranı - Akredite edilmiş, Sertifikalandırılmış Hastane Bilgi Yönetim Sistemi oranı	30 Hazırlık Aşamasında Hazırlık Aşamasında	100 90 100

STRATEJİK AMAÇ 2: İnsan odaklı, erişilebilir, nitelikli ve güvenli sağlık hizmeti sunmak			
SH 2.1 Kamu sağlık tesislerinin altyapısını, kapasitesini, kalitesini ve dağılımını iyileştirmek	- Yoğun bakım yatak sayısı - Nitelikli yatak oranı (%) 10.000 kişiye düşen yatak sayısı - Milyon kişiye düşen MR cihazı sayısı - Milyon kişiye düşen BT cihazı sayısı - Özellikli sağlık hizmetlerinin tamamının uygulandığı bölge sayısı	10.728 36 26 4,1 5,9 4	16.979 92 30 5,45 7,4 29
SH 2.2 Sağlık hizmetinin kalite ve verimliliğini artırmak, sürdürülebilirliğini sağlamak	- Sağlık hizmetleri memnuniyet oranı (1) - Yatak doluluk oranı (2) - Ortalama kalış gün sayısı - Başarılı Organ nakli oranı (%) - Aynı teşhisle hastaneye tekrar yatış oranı (7 gün içinde) - Çevre Yönetim Birim Sayısı	75,7 66,4 4,3 Böbrek %90.75 Kalp %50.96 Karaciğer %88.25 Akciğer %31.3 Mevcut Durum Analiz Hazırlık Aşamasında	85 80 3 95 % 80 % 95 %70 20 87
SH 2.3 Hizmetin kalite ve verimliliğini objektif olarak ölçüp değerlendirmek	- Türkiye Kamu Hastane Birlikleri Ortalama Başarı Puanı 2. ve 3. Basamak Sağlık Tesisleri Ortalama Başarı Puanı	707.42 705.23	778.16 775.75
SH 2.4 Sağlık hizmeti sunumundan duyulan memnuniyeti artırmak	- Sağlık hizmeti memnuniyet oranı - Hastanelerde muayene öncesi ve sonrası bilgilendirme yapılan hasta oranı - Hasta hakları birimine görüş ve öneri bildiren hasta oranı	75,7 Hazırlık Aşamasında 0.0006	85 95 0.0005
SH 2.5 Bedensel, zihinsel ve sosyal şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlamak	- Engelli bireylerin erişebileceği kamu sağlık kuruluşlarının oranı - Evde sağlık hizmeti alan aktif hasta sayısı	52.2 105.588	(%) 100 160.000
SH 2.6 Çalışan güvenliğini ve memnuniyet seviyesini yükseltmek	- Çalışan memnuniyet oranı - Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olay sayısı	Mevcut Durum Analizi 3.87	↑ (%)20 0
SH 2.7 Kamu sağlık tesislerinin sağlık turizmi kapasitesini geliştirmek., sağlık hizmetlerinden	- Sağlık turizmi kapsamında gelen hasta sayısı (bin) - Sağlık turizminden elde	14 bin 6 Milyon	100 bin 300 Milyon

tavizden mali sürdürülebilirliği sağlamak	- edilen gelir (TL) (2) • Protokol yapılan aracı kuruluş/asistan firma sayısı • Ulusal ve/veya uluslararası yabancı dil yeterlilik sertifikasına sahip personel sayısı	Mevcut Durum Analizi	30
		Mevcut Durum Analizi	+20
• STRATEJİK AMAÇ 3: Kamu sağlık tesislerinde, sağlık hizmetlerinden taviz vermeden mali sürdürülebilirliği sağlamak			
SH 3.1 Kaynakların etkin, verimli, ekonomik kullanımını ve sürdürülebilirliğini sağlamak	• *Gelirlerdeki artış oranı • Gelirlerin giderleri karşılama oranı • Stok devir hızı • Toplam borcun toplam aktife oranı • Enerji Verimliliği kapsamında etüt yapılan hastane sayısı • Enerji Yöneticisi Sayısı (Hastanelerde)	%10 %102 5,2 %84 19 20	%10 %100 5,8 %50 100 300
STRATEJİK AMAÇ 4: Uluslararası kuruluşlarla idari, bilimsel ve teknik işbirliği yapmak			
SH 4.1 Bölgesel ve uluslararası politikaların oluşturulmasına ve başarılı uygulamaların transferine öncülük etmek	• Uluslararası indekslerde (SCI ve SCI-E) yer alan • makale ve atıf sayısı • Türkiye’de hizmet içi eğitim alan yabancı sağlık personeli sayısı)	Mevcut Durum Analizi 383	31.380 500
SH 4.2 Ülkemizin insani yardım açısından öncelikli olarak gördüğü bölge ve ülkelerde sağlık hizmeti sunmak	• Sağlık hizmeti sunulan ülke ve bölge sayısı • Teknik ve insani yardım sağlanan ülke sayısı	9 10	12 14

