

**EĞİTİM**  
yayınevi

# İŞ ZEKÂSINA DAYALI STRATEJİK PERFORMANS ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

(Sağlık Kurumlarına Dair Örnek Uygulamalı)

**Dr. Zeynep ERGEN IŞIKLAR**



# **İŞ ZEKÂSINA DAYALI STRATEJİK PERFORMANS ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME**

(Sağlık Kurumlarına Dair Örnek Uygulamalı)

**Dr. Zeynep ERGEN IŞIKLAR**

**EĞİTİM**  
yayınevi

## İŞ ZEKÂSINA DAYALI STRATEJİK PERFORMANS ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME (SAĞLIK KURUMLARINA DAİR ÖRNEK UYGULAMALI)

Dr. Zeynep Ergen Işıklar

**Genel Yayın Yönetmeni:** Yusuf Ziya Aydoğın (yza@egitimyayinevi.com)

**Genel Yayın Koordinatörü:** Yusuf Yavuz (yusufyavuz@egitimyayinevi.com)

**Sayfa Tasarımı:** Eğitim Yayinevi Grafik Birimi

**Kapak Tasarımı:** Eğitim Yayinevi Grafik Birimi

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı

**Yayıncı Sertifika No:** 47830

**E-ISBN:** 978-625-8108-34-7

1. Baskı, Mart 2022

**Kütüphane Kimlik Kartı**

## İŞ ZEKÂSINA DAYALI STRATEJİK PERFORMANS ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME (SAĞLIK KURUMLARINA DAİR ÖRNEK UYGULAMALI)

Dr. Zeynep Ergen Işıklar

180 s., 165x240 mm

Kaynakça var, dizin yok.

E-ISBN: 978-625-8108-34-7

Bu çalışma "Sağlık Kurumlarında Balanced Scorecard'a Dayalı Stratejik Performans Ölçme Ve Değerlendirme Süreci: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İçin Karar Destek Sistemi Model Önerisi" isimli doktora tez çalışmasından çıkarılmıştır.

Copyright © Bu kitabın Türkiye'deki her türlü yayın hakkı Eğitim Yayinevi'ne aittir. Bütün hakları saklıdır. Kitabın tamamı veya bir kısmı 5846 sayılı yasanın hükümlerine göre kitabı yayımlayan firmanın ve yazarlarının önceden izni olmadan elektronik/mekanik yolla, fotokopi yoluyla ya da herhangi bir kayıt sistemi ile çoğaltılamaz, yayımlanamaz.

**EĞİTİM**

yayinevi

**Yayinevi Türkiye Ofis:** İstanbul: Eğitim Yayinevi Tic. Ltd. Şti., Atakent mah. Yasemen sok. No: 4/B, Ümraniye, İstanbul, Türkiye

Konya: Eğitim Yayinevi Tic. Ltd. Şti., Fevzi Çakmak Mah. 10721 Sok. B Blok, No: 16/B, Safakent,

Karatay, Konya, Türkiye

+90 332 351 92 85, +90 533 151 50 42, 0 332 502 50 42

bilgi@egitimyayinevi.com

**Yayinevi Amerika Ofis:** New York: Eğitim Publishing Group, Inc.

P.O. Box 768/Armonk, New York, 10504-0768, United States of America

americaoffice@egitimyayinevi.com

**Lojistik ve Sevkiyat Merkezi:** Kitapmatik Lojistik ve Sevkiyat Merkezi, Fevzi Çakmak Mah.

10721 Sok. B Blok, No: 16/B, Safakent, Karatay, Konya, Türkiye

sevkiyat@egitimyayinevi.com

**Kitabevi Şubesi:** Eğitim Kitabevi, Şükran mah. Rampalı 121, Meram, Konya, Türkiye

+90 332 499 90 00

bilgi@egitimkitabevi.com

**İnternet Satış:** www.kitapmatik.com.tr

+90 537 512 43 00

bilgi@kitapmatik.com.tr

 **kitapmatik**  
İnternetteki kitapçınız

*Kıymetli Aileme ...*



## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	7
ÖZ	9
KISALTMALAR	11
GİRİŞ	13
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b>	<b>15</b>
1.1. Sağlık Tanımı	15
1.2. Sağlık Hizmetleri	16
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	16
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	17
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	19
1.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	22
1.3. Sağlık Kurumları	24
1.3.1. Sağlık Kurumlarının Özellikleri	25
1.3.2. Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması	25
1.3.3. Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Yapısı	27
1.3.4. Sağlık Bakanlığı’nın Yapısı ve Temel Standartlar	28
1.4. Sağlık Kurumları Yönetimi	30
1.4.1. Sağlık Kurumları Yönetimi	30
1.4.2. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği	31
1.4.3. Tıbbi Hizmetler	33
1.4.4. Satın Alma, Ayniyat, Depo ve Ambar Hizmetleri	33
1.4.5. Personel Görev, Yetki ve Standartları	36
1.4.6. Hizmet Standartları	38
1.4.7. Sağlık Hizmetleri Finansmanı	38
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b>	<b>41</b>
2.1. Sağlık Kurumlarında Performans, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme	41
2.1.1. Sağlık Kurumlarında Performans Tanımı	42
2.1.2. Sağlık Kurumlarında Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme Uygulamaları	44
2.1.3. Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi	45
2.1.4. Sağlık Kurumlarında Kullanılan Performans Ölçme, Değerlendirme ve Yönetim Modelleri	47
2.1.5. Sağlık Kurumlarında Performans ve Kalite Göstergeleri	51
2.1.4.1. Sağlık Kurumlarında Girdi Ve Çıktı Göstergeleri	51
2.1.4.2. Sağlık Kurumlarında Sonuç Göstergeleri	53
2.1.4.4. Sağlık Kurumlarında Kalite Göstergeleri	57
2.1.4.5. Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi ve Bütçe İlişkisi	58
2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetleri Finansmanı	59
2.2.1. Sağlık Sistemi Performansının Değerlendirmesi	62
2.2.2. Sağlık Bakanlığı Uygulamalarında Performansa Göre Ödeme Sistemi	64
2.2.3. Ek Ödemeler	65
2.2.4. Kamu Hizmetlerinde Müşteri Odaklılık	67
2.2.5. Performans Sisteminin Sonuçları	68
2.3. Sağlık Kurumlarında Kalite	76
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b>	<b>79</b>
3.1. Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim ve Süreçler	79
3.1.1. Stratejik Yönetim Modeli	80
3.1.1.1. Stratejik Düşünme	82
3.1.1.2. Stratejik Planlama	82

3.1.1.2.1. Stratejik Yönetimin Süreçleri	82
3.1.1.2.2. Vizyon, Misyon, Strateji Kavramları	83
3.1.1.3. Stratejik Momentum	86
3.1.1.4. Stratejik Düzeyler	87
3.1.1.4.1. Şirket Düzeyi	87
3.1.1.4.2. Bölüm Düzeyi	87
3.1.1.4.3. Birim Düzeyi	88
3.2. Sağlık Sistemlerinde Balanced Scorecard İle Performans Ölçümü	88
3.2.1. Sağlık Kurumlarında Balanced Scorecard Kavramı	91
3.2.2. Sağlık Kurumlarında Balanced Scorecard'ın Amacı, Boyutları	92
3.2.3. Sağlık Kurumlarında Balanced Scorecard'ın Tasarımı, Uygulama Aşamaları	92
3.2.4. Sağlık Kurumlarında Balanced Scorecard Üzerine Yapılan Çalışmalar-Literatür Araştırması	94
3.3. Hastane Performansı Ölçüm Modeli Dünya Sağlık Örgütü PATH Yaklaşımı	100
3.4. Sağlık Kurumları Performans Ölçümünde Karar Destek Sistemleri ve İş Zekâsının Rolü	103
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM</b>	<b>105</b>
4.1. Araştırmanın Kavramsal Modeli ve Metodolojisi	105
4.1.1. Araştırmanın Konusu	105
4.1.2. Araştırmanın Amacı	106
4.1.3. Araştırmanın Önemi	107
4.1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları	108
4.1.5. Araştırmanın Yöntemi	108
4.2. Araştırma Verilerinin Analiz ve Bulguları	114
4.2.1. Güncel Durum Analizi	114
4.2.1.1. Misyon-Vizyon Bildirgesi İçerik Analizi Sonuçları	116
4.2.1.2. SWOT Analizi	117
4.2.1.3. Balanced Scorecard Boyutlarına Göre Stratejilerin Belirlenmesi	125
4.2.1.4. Balanced ScoreCard Bileşenlerine Göre Stratejik Amaç ve Performans Göstergelerini Belirleme	128
4.2.2. Balanced Scorecarda Dayalı Performans Yönetim Sistemi	137
4.2.2.1. Bulanık AHP Yöntemi İle Stratejik Amaçların ve Performans Kriterlerinin Önceliklendirilmesi	137
4.2.2.2. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İçin Balanced Scorecard Modeli Önerisi	147
4.2.3. BSC Tabanlı Performans Ölçümüne Dayalı Karar Destek Sistemi (İş Zekâsı) Uygulanması	149
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM</b>	<b>161</b>
5.1. Araştırmanın Amaçları ve Kuramsal Temelleri	161
5.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	162
5.3. Araştırma Bulguları ve Değerlendirilmesi	162
5.4. Sağlık Kurumları Yöneticileri ve Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler	167
KAYNAKÇA	169
EK 1-1: Konya İli Sağlık İstatistikleri	179
EK 5-1: Strateji Haritası	180
	180

## TEŞEKKÜR

Tanıştığım ilk günden itibaren benimle birebir ilgilenip her türlü çalışmamda destek ve yardımlarını esirgemeyen, bilim dünyasında kendime bir yer bulmamı sağlayan başta doktora danışman hocam Sayın Prof. Dr. Hasan Kürşat GÜLEŞ olmak üzere Kıymetli Hocalarım Prof. Dr. Mahmut TEKİN'e, Prof. Dr. Muammer ZERENLER'e, Prof. Dr. Vural ÇAĞLIYAN'a, Doç. Dr. Ömür Hakan KUZU'ya ve Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı ve Sivil Havacılık Yüksekokulu Havacılık Yönetimi Bölümü'nde birlikte çalıştığım öğretim üyesi/elemanı arkadaşlarıma;

Lisans eğitim hayatıma atıldığım günden bugüne gerek akademik gerekse öğrencilik hayatımda ihtiyacım olan bilgi ve beceriyi bana kazandırıp desteklerini esirgemeyen Ankara Üniversitesi Fen Fakültesi Matematik Bölümü / Siyasal Bilgiler Fakültesi İşletme Bölümü ve Selçuk Üniversitesi'nde bir şekilde yolumun keşiştiği üzerimde emeği olan tüm saygıdeğer hocalarıma;

Hem yüksek lisans hem de doktora çalışmalarım için gerekli olan maddi desteği sağlayarak (bursiyer) çalışmalarımı eksiksiz ve düzenli bir şekilde yürütmeme yardımcı olan TÜBİTAK BİDEB Kurumuna;

Dostlukları ile beni ödüllendiren hep yanımda olan başta Tarık ve Aslı TOPAK, Ezgi TÜRKOL olmak üzere tüm arkadaşlarıma;

Dünyaya gözlerimi açtığım günden itibaren hayatım boyunca her türlü konuda koşulsuz, sınırsız ilgi, sevgi, hoşgörü ve yardımlarıyla beni destekleyip her daim yanımda olan, bana sevmeyi seilmeyi, dürüst insan olmayı öğreten hayatımın anlamı Sevgili Aileme (Annem Nilüfer, Babam İsmail ve Ablalarım İdil ve Hilal ERGEN'e);

Evlendiğim günden beri en büyük desteğim hayat yoldaşım olan sevgili eşim Oğuzhan IŞIKLAR'a;

Ve ömrümün en güzel hediyeleri, yaşam sebeplerim, ailemizin gülen yüzleri, her şeyimiz, koşulsuz sevginin tek anlamları canım kızlarım Ada'm ve Irmak'ıma;

En içten, sonsuz, minnet ve şükranlarımı sunuyor, teşekkür ediyorum. İyi ki varsınız...

***Zeynep ERGEN IŞIKLAR...***





## ÖZ

Günümüzde ülkelerde sağlık sektörüne kaynak aktarma, aktarılan kaynakların sağlık hizmetleri arasındaki dağılımı, kaynakların kullanımı ve sunulan hizmetin kalitesi büyük önem arz etmektedir. Stratejik yönetimin artan önemi, kurumun gelişmesinin sadece bir alt birimde değil tüm alt birimlerde entegre bir şekilde iyileşme sağlamaya bağlı olduğunun anlaşılmasıyla birlikte hastanelerde yürütülen araştırmalar bütüncül ve yönetsel bir boyuta ulaşmıştır. Bütüncül bir değerlendirme için yöneticiler hastane performansının ölçülmesine odaklanmaktadır. Sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesini artırmak ayrıca kuruluşların faaliyetlerinde kontrol ve takip mekanizması geliştirmek için etkili bir performans değerlendirme sistemine ihtiyaç vardır. Bu nedenle tüm paydaşların çıkarlarını gözeten, stratejik amaçlara hizmet eden, hastanelerin spesifik özelliklerini dikkate alan bir performans ölçüm sisteminin kurulması gereklidir.

Bu çalışmanın konusu, -Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi güncel verilerini ve anket yöntemiyle elde edilecek verileri kullanmayı hedeflemektedir.- Böylece nicel ve nitel yöntemlerin entegrasyonu yoluyla etkin bir performans yönetim sistemi oluşturmaktır. Çalışma hastaneyi tüm boyutlarıyla ele alan bütüncül bir yaklaşım sergileyen balanced scorecard modeli ve alt boyutlarına ilişkin performans göstergeleri tespit edilerek oluşturulacak performans yönetim sistemi, tüm hastane alt modüllerini dikkate alan ve aynı anda hem analiz ve raporlamaya hem de planlamaya imkân tanıyacak bir karar destek modeli tabanına kurulmuştur. Bu kapsamda çalışmada ilk olarak araştırma konusuna yönelik literatür araştırılmıştır. İkinci aşamada hastane yöneticilerine uygulanan anket analiz edilerek hastanenin misyon, vizyon ve temel stratejileri belirlenerek SWOT analizi yapılmıştır. Yine bu anket verileri ile balanced scorecardın her bir alt boyutuna ilişkin anahtar performans göstergeleri ve stratejik amaçlar belirlenmiştir. Çalışmanın üçüncü aşamasında belirlenen performans göstergeleri ve stratejik amaçlar ikili karşılaştırma anketleri aracılığı ile birbirleriyle kıyaslanarak elde edilen veriler Bulanık AHP yöntemi analiz edilmiştir. Elde edilen tüm analiz sonuçları kullanılarak çalışmada son olarak hastanedeki tüm birimlerin entegre olduğu yönetsel süreçlere destek verecek bir karar destek modeli önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Performans Modellemesi, Karar Destek Sistemleri, Balanced Scorecard, Stratejik Yönetim, İş Zekâsı.



## KISALTMALAR

<b>AHP</b>	: Analitik Hiyerarşi Süreci
<b>BAĞ-KUR</b>	: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>BAHP</b>	: Bulanık Analitik Hiyerarşi Süreci
<b>BCC</b>	: Banker, Charnes, Cooper
<b>BI</b>	: İş Zekâsı
<b>BSC</b>	: Balanced Scorecard / Dengeli Kurumsal Karne
<b>CCR</b>	: Charnes, Cooper, Rhodes
<b>ECHHO</b>	: Avrupa Takas Odası (The European Clearing House on Health Care Outcomes)
<b>EFQM</b>	: European Foundation for Quality Management's Business Excellence (Avrupa İş Geliştirme ve Yönetimde Kaliteyi Arttırma Vakfı Modeli)
<b>GSYİH</b>	: Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla
<b>HBYS</b>	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
<b>JCI</b>	: Joint Commission International
<b>KDS</b>	: Karar Destek Sistemi
<b>PATH</b>	: Hastanelerde Kalite Geliştirme İçin Performans Değerlendirme Araçları Projesi (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals)
<b>SGP</b>	: Satın Alma Gücü Paritesi
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>SUT</b>	: Sağlık Uygulama Tebliği
<b>SWOT</b>	: Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar, Tehditler
<b>T. C.</b>	: Türkiye Cumhuriyeti
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UK NHS</b>	: United Kingdom National Health Service (İngiltere Ulusal Sağlık Servisi)
<b>VZA</b>	: Veri Zarflama Analizi
<b>WHO</b>	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
<b>YK</b>	: Yönetim Kurulu



## **GİRİŞ**

Sağlık hizmetlerinde stratejik yönetimin ve değer yaratan bir hizmet anlayışının ön plana çıkması ile hastalar için değer maksimize edilmesi yani en düşük maliyetle en iyi sonucun elde edilmesi yönündeki çalışmalar günümüzde gittikçe önem kazanmaktadır. Bu çalışmalar, strateji ve hedeflerin belirlenmesi, mevcut potansiyelin ortaya çıkarılması, sağlık sektöründeki paydaşların analiz edilmesi, verimlilik, kârlılık, performans gibi somut göstergelerin hesaplanması, finansal raporlama ile temel rasyoların kullanılması şeklinde sağlık sektörüne uyarlanmaktadır.

Faaliyet gösterilen alan ne olursa olsun performansın ölçülmesi ve değerlendirilmesi uzun yıllardır hem işletme sahiplerinin / kurumların hem de araştırmacıların üzerinde durdukları konuların başında gelmektedir. Performans ölçümünde önceleri sadece finansal göstergelerin hesaplanması neticesinde ortaya çıkan pozitif sonuçlar ve kârlılık durumunun iyi görülmesi performansın olumlu olarak değerlendirilmesi için yeterli görülüyordu. Fakat günümüzde teknoloji, küreselleşme gibi olguların etkisiyle hem iş gören, hem işveren hem de tüketicinin beklentileri hızla değişmeye başladı. Bu değişim eskiden var olan “ne üretirsem onu satarım” anlayışının yerini “müşterinin beklentilerini fazlasıyla karşılayacak şekilde üretip destek hizmetlerle sunabildiğim takdirde satarım” anlayışının yer edinmesine sebep oldu. Günümüzde gerek sanayi işletmelerinde gerekse hizmet işletmelerinde müşteri beklentilerinin ötesine geçme ve geleneksel stratejik yönetim algısı yerine paydaş katılımlı, şeffaf, hesap verebilir, adil, etkin kaynak kullanımına önem veren çağdaş stratejik yönetim prensipleriyle hareket etmek zorunlu hale gelmiştir. Bu zorunluluk yönetsel süreçlerde yeni yöntemlerin gelişmesine neden olmuştur.

Kaplan ve Norton tarafından 1992 yılında yapılan bir çalışmada yeni yönetsel süreçlerde performansı bütüncül bir yaklaşımla ölçmeye yarayacak yeni bir model önerilmiştir: “Balanced Scorecard/Dengeli Kurumsal Karne”. Önerilen BSC modeli işletmelerde sadece finansal performansı ölçmenin yeterli olmadığı ve sayısal göstergelerin yanı sıra sayısal olmayan göstergelerin de performans ölçümünde dikkate alınmasının gerekliliğinden hareketle geliştirilmiştir. BSC modeli 4 temel boyut altında işletmeleri bütüncül bir yaklaşımla değerlendirir: Müşteri Boyutu,

Finansal Boyut, İç Süreçler Boyutu, Öğrenme ve Gelişme Boyutu. İşletmeler stratejik yönetim süreçlerinde bu boyutların tamamını dikkate alıp dengeli bir yönetim modeli belirlemelidirler.

Sağlık kurumları kuruluş amaçları itibariyle insanı merkeze alan, sağlık hizmeti sunmayı, toplumun sağlıklı olmasını ve sağlıklı olma halinin devam etmesini sağlamayı hedeflemektedirler. Hizmet sektörünün en önemli bileşeni olan sağlık kurumlarında günümüzdeki değişime paralel olarak rekabet arttıkça hizmet sunum şekli de değişmeye başlamıştır. Bu değişim içerisinde performansı ölçmek, elde edilecek sonuçlara göre kaynak dağılımını yapıp süreçleri şekillendirmek oldukça önemli hale gelmiştir.

Bu önemden hareketle bu çalışmada bulunduğu bölgenin en önemli sağlık kurumundan birisi olan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için hastane yapısına, hizmet sunum şekline uygun, bütüncül bir yaklaşımla performans değerlendirmesi yapmaya yarayacak, yöneticiler için karar verme süreçlerine destek bilgi üretecek BSC tabanlı bir performans yönetim sistemi teorik ve uygulamalı olarak geliştirilmiştir. Bu kapsamda çalışma başlıca 5 bölümden oluşmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde; Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları Yönetimi konusu ele alınmıştır. Bu kapsamda sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık kurumları konuları tanım, özellik, içerik, kapsam ve yönetim açılarından literatür, uygulama örnekleri, güncel istatistiksel veriler bağlamında detaylı bir şekilde araştırılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde; Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi konusu ele alınmıştır. Bu bölüm'de performans kavramı kalite ve etkinlik bağlamında ele alınarak sağlık kurumları özelinde incelenmiştir. Sağlık kurumlarında performansı belirleyen girdi-çıkıtı göstergeleri, sağlık kurumları finansmanı, performans ilişkisi, kalite ve belirleyicileri sağlık bakanlığı istatistikleri literatür bilgisi çerçevesinde açıklanmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde; Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim ve Balanced Scorecard konusu ele alınmıştır. Bu kapsamda strateji, stratejik yönetim, stratejik planlama, BSC ile performans ölçümü, karar destek sistemi konuları incelenmiştir. Çalışmanın uygulama bölümüne rol model olacak literatürdeki mevcut çalışmalar ve yine uygulama bölümünde ele alınan karar destek sistemi iş zekâsı programlarının önemi de bu bölümde değerlendirilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde ise ilk üç bölümden elde edilen literatür bilgisinin ışığında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için Stratejik Performans Yönetim Sürecine Yönelik bir uygulama ele alınmıştır. Bu kapsamda araştırmanın önemi, amacı, konusu, sınırlılıkları, varsayımları, yöntemi ve analiz bulgularına yer verilmiştir.

Çalışmanın son bölümünde; araştırmanın amaçları, kuramsal temelleri, uygulama sonuçları ve araştırmanın kısıtları özetlenerek genel değerlendirmenin yanında önerilerde bulunulmuştur.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ

---

#### 1.1. Sağlık Tanımı

Sağlık, Türk Dil Kurumu Güncel Sözlüğü 'ne göre, “Vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” olarak ifade edilirken, tıp alan yazınında bu terim için yapılan geniş tanımlamalar mevcuttur. Göktürk (2012) sağlıklı olmayı, “bireyin bedensel, sosyal ve ruhsal olarak bir bütün halinde düzenli ve uyumlu olması” şeklinde tanımlamıştır (Göktürk, 2012: 4). Sağlık, bireyin kendisini iyi hissetmesi ve sistemler ile uyum içinde yaşayabilmesinden çok daha fazlası olduğundan alan yazınında bu kavrama yönelik farklı tanımlamalara yer verilmiştir (Somunoğlu, 1999: 51).

Sağlık; önceleri, fiziksel bir sakatlık olmaması ve gündelik hayatı devam ettirebilme yeteneği olarak tarif edilirken (United States Department of Health and Human Services, 1996: 3), 1990'ların ardından bu kavrama daha geniş anlamlar yüklenilmeye başlanmıştır. Sağlıklı olma halinin kişiden kişiye, toplumdan topluma ve hatta ülkeden ülkeye farklı hissedilmesi, anlam karmaşasının da ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle en geçerli tanım, sağlık bakımından tüm dünyanın dikkate aldığı bir otorite olan Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan sağlık kavramı dünyada kabul görmüş en genel tanımdır. Bu tanımlamada sağlık “yalnızca hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, -fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak gösterilmektedir (Araz, Harlak ve Meşe: 2007: 112). Burada hastalığın da ne olduğunu açıklamak gerekmektedir. Hasta olma durumu, Cantürk'ün aktarmasına göre, Dünya Sağlık Örgütü hastalık, hasta olmayı bireyin yalnızca dokularında ve hücrelerinde anormalliklerin oluşması şeklinde değil, bu anormalliklerin ya da başka etkenlerin bireyin fiziksel, sosyal ya da ruhsal durumunda rahatsızlıkların oluşması olarak ifade etmektedir (Cantürk, 2012: 4).



Robinson ve Elkan, sağlıklı olma halini anlatmak için genellikle negatif tanımlamalardan faydalandığını belirtmekte buna “hasta olmama” örneğini vermektedirler (Somunoğlu, 1999: 52).