*  renk ile belirtilen göstergeler verimlilik karne aracılığı ile takip edilmektedir.

EK-5. Araştırma İzin Yazısı

a.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/10/2017-E.145496



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 05/07/2017 tarihli ve 27968600-302.99- 96435 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı **Doktora Öğrencisi Ümit ARSLAN**'ın, **Prof.Dr.Emine ORHANER**'in danışmanlığında yürüttüğü "**Kamu Hastanelerinde Kurumsal Performans Yönetimi (Verimlilik Karnesi Uygulamalarının ve Yönetici Algılarının Değerlendirilmesi)**" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **10.10.2017** tarih ve **08** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2017-393

Ek:1 Liste

b.Araştırma izni onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ -
İSTATİSTİK ANALİZ VE RAPORLAMA VE STRATEJİK
YÖNETİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI
04.04.2018 13:47 - 32693113 - 622.03 - E.143



Sayı : 32693113-622.03
Konu : Anket Uygulama İzni

Sayın Ümit ARSLAN

Genel Müdürlüğümüze hitaben 27/03/2018 tarihli Kamu Hastanelerinde Kurumsal Performans Yönetimi (Verimlilik Karnesi Uygulaması ve Yönetici Algılarının Değerlendirilmesi) adlı tez çalışmasında kullanılmak üzere oluşturulan anketin uygulanabilmesi için izin talep eden dilekçeniz incelenmiştir.

Genel Müdürlüğümüze bağlı sağlık tesislerinde yapılacak lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyindeki bilimsel araştırmalar kapsamındaki anket, uygulama, gözlem gibi faaliyetlerle ilgili verilerin toplanması hususunda "hastane yönetimlerinin uygun görüşü ve gönüllülük esası" çerçevesinde söz konusu çalışmanın yapılmasının uygun olduğu değerlendirilmektedir.

Bilgilerinize sunulur.

Prof. Dr. Murat ALPER
Bakan a.
Genel Müdür

GÜVENLİ ELEKTRONİK
İMZA ASLI İLE AYKIRIDIR
04.04.2018
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 71bab16f-6f5d-400a-a03e-6d2405b7676b 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

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı, : ARSLAN, Ümit
 Uyruğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : Gümüşhane/ 1977
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 0505 489 4054
 e-posta : umitars@hotmail.com



Eğitim Derecesi

Okul/Program

Mezuniyet yılı

Doktora	Gazi Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi	2019
Yüksek lisans :	Atılım Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği	2014
	Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Eğitimi Bölümü	2004
Lisans	Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Eğitimi Bölümü	2000
Lise	Rize Sağlık Meslek Lisesi (sağlık memuru/ toplum sağlığı bölümü)	1995

İş Deneyimi, Yıl

Çalıştığı Yer

Görev

2018- devam ediyor	Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Memuru
2012-2018	Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi	İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcısı
2004-2012	Sağlık Bakanlığı Afetlerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı	Sağlık Memuru
2001-2004	Ankara Dr.Muhittin Ülker Devlet Hastanesi	Sağlık Memuru
2001-2001	Gümüşhane Sağlık Meslek Lisesi	Eğitim Sağlık Memuru- Meslek Dersleri Öğretmeni

Yabancı Dili

İngilizce 61.25 (ÜDS)

Yayınlar

- Atak, N., Arslan, Ü. “A Pilot Project to Develop and Assess a Health Education Programme for type 2 diabetes” Health Education Journal.2005; 64: 339-346
- Öztürk, Z., Arslan, Ü.(2016) Hastane Personelinin Durumsallık Yaklaşımına Göre Organizasyonel Konumlandırma Algısı (Bir Devlet Hastanesi Örneği), Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 18/1 (2016) 128-152.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR...