İnsan haklarının en başında gelen sağlıklı olma hakkı, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde de tanımlanmıştır. Bildirgede sağlıklı olmak için şu sözlere yer verilmiştir: “*Herkes gerek kendisi gerek ailesi için, yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler dâhil olmak üzere sağlığını ve refahını sağlayacak uygun bir yaşama düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun bırakacak diğer hallerde güvenlik hakkının olduğu ifade edilmekte, bu hakkı sağlama görevi ise birçok ülkede anayasa ile devlete verilmektedir*” (İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi, 1948, Madde 25).

## **1.2. Sağlık Hizmetleri**

Hizmet; Arapça kökenli bir kelime olup Türkçede “birinin işini görme veya birine yarayan bir işi yapma” anlamına gelmektedir (TDK, 2015). Sağlık hizmetlerinde de aynı durum söz konusudur. Sağlık hizmeti söz konusu olduğunda bireyin sağlığını korumak, teşhis koymak ve tedavi etmek gibi iş kolları ortaya çıkmaktadır. Böylece sağlık hizmetinin, diğer hizmet sektörleri ile benzerlik gösteren ve bu hizmeti diğer hizmetlerden ayıran çeşitli önemli özellikleri mevcuttur.

Sağlık hizmetlerinin çeşitli standartları olmasına rağmen toplumdaki topluma sağlıklı olma kavramı değişkenlik gösterebilmekte, hatta bireyin kendini sağlıklı hissetme eşiği bile kişiden kişiye farklılaşmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin tanımlanmasını güçleştiren bir unsurdur. Sağlık hizmetinin sunuş biçimi, ülkenin sağlık politikalarına, hizmetlerin finanse biçimlerine, örgüt şeması ve kültürüne göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bunun yanı sıra yine coğrafi ve kültürel farklılıklar, sağlık hizmetlerinde oluşan talep ve arzın boyutlarını da etkileyebilmektedir (Cantürk, 2012: 5).

### **1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı**

Sağlık hizmetleri, bireyin sağlıklı olma hakkını koruması için görev alan kurumların yaptığı işe verilen genel isimdir. Bu kurumlar, var olan hastalıkları gidererek bireyi sağlığına kavuşturmak, sağlıklı bireyin ise hastalıklara karşı mücadele vererek sağlıklı olma halini korumak için hizmet vermektedir (WHO, 2004: 17).

Bireyin sağlık hizmeti alma gereksinimi tıbbi olarak bedensel, ruhsal ya da sosyal bütünlüğünün bozulmasından önce başlamaktadır. Bu durum ileride ortaya çıkabilecek hastalıkların önüne geçmek için ortaya çıkmıştır ve koruyucu sağlık hizmeti kapsamındadır. Kişinin bedensel, ruhsal ya da sosyal bakımdan bir hasta haline dönüşmesi ile sağlık hizmeti alma süreci yeniden başlamakta (Bowling, 2014: 18), var olan hastalığın tedavisi yapılırken oluşabilecek hastalıkların gelmesi de önlenmektedir. Bu sistem ise sağlık hizmetlerinin tedavi edici boyutunu oluşturmaktadır (Ardıç ve Baş, 2001: 70).

### 1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de verilen hizmetlerin ayırıcı özellikleri mevcuttur. Ancak bu özelliklerin detaylarına geçmeden önce, sağlık hizmetlerinin diğer hizmet biçimleri ile benzerlik gösteren özelliklerine değinmekte fayda vardır. Bu özellikler, bir sektörün piyasa ekonomisi içindeki önemini vurgulayabilme amacı ile ortaya çıkmıştır ve bu sayede hizmetin ekonomiye katkılarını hesaplamak mümkün hale gelmektedir (Ener ve Demircan, 2008: 63).

Hizmet sektörlerinin öne çıkan genel özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Sayım, 2009: 257):

- i. Hizmetler elle tutulamaz ve sayılamaz. Bunların temel sebebi bireyin hayat kalitesini arttırmak ve ihtiyaçlarını gidermektir.
- ii. Hizmetler, buldukları yerde verilirler ve üreticilerinden, yani kaynaklarından ayrılamazlar.
- iii. Hizmetler ihtiyaç doğrultusunda üretilir ve depolanarak daha sonra satılması mümkün değildir.
- iv. Hizmetlerin kalitesi ve kalite algıları müşteriye göre ve hizmetin çeşidine göre değişkenlik göstermektedir.

Sağlık hizmetlerini diğer hizmet biçimlerinden ayıran özellikler de mevcuttur. Bu özelliklerden en belirgin olanları ise şu şekilde sıralanabilir (Cantürk, 2012: 37; (Sayım, 2009: 257 ve Akbelen, 2007: 7):

#### *i. Kamusallık Özelliği:*

Sağlık hizmetleri topluma verilmektedir. Bu nedenle en önemli özelliği kamusallık özelliğidir. Sağlık hizmetlerinde kişisel ayrımlar söz konusu olamaz ve bu hizmetler herkese eşit biçimde, eşit mesafede verilmek durumundadırlar.

#### *ii. Dışsallık Özelliği:*

Sağlık hizmetleri zorunlu ihtiyaçlardan doğmaktadır. Bu nedenle fiyatlandırılması oldukça güçtür. Dışsallık özelliği sektörde olumlu ya da olumsuz etkilere sebep olabilmektedir. Üretim yapılan hizmetin ölçülememesi sağlık alanında yatırım yapılmasına yönelik kararları zorlaştıran bir unsurdur. Sağlık kurumlarının buldukları çevreye getirdikleri ölçülemeyen etkenler mevcuttur. Bunlar, bakılan ve tedavi edilen birey sayısının dışında kalan, kalkınmayı getiren etkenlerdir ve dışsallık nedeni ile tam bir mikro iktisadi ölçüm yapmak mümkün olmamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde dışsallık, yapılan yatırımın ekonomik getirilerden ziyade toplumsal faydalar sağlamasına dayalıdır. Bu nedenle bu alanda yatırım yapılırken ekonomik ölçümler yerine sağlayacağı dışsallığın daha fazla olacağını kabul edilmesi gerekmektedir. Dışsallık bakımından sağlık hizmetlerinde fayda-maliyet kıyaslamasının yapılabilmesi için hastalıkların toplumda görülme sıklığındaki azalma ve bu hastalıklar için harcanacak toplam maliyetteki düşüşleri göz önünde tutmak mümkündür.

### ***iii. Hekim ve Kurum Seçebilme Özelliği:***

Sağlık hizmetlerinde hekim ve kurum seçmek gibi haklar söz konusu olsa da bu hizmeti alıp almamaya karar vermek kişisel kararlar arasında yer almamaktadır. Devlet tarafından da sağlanan ve bireysel tercihlerin çok büyük etkisinin olmadığı hizmetlere verilen “erdemli mal” ismi, sağlık hizmetleri için de geçerli bir kavramdır. Bu hizmetler, optimum bir düzeyde üretilmeye devam etmekte ve hizmetin verilme biçimi hizmeti veren personel tarafından (hekimler ve diğer sağlık personeli) belirlenmektedir.

Sağlık hizmetlerini alma konusunda çeşitli yasal zorunluluklar da mevcuttur. Örneğin aşı hizmetlerinin çocuklara yapılması zorunluluğu toplumsal sağlığın korunması açısından oldukça önemlidir ve kişisel tercihlere bırakılması mümkün değildir. Bu özelliği dolayısıyla sağlık hizmetleri diğer hizmetlerden ayrılmaktadır.

### ***iv. Denetlenme ve Gözetlenme Özelliği:***

Sağlık hizmetlerinde üretilecek olan hizmetin ve bu hizmetin sunum biçimlerinin nasıl olması gerektiğini belirleyen bir otorite söz konusudur. Sağlık kurumu özel olsa bile bu hizmeti sunabilmesi için bulunduğu devletin yasaları ve ilgili kurumları tarafından sürekli denetim ve gözetim altında tutulmaktadır. Sağlık kurumlarının sayısındaki artış nüfus artışı ile orantılı olmakta; yatırımlar ile ilgili otoriteler tarafından yönlendirilmektedir.

Sağlık kurumlarında yapılan hizmet üretiminde tek yetkili kurumun bağlı olduğu devlet değil, aynı zamanda uluslararası otoritelerdir. İlaç ve sağlık alanında uluslararası kabul görmüş birimler, ülkelerin sağlık sistemlerine, bu sistemler içinde faaliyet gösteren kurumlara, çeşitli akreditasyon ve standartlar ile müdahale edebilme yetkisine sahip olmaktadır.

### ***v. Bilgi Asimetrisi Özelliği:***

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi mevcuttur. Sağlık hizmeti alımı esnasında uzman bir sağlık personeli ve hasta bulunmaktadır. Bilgi bakımından tarafların kıyaslanamaması bilgi asimetrisi olarak tabir edilmektedir ve sağlık hizmetlerinin tamamında söz konusu durumdur.

Bilgi asimetrisinin varlığı hizmet almak isteyen bireylerin belirsiz durumlarda seçim yapması anlamına gelmektedir. Bu durumda genellikle hastaların nasıl bir tedavi yöntemi izlemesi gerektiği hakkında ilgili sağlık personeli öneriler getirmekte ve hastanın kabul etme ya da etmeme hakkı bulunmaktadır.

### ***vi. Zaman Belirsizliği (Zamansızlık) Özelliği:***

Sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyulacağından emin olmak mümkün değildir. Bu durum hizmet üretimi ile ilgili olarak tahminler yapılmasını engellemekte, kimi koşullarda sağlık hizmetleri yetersiz kalabilmektedir. Yaşanan bir doğal afet ya da salgın, ani şekilde sağlık hizmetlerine karşı talebi arttırabilmektedir. Bu durumlara karşı sağlık kurumlarının sürekli hazırda olması, ihtiyacı giderecek kadar

ilaç ve malzemeyi envanterinde bulundurması, onları kolaylıkla temin edebileceği bağlantılarının var olması gerekmektedir.

### ***vii. Ertelenmezlik Özelliği:***

Sağlık hizmetleri ertelenemez. Sağlığın bozulması söz konusu olduğunda kişinin kendi tercihlerinin yanı sıra etrafını da tehlikeye atması ihtimali olabilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğu anda bu hizmetin ulaşılabilir mesafede olması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri bu gerekliliği hem bireysel hem de toplumsal faydayı bir arada sağlamaktadırlar.

### **1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık hizmetlerinin verilme amacı ve verilme biçimleri, sağlık kurumlarının da kategorilere ayrılmasına olanak tanımaktadır. Bu aşamada sağlık hizmetlerinin iki temel üzerine inşa edildiğini ifade etmek mümkündür. Bunlar, koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri şeklindedir. Bu sınıfların yanına bireyi fiziksel ya da sosyal olarak iyileştiren ve topluma ayak uymasına yardımcı olan rehabilite hizmetleri de eklendiğinde sağlık hizmetleri üç temel sınıfa ayrılmış olmaktadır (Sayım, 2009: 256).

Sağlık hizmetlerini konularına, yani uzmanlık alanlarına göre de kategorilere ayırmak mümkündür. Sağlık hizmetinin alınacağı kurum ne kadar gelişmişse burada verilen sağlık hizmeti çeşitliliği ve detayı da artmaktadır. Konularına göre sağlık hizmetleri ayrımı yapıldığında cerrahi, doğum, ortopedi, cilt ve deri hastalıkları, çocuk gibi yeni uzmanlık alanlarına girilecektir. Her bir uzmanlık alanı birbiri ile koordineli çalışmakta ve alt uzmanlıklara da ayrılmaktadır (Akbelen, 2007: 5).

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasını en iyi anlamanın yolu bunların amaçlarını detaylandırmaktır. Sağlık hizmetlerinin oluşmasındaki en önemli sebep bireyin ilk hakkı olan sağlıklı olma hakkını sağlamaktır (WHO, 2006: 4). Sağlıklı olma kişinin kendisini güçlü ve mutlu hissetmesinin en önemli etkenidir. Sağlık hizmetlerini diğer hizmet dallarından ayıran en önemli amaç ise bu hizmetlerin kişilerin ve toplumun ihtiyaç duyduğu bakım ve tedavilerini en düşük maliyetlerle gerçekleştirmek olmasıdır (Berwick ve Hackbarth, 2012: 1513).

Sağlık hizmetleri, varlıkları ile makro düzeyde ekonomiye de katkı sağlarken diğer taraftan nitelikli personelin de eğitilmesine imkân verecek ülkelerin kalkınmasında önemli rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinde verimlilik amacı daha fazla üretim ile daha fazla müşteriye satış yapmak değil, eldeki kaynaklar ile en fazla sayıda bireye yardımcı olmaktır (Cantürk, 2012: 14).

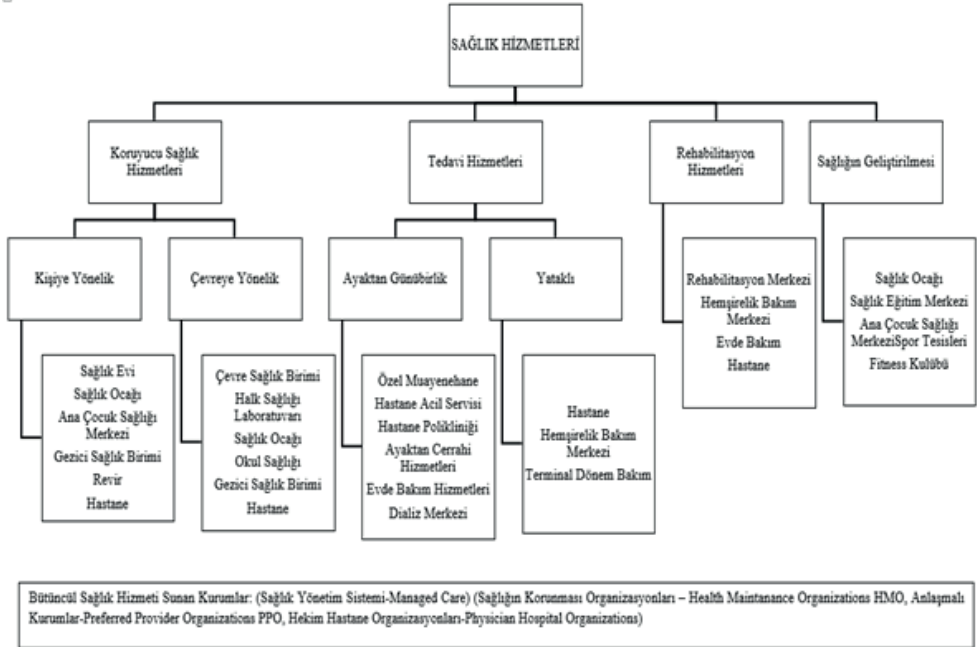
Sağlık hizmetleri, amaçları bakımından incelendiğinde üç temelde öne çıktıkları görülmektedir. Bunlar koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerdir:

### ***I. Koruyucu Sağlık Hizmetleri***

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık olmadan önce verilmeye başlayan hizmetlerdir. Bu nedenle bireyin hasta olmaması için gereken düzenlemeleri içeren

hizmetler, önleyici/koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında incelenmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri devletin güvencesi altındadır ve çevre düzenleme, bağışıklama, su temizliği gibi aktiviteleri kapsamaktadır (Zhang ve Oldenburg, 2014: 87). Bu hizmetlerin tek başlarına fayda analizlerini yapmak mümkün olmamaktadır. Yapılan koruyucu sağlık hizmeti aktiviteleri toplumsal sağlığı korurken diğer taraftan daha büyük ekonomik kayıpların da önlenmesini sağlamaktadır (Kılıç ve Koç, 2014: 36).

Şekil 1-1: Sağlık Hizmetleri



**Kaynak:** Mehmet Top, (2011), Sağlık Hizmetleri / Kurumları Yönetimi ve Sağlık Turizmi, Hacettepe Üniversitesi, **İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü**, Eğitim Sunusu.

### a. Kişiyeye Özel Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiyeye özel koruyucu sağlık hizmetleri, bireyden topluma hastalık yayılmasını önleyen sağlık hizmetleridir. Bireyin bağışıklık kazanmasını sağlayan aşılama, annelere verilen çocuk bakımı eğitimleri, kişisel temizlik, doğum kontrol yöntemleri ve tıbbi konularda sunulan eğitim kişiyeye özel koruyucu sağlık hizmetleri arasında gösterilmektedir (Akbelen, 2007: 5). Bu sağlık hizmetleri kapsamında kazanılan bireyler toplumda çevrelerindeki bireylerin de sağlıklı bireyler olmalarını sağlayacaktır.

### Çevre ve Topluma Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Doğrudan bireyleri hedef almayan, hizmetin verildiği bölgede bulunan kişilerin tamamını kapsayan sağlık hizmetleridir. Çevre temizliği, tütün ve alkol konusunda eğitim, yeterli ve temiz suyun halka tahsis edilmesi, atık kontrolü, radyasyon kontrolü gibi toplumun sağlığını tehlikeye atabilecek durumların devlet tarafından

yasa ve kontroller ile önlenmesi için verilen sağlık hizmetleridir (Şengezer vd., 2014: 42).

Çevre ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri amacına ve yapılaş şekline göre üç temel başlık altında incelenebilir:

i. Birincil Koruma (Primer)

Birincil korumada bireysel ya da toplumsal olarak bireylerin bilinçlendirilmesi amaçlanmaktadır. Böylece hastalık riskini en aza indirerek, doğum kontrol yöntemi gibi toplumsal konuları doğrudan etkileyen, kişilerin kendilerini sağlıklı hissetmelerini sağlamayı hedefleyen ilk basamak koruyucu sağlık hizmetleridir (Cantürk, 2012: 17).

ii. İkincil Koruma (Seconder)

Hastalıkların başlaması halinde derhal bitirilmesi için önlemlerin alındığı, erken tanı ve tedavilerin gerçekleştirilmeye başlandığı ikinci düzey koruma hizmetleridir (Türkmen, Badır ve Ergün, 2012: 223).

iii. Tersinir Koruma

Bir hastalık söz konusu olduğunda; bireyin tedavi olasılığı yoksa ya da kalıcı bir hasar durumu söz konusuysa; bireyin bununla yaşamasını öğretici ve hastalığın ilerlemesini önleyici sağlık hizmetleridir (Cantürk, 2012: 17).

II. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık teşhisinin konulmasının ardından sağlık eğitimi almış personel tarafından verilmeye başlanan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler, kişinin ilerleyen zamanda hastalığın yıkıcı etkileri ile karşılaşmasını önlemenin ilk adımıdır. Hasta bulgular hakkında bilgilendirilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetini devlet ve özel sektöre ait kurumlar verebilmektedir(Aybal vd., 2012: 68).

a. **Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Birinci basamak tedavi hizmetleri genellikle hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarında verilmektedir. Hastalık durumunun büyümesi sürecinde bu hizmetlerin önemli rolleri vardır. Burada ilk teşhis konulmakta ve tedaviye başlanmaktadır. Genellikle evde bakım hizmetleri ve ayakta tedavi hizmetleri şeklinde uygulanmaktadır (Aybal ve diğerleri, 2012: 68).Teşhis ve tedavinin yetersiz olması durumunda hasta ikinci basamak tedavi hizmeti veren kurumlara yönlendirilmektedir.

### b. İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak tedavi hizmetleri hastane ve diğer sağlık merkezlerinde verilen, uzman hekimler eşliğinde, birinci basamak tedavi hizmetlerine oranla daha yüksek teknolojinin kullanıldığı hizmetlerdir. Bu hizmet birimleri yalnızca devlet tarafından değil, ülkemizde şirketler tarafından da verilmektedir (Altay, 2007: 42).

### c. Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileşme için yeterli olmadığı, yatarak tedavi ya da cerrahi müdahale gerektiren, yüksek teknolojinin kullanıldığı sağlık hizmetleridir. Genellikle üniversite hastaneleri uzman kadrosu, kullanılan son teknoloji tıbbi bilgi ve cihazlar ile üçüncü basamak sağlık kurumları olarak nitelendirilmektedir (Tezcan vd., 2013: 57).

## III. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon; bireyin yaşadığı sağlık sorunlarına karşı onun yaşam biçimini yeniden şekillendirerek buna uyum sağlaması için bireye yardımda bulunarak onu alıştırmak anlamına gelmektedir. Rehabilitasyon hizmetlerinde kalıcı bir rahatsızlık yaşayan bireyin gündelik yaşamaya yeniden adapte olabilmesine olanak tanıyacak aktivitelere yer verilmektedir. Fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon hizmetleri ile bireyin içinde bulunduğu durum hakkında farkındalığı yaratılırken diğer taraftan endişelerinin giderilerek sosyal yaşama yeniden katılması hedeflenmektedir (Ağırbaş vd., 2012: 104).

### 1.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanımlamaya göre, sağlık hizmetlerinde kalite, bilgi ve deneyim birikimini ifade eden ve dünya standartlarını taşıyan sağlık hizmetleri anlamına gelmektedir (WHO, 2006: 3). Bu sebeple sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasına yönelik pek çok politika gündeme gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinde kalite, hasta ve yakınları (müşteri) tarafından algılanan düzeye göre değişkenlik göstermektedir. Sağlık alanında müşteri memnuniyetinin sağlanması en zor sektörler arasında yer almaktadır (Baş ve Ardıç, 2001: 71). Sağlık sistemlerinde kaliteyi ölçmek için pratik ve uygulanabilir net bir ölçek bulunmamaktadır. Bu nedenle genellikle kalitenin anlaşılabilmesi için performansla dayalı ölçüm teknikleri kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 19).

Sağlık sistemlerinde iyileştirmeye gitmek, sağlık için kalitenin ne ifade ettiğinin belirlenmesi ve bölgede uygulanan sağlık sistemindeki eksikliklerin neler olduğunun ayırt edilmesi gerekmektedir (WHO, 2006: 9). Çünkü sağlık hizmetlerinin özelliklerinden dolayı kaliteleri için genellemeler yapmak doğru olmamaktadır. Hizmetin aniden ortaya çıkan bir ihtiyaç neticesinde yerinde alınması, bilgi bakımından hizmet alan ve veren arasındaki eşitsizlik, müşterinin hizmet kalitesi konusunda net fikir sahibi olmasının önüne geçmektedir (Devebakan ve Aksaraylı, 2003: 40).

Dünya Sağlık Örgütü, bilgi asimetrisi olmasına karşın, insanların en kaliteli biçimde sağlık hizmetine ulaşması gerekliliğinin altını çizmekte ve bunun insan haklarının temeli olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle, sağlık sistemleri için izlenecek olan ülke politikalarının kaliteyi arttırmayı hedeflemesi gerektiğini belirten Dünya Sağlık Örgütü, kurumsal tabanda kalite artırma çabalarına devletlerin teşvik edici reformlar ile destek olması gerektiğini ögütlemektedir. Devletten sonra bu konuda ikinci görev kurum yönetimlerindedir (WHO, 2006: 5).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmaya yönelik tavsiyeleri ise şu şekilde sıralanabilir (WHO, 2006: 6):

- i. Öncelikli amaç hasta için en kısa tedavi yöntemini seçmek, kaynakları en verimli biçimde değerlendirecek sistemi kurmak ve hastayı konu hakkında bilgilendirmek olmalıdır.
- ii. Elde edilen tüm bulgular tasnif edilmeli ve bilgi depolanmasına önem verilmelidir. Bilgi depolanması hastalar için bireysel şekilde yapılırken kurum içindeki tüm işlemler için geçmiş gözlem, deney ve sonuçlar kayıt altına alınmalıdır.
- iii. Geçmiş döneme ait aktiviteler ve sonuçları hem hastaların hem personelin gözünden değerlendirilmeli, konuya ilişkin bireylerin görüşleri alınmalı, yapılan değişiklikler geleceğe ışık tutması açısından yorumlanmalıdır.
- iv. Sağlık hizmeti verilen bölgenin demografik ve kültürel özellikleri göz önünde bulundurulmalı, personel, hasta ve yakınlarına buna uygun yaklaşım sergilenmeli, bölgede yaşayanların değerlerine saygı duyulmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilebilmesi ve eşitlikçi anlayışın gelişerek devam etmesi bu sektörün en önemli gerekliliklerindedir. Bu nedenle devletler sürekli olarak sundukları sağlık hizmetlerini geliştirme çabasına girmişlerdir. Kaliteyi yükseltmek adına, kimi devletlerde sağlık hizmeti veren kurumlar arasına özellerinin eklenmesinin önü açılmıştır (Jenck ve Dobson, 1985: 1494). Bu sayede artan rekabet ortamında kurumların hastaların kalite algılarını yükseltmek ve hasta sadakatini sağlamak üzere çeşitli çalışmalar yaptıkları görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için izlenen yöntemlerden biri de –özellikle sağlık hizmetleri bakımından gelişmekte olan ülkelerde- yabancı yatırımcıların sağlık sektörüne girmelerine izin verilmesinin sağlanmasıdır. Bu durumda da yatırımcılar pazarda tutunabilmek ve pay sahibi olabilmek için kalite standartlarını yükseltme eğilimine girmektedirler (Ener ve Demircan, 2008: 72).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için bu hizmetlerin piyasa koşullarına uygun olması konusunda akademik çevrelerde tartışmalar mevcuttur (Sayım, 2009: 258). Bu hizmetlerin kâr amacı gütmeyen, birey ve toplumun sağlığına hizmet etmesi gerektiğini savunan çevreler, özel ya da devlete ait sağlık kurumlarında kalitenin yükseltilebilmesi için dünya genelinde otorite sahibi birimler tarafından



geliştirilen kalite standartlarının ve akreditasyonların yerleştirilmesi gerektiğini ifade etmektedirler (Güngören ve diğerleri, 2013: 224).

Joint Commission International (JCI) adı verilen bir akreditasyon sistemi, kurumsal bazda kaliteli hizmet vermenin bir güvencesi olarak uluslararası boyuta ulaşmıştır. Bu akreditasyon belgesi için gerekli kalite koşullarının sağlanması durumunda kurumlar belgeyi almaya hak kazanarak kalite yönetim sistemlerinin güvenilirliğini gösterme hakkına sahip olmaktadır. Ancak, JCI belgesi, geçici bir belgedir ve kurumun istenen kalite şartlarını bozması halinde belgenin yenilenmesi mümkün olmamaktadır. JSI belgesini almak için gereken en önemli koşullar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen kalite koşulları ile uyum halindedir (Yalçın ve Acar, 2010: 12).

Yine Dünya Sağlık Örgütü'nün kalite için olmazsa olmaz ilkelerine bakıldığında ise şu öneriler ile karşılaşılır (WHO, 2006: 9):

- i. **Verimlilik:** Kaliteden bahsedebilmek için yapılan tüm sağlık aktivitelerinin en verimli biçimde uygulanması ve kaynakların en fazla sayıda insana yarar sağlaması amaçlanmalıdır.
- ii. **Etkinlik:** Uygulanan sağlık hizmeti durumu kurtarmayı değil, en fazla faydayı sağlayacak biçimde, hastayı tam olarak iyileştirmeye yönelik olmalıdır.
- iii. **Ulaşılabilirlik:** İhtiyaç duyulduğu an zaman kaybetmeden ve çeşitli endişelere kapılmadan hastanın sağlık kurumlarına ve sağlık personeline ulaşabilmesi sağlanmalıdır.
- iv. **Hasta merkezli yaklaşım:** Sağlık kurumlarında hastanın istek, değer ve endişeleri göz önünde tutulmalı, hastanın sağlığı ilk sıraya konulmalı ancak fikirlerine de saygı duyulmalı, şikâyetleri dikkatle dinlenmeli ve bulgulara ulaşmak için detaylı incelemeler yapılmalıdır.
- v. **Eşitlik:** İnsanlar ve hastalar arasında cinsiyet, ırk, din, dil ve benzeri ayırım yapılmadan herkese eşit mesafede durulmalı, her hastalık önemli sayılmalıdır.
- vi. **Güvenlik:** Uygulanan sağlık hizmeti aktiviteleri hastanın ve çevresinin güvenliğini tehlikeye atmamalı, tedavi edici hizmetler koruyucu hizmetleri de içermelidir.

### 1.3. Sağlık Kurumları

Sağlık kurumu; kişinin ve çevrenin sağlıklı olması, hastalıkların önlenmesi ve var olan hastalıkların tedavi edilmesi amacı ile hizmet veren kurumların tamamına verilen en genel isimdir. Bu kurumların ülkeden ülkeye değişkenlik gösteren özellikleri olduğu gibi, dünyanın her yerinde aynı standartlarda hizmet verilmesini amaçlayan uluslararası standartlar da mevcuttur.

### 1.3.1. Sağlık Kurumlarının Özellikleri

Sağlık kurumları, bireyin temel hakkı olan sağlıklı olma hakkını sağlamaya yönelik olarak hizmet veren kurumların tamamına verilen ortak isimdir. Bu kurumlar, koruyucu sağlık hizmeti yatırımları, teşhis edici sağlık hizmeti yatırımları ve tedavi edici sağlık hizmeti yatırımları sonucunda ortaya çıkmaktadır (Sayım, 2009: 256).

Sağlık kurumları, verdikleri hizmet ve kapasitelerine göre sınıflandırılmakta ve buna uygun olarak özellikleri de değişmektedir. Ancak tamamında ortak olan bazı özellikler vardır ve bu özellikler şöyle sıralanabilir (Demirbilek ve Çolak, 2008: 94-95 ve Can ve İbicioğlu, 2008: 256 ve TUBİTAK, 2003b: 2-3):

- i. Girdiler ve çıktıların kıyaslanması, tanımlanması ve hesaplanması oldukça güçtür.
- ii. İşlemler kesin bir sıraya sahip değildir, birimler birbirleri ile bağlantılıdır ve teşhisler için detaylı incelemeler gerekmektedir.
- iii. İhtiyaçlar ve müdahaleler acil, ertelenemez ve maddi ölçüm yapılamaz biçimdedir.
- iv. Sağlık hizmeti her kurumda eğitim sahibi personel tarafından verilir.
- v. Her sağlık kurumunun öncelikli hedefi “insan” olgusudur.
- vi. Birimler ve çalışanlar arası koordinasyon ve bilgi akışı oldukça önemlidir, bu sağlık kurumlarının eşgüdüm özelliğidir.
- vii. Sağlık kurumlarında kurumsal hedeflerden çok mesleki hedefler mevcuttur ve personel her vakaya eşit önemle yaklaşmaktadır.
- viii. Hastalık aynı olsa bile her bireye ayrı ayrı teşhis konulmakta ve kişisel tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.
- ix. Üretimin stoklanması mümkün değildir. Sağlık kurumlarının her an toplu biçimde sağlık hizmeti vermeye hazır şekilde bulunmaları gerekmektedir.
- x. Sağlık kurumlarında bireyler arası ayırım yapılamaz.
- xi. Her sağlık kurumunda bir adet sağlık eğitimi almış bir adet de ekonomi bilgisine sahip idari amir mevcuttur.
- xii. Her sağlık kurumunda verilen hizmet ve hastanın özellikleri ile ilgili kayıt tutulur.

### 1.3.2. Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması

Bir önceki bölümde de bahsedildiği üzere, sağlık kurumları verdikleri hizmet bakımından sınıflandırılmaktadır. Ancak bu sınıflama yalnızca verilen hizmete göre değil, konum ve kademelerine göre de yapılmaktadır. Kademelere göre sağlık kurumları ayrımı yapıldığında, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları ortaya çıkmaktadır (Sayım, 2009: 256).

Sağlık hizmetlerinin amaçlarına göre de sağlık kurumları sınıflandırılmaktadır. Koruma amacı güden sağlık hizmeti veren kurumlar, aile hekimleri, aile sağlık

merkezleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, otel, havaalanı, okul vb. gibi kamu kurumlarındaki revirler, iş yeri hekimlikleri koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlardır ve “birinci basamak sağlık kuruluşu” ortak adını almışlardır (Aybal ve diğerleri, 2012: 68). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında primer, sekonder ve tersinir koruma yöntemleri uygulanmakta, toplumun ve bireyin sağlıksız etkenlerden uzak kalması ya da var olan hastalık hakkında bilgi sahibi yapılarak bununla baş etmesi için gereken hizmetler verilmektedir (Kılıç ve Koç, 2014: 37).

Toplumun ve bireyin yaşam standartlarını olumsuz etkileyen, toplumda çok sık rastlanılan pek çok bulaşıcı olmayan hastalığın ilk belirtilerinin birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda yakalandığı bilinmektedir. Bu yönü ile toplumsal sağlık düzeyinin korunması ve yükselmesinde bu sağlık kuruluşlarının hayati önemi mevcuttur (Zhang ve Oldenburg, 2014: 88).

İkinci basamak sağlık kurumlarında hastaların ayaktan ya da yatarak tedavi edilmeleri sağlanmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına göre uzman hekimlerin ve daha yüksek teknolojinin bulunduğu hastaneler ikinci basamak kurumlardır. Bu kurumlarda belirli bir yatak kapasitesi/doktor ve hemşire oranı, acil durum birimi, ambulans giriş parkuru gibi zorunluluklar mevcuttur (Cantürk, 2012: 17).

Üçüncü basamak sağlık kurumları ise yüksek teknoloji ile donatılmış, cerrahi müdahaleye uygun ve uzmanlık dalları bakımından daha zengin, aynı zamanda da sağlık konusunda eğitim veren sağlık kuruluşları üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak nitelendirilmektedir. Bu kurumlarda tıbbi araştırma geliştirme çalışmaları ve akademik kadrolara da yer verilmektedir. Üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlardır (Durusoy ve diğerleri, 2011: 2).

- i. **Birinci Basamak Sağlık Kurumları:** Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlardır.
- a. **Sağlık evi ve sağlık ocakları:** Nüfusun az olduğu kırsal bölgelerde hizmet veren sağlık kurumlarıdır. Aşılama, doğum kontrol gibi koruyucu hizmetler de vermektedirler. Bu kurumlarda doktor, hemşire, ebe ya da ebe-hemşire, sağlık memuru bulunması zorunludur. Kimilerinde laboratuvar teknisyenleri ve çevre teknisyenleri de görev almaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Toplum Sağlığı Merkezleri, 2015).
- b. **Ana-çocuk merkezleri ve aile planlaması merkezleri:** *Sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç bakımından toplumun en öncelikli kesimini oluşturan kadın, anne ve çocukların sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetleri bütünü içerisinde ailelere aile planlaması hizmetlerini ve diğer sağlık kuruluşlarıyla 28 iş birliği içinde diğer ana çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumunu koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirmek üzere kurulan sağlık kurumlarıdır (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Yönetmeliği, 1997).*

- c. Dispanserler:** Küçük dal merkezleridir ve bu kurumlarda dala göre uzman hekim ve hemşireler görev yapmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Toplum Sağlığı Merkezleri, 2015).
- d. Aile sağlık merkezleri:** Ambulansı bulunan ve acil müdahale yapabilen, daha gelişmiş sağlık ocaklarıdır. Teknisyen, şoför gibi elemanları da mevcuttur ve devlete bağlıdır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Toplum Sağlığı Merkezleri, 2015).
- ii. **İkinci Basamak Sağlık Kurumları:** İkinci basamak sağlık hizmeti veren yataklı ya da ayakta tedavi merkezleri olup uzman hekimlerin görev aldığı birimlerdir.
- a. Özel Muayenehaneler:** Uzman doktorlar tarafından bireysel ya da birkaç hekimin bir araya geldiği açılmış özel teşhis ve tedavi birimleridir. Diş hekimlerinin muayenehaneleri en yaygın örnektir (Cantürk, 2012: 29).
- b. Acil/Günübirlik Cerrahi Merkezleri:** Yatış gerektirmeyen acil müdahalelerin yapıldığı cerrahi birimlerdir. Bu birimlerde müdahalenin yetersiz olması durumunda hastanın ilk müdahalesi yapıldıktan sonra daha büyük sağlık kurumlarına yönlendirilmesi yapılmaktadır (Cantürk, 2012: 29).
- c. Hastaneler:** Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hastaneler, öncelikle teşhis eden, izleme amacı ile müşahede (gözlem) altında tutan, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri veren ve önerilerde bulunan, hastaların kısa, orta ya da uzun süreli olarak hizmet alabilecekleri sağlık kurumlarıdır (Can ve İbicioğlu, 2008: 255).
- iii. **Üçüncü Basamak Sağlık Kurumları:**
- a. Üniversite Hastaneleri:** Ülkelerdeki en teknolojik ve en modern tıbbi hizmet birimleridir. Bu birimlerde hem teşhis, hem tedavi hem de bilimsel araştırmalar yapılarak sağlık personelinin eğitimleri de gerçekleştirilmektedir. İleri derecede tetkik ve müdahale gerektiren durumlar ile bu hastaneler ilgilenmektedir (TÜBİTAK, 2003a: 12).

### **1.3.3. Türkiye'de Sağlık Kurumlarının Yapısı**

Türkiye'de devlete, özel şirketlere ve dernek/vakıflara bağlı sağlık hizmeti veren kurumlar mevcuttur. Bunun yanı sıra hekimlerin kişisel olarak kullandıkları muayenehaneler ve poliklinikler de bulunmaktadır. Örneğin Kızılay'ın sunduğu sağlık hizmetleri bir dernek biçimidir (Cantürk, 2012: 24). Benzer Lösemili Çocuklar Vakfı'na ait uzmanlaşmış hastaneler mevcuttur.

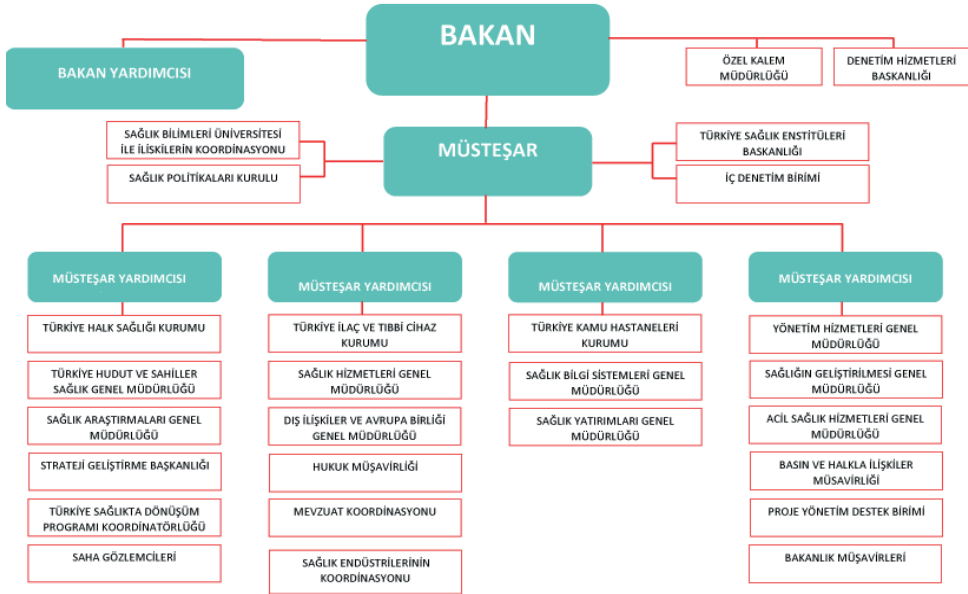
Özel olarak kurulan ve hem yerli vatandaşa hem de yabancı vatandaşlara hizmet veren, sağlık turizmi amaçlı yatırım hastaneleri ve üniversite hastaneleri mevcuttur. Buralarda hem ayaktan hem de yatarak tedavi ve cerrahi müdahaleler ile tıbbi araştırma ve rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir (Aydın, 2012: 95).

### 1.3.4. Sağlık Bakanlığı'nın Yapısı ve Temel Standartlar

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 1920 yılında 3 sayılı Kanun ile kurulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Tarihçe, 2015). 2.11.2011 Tarih ve 28103 Sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye göre, bakanlığın görevi *herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımından tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır* (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2011, Madde 2).

Sağlık bakanlığının yetki ve görevlerini belirleyen, teşkilatlandıran ve bu teşkilat yapısı içindeki sorumlulukların düzenlenmesi, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile gerçekleştirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, Görev ve Yetkiler, 2015).

Şekil 1-2: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı



**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı, (2016) <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> Erişim: 21.07.2016.

Temel görevi olan herkesin sağlık hakkını koruma ve bu hakkı korumaya yönelik hizmetler verme kapsamında bakanlıkta bir adet bakan ve bakan yardımcısı, özel kalem müdürü, denetim hizmetleri başkanı görev yapmaktadır. Bu birimlerin altında bir adet müsteşar ve yardımcıları bulunmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak (T.C. Sağlık Bakanlığı Birimler, 2015);

#### a. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu:

Bu kurumun genel görevleri kuruma bağlı olarak sağlık birimlerini kurmak, birleştirmek, ayırmak, yönetmek ve denetlemektir. Bu temel göreve bağlı olarak kurum her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamaktadır. Ayrıca bu hizmetlerin faaliyetlerini izlemekte ve

değerlendirmekte, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmakta, düzenleme yapılması, iyi bir politika oluşturulması için bilgileri tasnif etmek amacıyla bakanlığa önerilerde bulunmaktadır. Sağlık kurumları ve buralarda çalışanlar hakkında performans ölçüm ve değerlendirmeleri yaparak raporlamak, hastane hizmetleri, buraları ilgilendiren konularda komisyonlar kurmak, araştırma ve işbirlikleri ile projeler geliştirip uygulamak da yine Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu görev ve yetkileri arasında yer almaktadır (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, 2014).

#### **b. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu:**

Bu kurum ülke içinde üretilen ya da dışarıdan satın alınan her türlü ilaç, tıbbi cihaz ve kozmetik ürününün denetlemesini gerçekleştirmektedir. Bu bağlamda eczanelerin ve ilaç depolarının denetlenmesini sağlayarak akılcı ilaç kullanımına teşvik eder. İlaçların sınıflandırması ve prospektüslerin kontrolü yine bu kurumun görevleri altında yer almaktadır (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Faaliyet Raporu, 2014: 20)

#### **c. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu:**

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının denetlenmesi ve düzenlenmesinde diğer bakanlık birimleri ile koordineli biçimde çalışmak, bağışıklık sistemi için ve halk sağlığını ilgilendiren konularda önlemler alarak halkın bilinçlendirilmesini sağlamak, yaşlı sağlığı, çocuk ve çalışan sağlığı hakkında düzenlemeler önermek, aile ve iş yeri hekimliklerini kontrol etmek, obezite, diyabet gibi kronik hastalıklar ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek bu kurumun görevleri altındadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015).

#### **d. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü:**

Sağlık alanında istihdam edilecek personel, yataklı sağlık kurumları ve önlem alınması gereken hastalıklar konusunda gerekli planlamaların yapılmasını sağlayarak sağlık politikaları oluşturulmasına katkı sağlamaktadır. Bunun yanı sıra sağlık kurumlarında olması gereken standartları belirleyerek bunların izlenmesini ve raporlanmasını sağlamaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015).

Bu kurumların yanı sıra bakanlık bünyesinde, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Denetim Hizmetleri Başkanlığı, İç Denetim Birimi Başkanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü ve Proje Yönetim Destek Birimi mevcuttur (T.C. Sağlık Bakanlığı Birimler, 2015).

Sağlık Bakanlığı, verilen hizmetler, istatistik bilgileri ve halkın sağlık alanındaki hakları ile ilgili olarak sürekli bilgilendirmeler yapmaktadır. Bu bilgilendirmeler, 982 Sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu'na istinaden, ilgili birimler tarafından yapılan bilgilendirme başvurularına cevap vermek sureti ile gerçekleştirilmektedir.

Bilgi edinme konusundaki hassasiyet, kurumun kurumsal yapısını gösterirken diğer taraftan özellikle sağlık birimlerinin vatandaşları bilgilendirmesi için de örnek teşkil etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

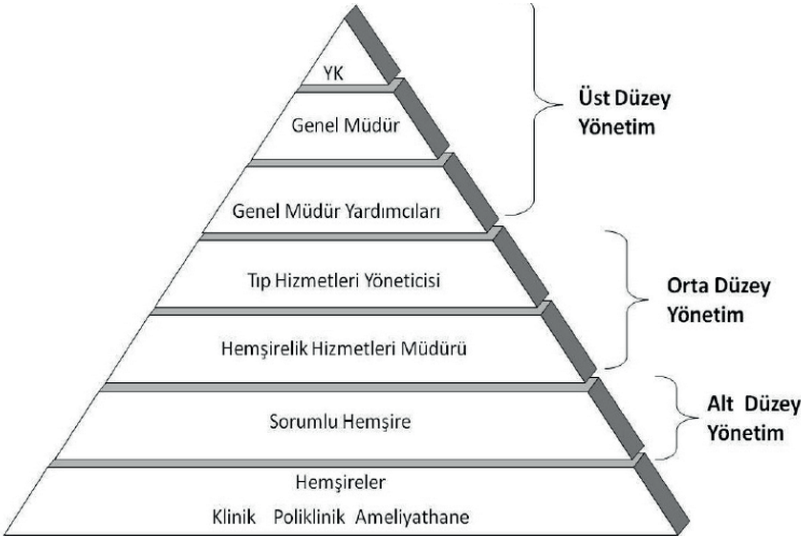
#### 1.4. Sağlık Kurumları Yönetimi

Sağlık kurumları yönetiminin detaylarına geçmeden önce, devlet ya da teşkilat bazında sağlık kurumu yönetiminin ortak amacını belirtmek gerekmektedir. Hastane ve tüm sağlık kurumlarının, sağlık sistemleri, sağlık politikaları yönetiminin ortak hedefi, amacı; hastane ve diğer sağlık kurumlarının, sağlık hizmeti sistemlerinin hasta bakımına ve tedavisine en uygun biçimde idare edilmesidir. Ayrıca onların konumlandırılması, büyütülmesi ve geliştirilmesini sağlamak, kaynakları en verimli biçimde kullanarak en fazla sayıda insana ulaşmak, en ekonomik yönetim biçimlerini en yüksek teknoloji ve en güncel tıp bilgisi ile uygulamaktır (Can ve İbicioğlu, 2008: 257).

##### 1.4.1. Sağlık Kurumları Yönetimi

Sağlık kurumları içinde çok çeşitli faaliyetler yer almaktadır. Bu faaliyetlerin önemlisi sağlık hizmetleridir. Ancak bu hizmetlerin devam ettirilebilmesi için diğer yönetim fonksiyonlarının da gerçekleşmesi zorunludur. Hastane ve diğer sağlık kurumları yöneticiliği modern toplumlardaki en zor yöneticilik biçimidir ve tek başına yapılamaz. Doğru yönetimin oluşturulabilmesi için sağlık kurumlarındaki tüm birimler arasında bilgi akışı ve iletişim ile koordinasyonun sağlanması, ekip çalışmasının yaratılması gerekmektedir (Can ve İbicioğlu, 2008: 259). Top, bu fonksiyonların devam ettirilebilmesini sağlayan sağlık kurumu yönetim birimlerini üç temel grupta incelemiştir:

Şekil 1-3: Sağlık Hizmetlerinde Yönetim



**Kaynak:** Mehmet Top, (2011), Sağlık Hizmetleri / Kurumları Yönetimi ve Sağlık Turizmi, Hacettepe Üniversitesi, **İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü**, Eğitim Sunusu, s.4.

Şekil 1-3 incelendiğinde sağlık kurumlarındaki her faaliyet için yetkili bir birim olduğu görülecektir. Bu birimler yönetim kurulu (YK) ve genel müdüre bağlı şekilde faaliyetlerin yürütülmesini ve denetlenmesini sağlamaktadır. Her birim bir üst birime raporlamasını yaparak sağlık kurumlarının kurumsal bir şekilde işlemlerini sağlamaktadır. Tıbbi hizmetler tıp hizmetleri yönetim birimine bağlı olarak devam ettirilmektedir. Planlama ve bütçeleme gibi diğer yönetsel konular ise doğrudan yönetim kuruluna bağlıdır. Bu durum kimi zaman hastane yönetimlerinde planlama aksaklıklarına neden olabilmektedir (Top, 2011: 4-5). Sağlık kurumlarında yönetim, planlama ve programlama, bütçeleme, kadroları belirleyerek personeli örgütleme, hizmetleri yürütme ve kontrol mekanizmalarından sorumludur (Can ve İbicioğlu, 2008: 259).

Sağlık kurumlarının yönetilmesine dair her detay kurumlarca dokümanlar haline getirilmekte ve hem İl Sağlık Müdürlükleri hem de merkezi değerlendirme ve veri depolaması için Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmektedir. Buna uygun olarak tüm hastane ve sağlık birimleri bilgilendirilmektedir (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012: 6). Yukarıdaki piramitte görüldüğü üzere, sağlık kurumlarının yapısı kurumsallaşmış biçimdedir ve her bir birim üstündeki birime raporlama ve bilgi aktarma sorumluluğunu taşımaktadır.

Hastanelerde tıbbi yönetimden sorumlu olarak bilimsel bir konsey bulunmalıdır. Bu konsey, başhekim, başhemşire, laboratuvar ve diğer bölüm şeflerinden oluşarak yılda en az dört defa toplanmalı ve durum değerlendirmesi yaparak kayıt altına alınmalıdır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983 –değişiklik 2005-, Madde 20).

Hastane yönetimlerinin yönetimi akıcı biçimde devam ettirebilmesi için bir strateji belirlemeleri gerekmektedir. Belirlenen stratejinin sağlık kurumlarının asıl özellikleri ve amaçları ile çelişmemesi, bilgi ve iletişimi aksatmaması, hastanenin genel durumuna, yapısına uygun, modernleşmeye yönelik olması önemlidir. Yönetimin, her personel ve tıbbi birimin stratejiye uygun hareket etmesini sağlama, kurumun amaç ve görevleri hakkında personeli bilgilendirme ve stratejileri konusunda onların da desteğini alması gerekmektedir (Can ve İbicioğlu, 2008: 259).

#### **1.4.2. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği**

13.01.1983 Tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, bu kurumlarda verilen hizmetlerin hangi esaslara dayanarak verilmesi gerektiği, çalışanların görevlerini, yetkilerini ve sorumlu olduğu konuları belirlemek ve hastane işletmeciliğinin modern ve ihtiyaçlara uygun biçimde yapılmasını sağlamak amacı (Amaç, Madde 1) ile hazırlanmış ve çeşitli değişiklikler yapılarak güncellenmiştir.

2005 yılında yapılan değişiklik ile tüm sağlık kurumları, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin işletme bakımından değerlendirilmesi bu yönetmelik kapsamına alınmıştır (Kapsam, Madde 2). Bu yönetmelik sağlık kurumlarının işlevlerine göre



beş gruba ayrılmasını sağlamış ve denetim ile düzenlemelerin buna uygun biçimde yapılarak görev bakımından standartların belirlenmesine yardımcı olmuştur. Yönetmeliğe göre Türkiye Cumhuriyeti içinde görev yapan İlçe / belde hastanesi, Gün hastanesi, Genel hastaneler, Dal hastaneleri ve Eğitim ve araştırma hastaneleri mevcuttur ve her biri kendi yönetmeliğine göre inceleme altında tutulmaktadır (Madde 5).

Yönetmelik ile belirlenen ve sağlık kurumlarının yönetimi aşamasında dikkat edilmesi zorunlu konular açıkça belirtilmiş ve uymayanlar hakkında cezai işlem uygulanacağı konusunda da uyarılarda bulunulmuştur (I - Madde 6 ve diğerleri):

- i. Muayene esnasında gizlilik esas alınmalı ve hastaların gelenek ve kurallarına saygı gösterilmeli, hastaların tek tek muayene edilecekleri, sağlık personeli dışında başkalarının bulunmayacağı ortamlar yaratılmalıdır.
- ii. Hastaların doğru polikliniklere yönlendirilmesi sağlanacak ve poliklinikler ilk müracaat noktaları olacaklardır.
- iii. Hastaların hekim seçmelerine olanak tanıyacak biçimde uzmanlık poliklinikleri ayrılacaktır.
- iv. Hastaların sıra ile polikliniklere alınması sağlanır ancak acil durum, yaşlı ve adli durumlarda öncelik bu bireylerindir.
- v. Mesai saatleri içinde poliklinik hizmetlerine ara verilemez ve kesinti uygulanamaz.
- vi. Hastaların tamamının kuruma başvurma zamanları ve hastalık durumları kayıt altına alınır.
- vii. Acil hizmetler ve nöbetçi birimlerde hizmet 24 saat kesintisiz biçimde devam ettirilir.
- viii. Kurum içindeki laboratuvarlar her dalın ortak kullanımına uygun ve merkezi biçimde konumlandırılır.
- ix. Ameliyathaneler, steril biçimde ve malzemeleri eksiksiz olacak şekilde her an hazır bulundurulmalıdır.
- x. *Merkezi sterilizasyonda ameliyathane, tüm hasta servisleri, poliklinikler, laboratuvarlar, endoskopi, müdahale ve doğum odaları, yoğun bakım gibi hizmet bölümlerinde kullanılacak alet ve malzemeler hizmete uygun olarak kağıt veya özel boğçalar içerisinde, setler halinde topluca sterilize edilerek kullanılmaya hazır vaziyette buradan dağıtılır.*
- xi. Yoğun bakım ve re animasyon hizmetlerinin yapıldığı yerler sürekli çalışır vaziyette ve sağlık personeli tarafından denetim altında tutulmalıdır. Cihazların kapatılması yasaktır ve yedek cihazlar bulundurulmalıdır.
- xii. Kurumda yatarak ya da ayakta tedavi edilecek hastalar için kullanılan ilaçlar raporlanır, yıllık olarak ilaç kullanım tahminleri yapılır ve buna uygun biçimde bütçe ayrılması sağlanır.

- xiii. İlaçların boş yere bekletilmemesi, son kullanma tarihine göre düzenlenerek hastalara verilmesi, kullanım bakımından artacak ilaçların son kullanma tarihi gelmeden gerektiği takdirde başka kurumlara sevk edilerek en verimli biçimde kullanılması gerekmektedir.

#### **1.4.3. Tıbbi Hizmetler**

Sağlık kurumlarında tıbbi hizmetler, kanunda belirtilmiş ve yönetmelikler ile hastane yönetimlerinin bilgilendirildiği hususlara göre yapılmaktadır. Hastaların ilk başvuru mercileri hastane kayıt kabul birimleri ve ardından bu birimlerin yönlendirmesi ve sıra vermesi ile ilgili poliklinikler olmalı, burada hekim –varsa dalda uzman hekim- tarafından hastanın şikâyetleri dinlenmeli ve teşhis sürecine başlanmalıdır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Madde 6-7-8).

Tıbbi hizmetlerin verilmesi esnasında hastaların duygu ve düşünceleri de oldukça önemlidir. Hastaların ve hasta yakınlarının teşhis ve tedavi konusunda bilgilendirilmesi ve tercihlerine de saygı duyulması gereklidir (Tezcan vd., 2013: 57).

Sağlık kurumlarında verilen tıbbi hizmetler, ilgili sağlık personelinin sorumluluğu altındadır, kişinin sağlıkla ilgili kararlarını bu personel ve yetkili doktor almaktadır. Hastaneye başvuran bireyler konu hakkında bilgilendirilmeli, tedavi alternatifleri anlatılmalı ve yapılan müdahale ve teşhis noktasız biçimde kayıt altına alınmalıdır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Madde 11-13-28-29).

Sağlık kurumlarında verilen her türlü tıbbi hizmet, ameliyat ve müdahale steril biçimde, gerekli giyinme biçimine göre hazırlanmış personel tarafından verilmeli, hizmet verileceği an eller uygun biçimde yıkanmalı, hastane personelinin kıyafeti steril olmalıdır. Enfeksiyon riskine karşı hastalar, sağlık personeli ve diğer bireylerin tamamı hastanenin koruması ve güvencesi altındadır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Madde 30-31).

#### **1.4.4. Satın Alma, Ayniyat, Depo ve Ambar Hizmetleri**

Sağlık kurumlarının ihtiyaçlarının giderilmesi, insanın sağlığına yani doğrudan insana yatırım yapmak anlamına gelir. Bu sebeple sağlık kurumlarının özellikle de kurumların tıbbi gereksinimlerinin ertelenmeden karşılanması önemlidir.

Ülkemizde, yurt içi hasılların da büyük bölümü sağlık harcamalarına ayrılmıştır ve hem devlet hem de hastane yönetimleri için sağlık hizmetinin maliyeti, ürünlerin satın alınması, sevk edilmesi ve depolanması sürekli gündemde olan bir konudur.

Sağlık kurumlarında satın alma genel olarak hastane bütçelerinden yürütülse de ülkelerin devlet tarafından belirlenen sağlık politikaları da bu konuda önemli bir yere sahiptir ve kanunlarla belirlenen şekilde satın alma ve saklama işlemleri gerçekleştirilmektedir (Ağırbaş vd., 2011: 103).Sağlık kurumlarında satın alma kamu ihale mevzuatına uygun biçimde yapılmaktadır. Bu mevzuat 2002 tarihinde yayınlanmış, 23 kanun ve bir kanun hükmünde kararnameden oluşmaktadır (Işık, 2013: 86).

Hastanelerde satın alma birimleri hastane müdürü tarafından yönetilmektedir. İlgili birim personeli tarafından hazırlanan ihtiyaçların listesi, maliyeti, hastane müdürü tarafından onaylanmakta ve toplu alım gerçekleştirilmektedir. Toplu alımlar genellikle ihale sistemi ile yapılmaktadır (Top, 2011: 62).

Sağlık kurumları ve halk sağlığını korumaya yönelik kurumların yaptıkları sağlık harcamalarının ülke ekonomisindeki yeri oldukça büyüktür. Her yıl Kasım ayında Türkiye İstatistik Kurumu tarafından ülke genelindeki sağlık harcamalarının miktarları açıklanmakta ve kamuoyu ile paylaşılmaktadır<sup>1</sup>:

**Tablo 1-1.** Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler:1999-2013

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Toplam sağlık harcaması</b> (Milyon TL)	4985	8248	12396	18774	24279	30021	35359	44069	50904	57740	57911	61678	68607	74189	84390
<b>Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)</b>	4,8	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	6,1	5,6	5,3	5,2	5,4

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri ([http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1084](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084) Erişim: 10.10.2015)

Sağlık kurumlarında tutulan tüm harcamaların toplamına göre hazırlanan bu istatistiklere bakıldığında, özellikle 2012 yılı ve 2013 yılı kıyaslaması yapıldığında, 74 milyar 189 milyon TL'den bir yıl içinde 84 milyar 390 milyon TL'ye yükseldiği görülecektir. Bu rakamlar baz alındığında, harcamaların %13,8 oranında arttığı sonucuna ulaşmak mümkündür. Bu harcamanın detaylarına inildiğinde ise kalem bazında şu tablolar ortaya çıkmaktadır:

**Tablo 1-2.** Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları: 2012 (Milyon TL)

	Genel devlet							
	Genel toplam	Toplam	Merkezi devlet	Yerel devlet	Sosyal güvenlik	Toplam	Hane Halk-ları	Özel Sektör
<b>Toplam sağlık harcaması</b>	74 189	58 785	16 493	662	41 630	15 404	11 750	15404
<b>Cari sağlık harcaması</b>	70 288	55 648	14 465	531	40 652	14 640	11 198	14640
<b>Hastaneler</b>	36 088	29 609	7 359	59	22 191	6 479	4 679	6479
<b>Evde hemşirelik bakımı</b>	2	-	-	-	-	2	-	2
<b>Ayakta bakım sunanlar</b>	10 125	7 718	4 113	282	3 322	2 407	1 873	2407

<sup>1</sup> 10 Ekim 2015 tarihi itibari ile Türkiye İstatistik Kurumu'nun paylaştığı en güncel sağlık harcamaları tablosudur.

<b>Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar</b>	<b>19 106</b>	<b>14 492</b>	183	9	14 300	<b>4 614</b>	3 965	4614
<b>Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi</b>	<b>2 546</b>	<b>2 546</b>	2 466	79	-	-	-	-
<b>Genel sağlık yönetimi ve sigorta</b>	<b>345</b>	<b>194</b>	-	-	194	<b>151</b>	-	151
<b>Sınıflandırılmayan diğer kategori</b>	<b>2 077</b>	<b>1 090</b>	343	102	645	<b>987</b>	681	987
<b>Yatırım</b>	<b>3 901</b>	<b>3 137</b>	2 028	131	4 978	<b>764</b>	552	76

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

**Tablo 1-3.** Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları:2013(Milyon TL)

	Genel devlet							
	Genel toplam	Toplam	Merkezi devlet	Yerel devlet	Sosyal güvenlik	Toplam	Hane Halkları	Özel Sektör <sup>2</sup>
<b>Toplam sağlık harcaması</b>	<b>84 390</b>	<b>66 228</b>	18 425	810	46 993	<b>18 162</b>	14 156	18162
<b>Cari sağlık harcaması</b>	<b>79 702</b>	<b>62 447</b>	15 682	638	46 127	<b>17 255</b>	13 491	17255
<b>Hastaneler</b>	<b>41 785</b>	<b>34 095</b>	8 182	67	25 847	<b>7 689</b>	5 637	7689
<b>Evde hemşirelik bakımı</b>	<b>2</b>	-	-	-	-	<b>2</b>	-	2
<b>Ayakta bakım sunanlar</b>	<b>10 807</b>	<b>7 978</b>	3 994	340	3 644	<b>2 830</b>	2 257	2830
<b>Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar</b>	<b>21 230</b>	<b>15 742</b>	61	8	15 673	<b>5 489</b>	4 777	5489
<b>Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi</b>	<b>3 167</b>	<b>3 167</b>	3 066	101	-	-	-	-
<b>Genel sağlık yönetimi ve sigorta</b>	<b>312</b>	<b>207</b>	-	-	207	<b>106</b>	-	106
<b>Sınıflandırılmayan diğer kategori</b>	<b>2 398</b>	<b>1 258</b>	379	122	757	<b>1 140</b>	820	1140
<b>Yatırım</b>	<b>4 688</b>	<b>3 781</b>	2 743	172	866	<b>907</b>	665	907

**Kaynak:** TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri.

TÜİK tarafından yapılan ve haber bülteninde yer alan hesaplamalara göre, cari sağlık harcamalarının kıyaslaması yapıldığında, 2012 ve 2013 yılları için sağlık harcaması oranlarının %94,7 ve %94,4 olduğu görülecektir. Sağlık harcamaları, kişi başına yapılan harcamalar bazında değerlendirildiğinde, 2013 yılı için 1110 TL olduğu görülmektedir. GSYH oranı içinde ise sağlık harcamaları oranının yüzde 5,4 olduğu ortaya çıkmıştır. Yine yapılan harcamaların yüzde 78,5'inin devlet bütçesinden yapıldığı, ortaya çıkan diğer bir istatistik sonucudur (TÜİK Haber Bülteni, 2014).

2 Tablolarda adı geçen "Özel Sektör" kalemleri, devlet tarafından sağlanan sosyal güvenlik sistemleri dışında kalan özel sigorta sistemi tarafından yapılan harcamaları açıklamaktadır.

### 1.4.5. Personel Görev, Yetki ve Standartları

Sağlık kurumlarında çalışan personele sağlık personeli denilmektedir. Bu personel, hastane içinde çalışan ambulans, eczane, tıbbi yardım personeli, bakım personeli, sigorta, bilgi sistem ve idari personel, hekimler, hemşire, ebeler, eğitim ve araştırma personeli, teknisyen, temizlik ve beslenme personelinin kapsamaktadır. Her birimin ve her personelinin sağlık kurumu içinde ayrı yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık personellerinin görev yetki ve sorumlulukları onlar için yapılan sınıflandırma ve unvanlara göre değişkenlik göstermektedir.

**Tablo 1-4.** Sağlık Personelleri Gruplaması

GRUPLAR	ÖRNEKLER
KİŞİYE YÖNELİK HİZMET YAPANLAR	1. Hekim 2. Dış Hekimi 3. Hemşire 4. Ebe 5. Fizyoterapist 6. Psikoterapist 7. Diyetisyen 8. Optometrist vb.
ÇEVREYE YÖNELİK HİZMET YAPANLAR	1. Sağlık mühendisi 2. Veteriner 3. Sağlık Memurları ve 4. Çevre sağlığı Teknisyeni vb.
LABORATUVAR PERSONELİ VE DİĞER BİLİMCİLER	1. Mikrobiyolog 2. Biyokimya uzmanı 3. Hematolog 4. Patolog 5. Sağlık fizikçisi 6. Röntgen uzmanı 7. İstatistik uzmanı 8. Sağlık eğitimcisi vb.
SAĞLIK ALANINDA UZMANLAŞMIŞ DESTEK PERSONEL	1. Hastane idarecisi 2. Tıbbi sekreter vb.

**Kaynak:** Mehmet Sağır, (2010), Özel Hastanelerin Hekim İstihdam Stratejileri ve Orta Anadolu Bölgesinde Bir Uygulama, T.C. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Doktora Tezi, s.12.

Tablo 1-4, Fişek tarafından 1985 yılında yapılmış olan sağlık personeli sınıflandırmasını göstermektedir. Buna göre, hekimler, hemşireler, diyetisyen, fizyoterapist vb. gibi sağlık personelleri kişiye özel hizmet vermektedirler. Hekim tarafından yapılan muayene ve teşhis sonrasında diğer kişiye özel hizmet veren çalışanlar tarafından kişinin iyileşmesi ile tedavi süreci başlatılmaktadır. Laboratuvar personelleri hekimlere ve diğer kişiye özel hizmet veren personele, teşhis ve tedavi belirleme aşamalarında yardımcı olarak hastaya tetkiklerin yapılması, bu tetkiklerin yorumlarını sağlamaktadır. Bu personel sayesinde hastanın özellikleri belirlenmekte ve kişiye özel tedavi belirlenmektedir. Sayılan personelin tamamı, konusunda uzman ve eğitim almış kişilerdir.

Hastane ve diğer sağlık birimlerinde personelin göreve başlama ve bırakma saatleri ilgili valilik tarafından saptanarak hastane yönetimlerine bildirilir. Bu saatler dışında her hastanede nöbet birimleri mevcuttur ve nöbetler sabah 8’de başlayarak 24 saat süre ile kesintisiz biçimde devam eder. Yataklı merkezlerde sabah 8.30’dan önce tüm yatan hastaların temizlikleri bitirilir, kahvaltuları verilir, nabız ve vücut

sıcaklığı bilgileri alınır, kurum içinde hekim ziyaretlerine hastalar hazır hale getirilir (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Madde 39-40-41).

Sağlık kurumlarında görev alan eğitim sahibi tıbbi personel o kurumun kapasitesini, sağlık hizmetinin çeşidini ve miktarını belirlemektedir. Tıbbi personel olarak sayılmak için mesleki yeterlilik belgelerine sahip olmak gerekliliği mevcuttur. Tıbbi personel kendi arasında hiyerarşik bir düzen oluşturmalıdır ve bu düzende asıl olan uzmanlık ve bilgi birikimidir. Hastanelerde çalışan tıbbi personelin birbiri ile iletişiminin güçlü olması gerekmektedir. Bundan dolayı rutin kurul toplantıları düzenlenerek bilgi akışı sağlanmalıdır. Bu personel, sağlık kurumu yönetimleri tarafından belirlenmiş kurum standart ve stratejilerine uygun hareket edebilmeli ancak tıbbi karar aşamasında ve hasta değerlendirmede özerk davranabilmelidir. Hastane yönetimi ve çalışanları sürekli olarak gelişime açık olmalı, tıbbi personel eğitimler bakımından teşvik edilmelidir (Top, 2011: 50).

Sağlık kurumları personelleri arasında tıp personelinin temsilcisi başhekimdir. Başhekim tıbbi aktiviteleri yönetmekte ve düzenlemektedir. Tüzüğün uygulanmasını sağlamakta, düzenli toplantılar yaparak personeli değişen kurallar hakkında bilgilendirmektedir (TOTM, 2013). Başhemşire, hastalara yönelik hemşirelik bakım hizmetlerinin en üst düzeyde karşılanması, hemşireler arasında koordinasyonun sağlanması, nöbet gibi hemşirelik görevlerinin planlanması ve hemşirelerin yönetilmesinden sorumlu kişidir (Top, 2011: 64).

Hastane müdürleri, idari, mali ve teknik görevlerin yürütülmesinden sorumludur. Bütçeleme, satın alma, arıza giderme gibi konularda insan kaynakları yönetici olarak görev yapmaktadır (Canpolat, 2013: 2).

Özellikle sağlıkta dönüşüm programı sonrasında sağlık personelinin yetiştirilmesine ve insan gücünün daha verimli kullanılmasına da önem verilmeye başlanmıştır.

**Tablo 1-5.** Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Uzman Hekim</b>	45.457	63.563	66.064	70.103	73.886	75.251
<b>Pratisyen Hekim</b>	30.900	38.818	39.712	38.877	38.877	39.045
<b>Asistan Hekim</b>	15.592	21.066	20.253	20.792	21.317	21.320
<b>Toplam Hekim</b>	91.949	123.447	126.029	129.772	133.775	135.616
<b>Diş Hekimi</b>	16.371	21.432	21.099	21.404	22.295	22.996
<b>Eczacı</b>	22.289	26.506	26.089	26.571	27.012	27.199
<b>Hemşire</b>	72.393	114.772	124.982	134.906	139.544	142.432
<b>Ebe</b>	41.479	50.343	51.905	53.466	53.427	52.838
<b>Diğer Sağlık Personeli</b>	50.106	99.302	110.862	122.663	134.488	149.616
<b>Diğer Personel ve Hizmet Alımı</b>	83.964	198.694	209.126	209.736	224.618	229.625
<b>Toplam Personel Sayısı</b>	378.551	634.496	670.092	698.518	735.159	760.322

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014, s. 141.

#### 1.4.6. Hizmet Standartları

Sağlık kurumlarının hizmet standartlarını belirlemek için devlet yönetimleri tarafından çeşitli yasalar çıkarılmakta ve hastane yönetimleri bu yasalar ile bağlanmaktadır. Bu durum sağlık sisteminin ülkenin her yerinde aynı şekilde yürütülmesine olanak tanımaktadır. Böylelikle sağlık konusunda bölgesel farklılıklar azaltılmakta ve vatandaşların eşit hizmet alımı amaçlanmaktadır. Ancak bunun en önemli koşulu doğru yönetim sistemi ile doğru finansmanın sağlanmasıdır. Aksi takdirde sağlık sisteminden beklenen kalite ve performansı almak imkânsızdır. Diğer taraftan, finansmanın kontrol edilmesi ve doğru biçimde değerlendirilmesini amaçlayan, kaliteyi arttıran ve topluma eşit hizmetin verilmesine olanak tanıyan akreditasyonlar ile sağlık birimlerinin yönetimlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2011, 5-11).

Sağlık hizmetlerinde odak insan sağlığı ve sürekli iyileştirmedir. Bu nedenle kurumların standartları da “insan” üzerine odaklanmıştır. Standartların geliştirilmesi için de en önemli koşul kalitedir. Çalışanların kalite standartlarına teşvik edilmesi ve kurumsal olarak her zaman daha kaliteli hizmetin amaçlanması esastır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 57).

Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm kurum ve kuruluşlarda öncelikli standartlar şu şekilde sıralanabilir (Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2008):

- i. Hasta güvenliği:* Kuruma başvuran bireyler ve refakatçileri kurum içinde güvence altındadır. Kurumlar buna uygun olarak dizayn edilmeli ve düzenlenmelidir. Enfeksiyon, yangın, yaralanma benzeri istenmeyen durumlara karşı tedbir alınmalı, gerekli temizlik koşulları sağlanmalıdır.
- ii. Hasta Odaklılık:* Bireylerin işteki kültür ve eğitim durumları göz önünde tutularak onların alternatif tedavi, hekim gibi konularda seçme haklarının verilmesi, hastalık, teşhis ve tedavi ile ilgili bilgilendirme yapılması, hastaların sorunlarının titizlikle dinlenmesi ve incelenmesi gerekmektedir.
- iii. Sağlıklı Çalışma Ortamı:* Hastane personeli sağlıklı çalışma koşullarına uygun, yeterli dinlenme imkânına sahip bir çalışma ortamına sahip olmalıdır. Personelin iş doyumunu hakkındaki görüşlerine önem verilmelidir.
- iv. Etkililik, Etkinlik ve Verimlilik:* Sağlık kurumlarında tüm kaynaklar hizmet amaçlı kullanılmalı, verimlilik ön planda tutulmalı ve tedavi için zamanlama unsuruna dikkat edilmelidir.

#### 1.4.7. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Bir ülkede, bireylerin sağlıklı hissetmesinin ve toplumsal sağlık oranının yükseltilmesinin tek yolu, sağlık hizmetlerine gereken bütçenin ayrılması, bu hizmeti veren kurumların finansman problem yaşamamasıdır. Sağlık hizmetlerine finansman akışı sağlandığında, hizmet kalitesi yükselirken toplumun hastalık

için yapılan harcamaların oranında düşme görülecektir. Bu avantajların yanı sıra, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olması da diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi ekonomik kaynakların varlığına bağlıdır (Buck, 2003: 969).

Bir hizmetin finanse edilebilmesi için öncelikle bu hizmetlere olan ihtiyacın boyutunun ve masraflarının net bir biçimde belirlenmesi gerekmektedir. Bu belirlemenin ardından finansal kaynak bulma ve harcama planlarını yapmak mümkündür (Mutlu, 2006: 57). Finansman için gereken bu sistemi hem bireyler hem de kurumlar bir hizmet alımı gerçekleştirmeden önce yapmaktadırlar. Ancak sağlık hizmeti ihtiyaçları önceden belirlenemeyen yapısı ve zorunlu ihtiyaç olması sebebi ile finansman konusunda yukarıda belirlenen detaylara inmek mümkün olmamaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 135).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusu her ülke için ve her sağlık kurumu için ayrı bir sorun haline gelmektedir. Çünkü bu hizmetler söz konusu olduğunda fiyatlandırma bir kaos durumuna dönüşebilmektedir. Özellikle koruyucu hizmetlerin kamu hizmeti olmasından ötürü ve henüz bir gider zorunluluğu olmamasından kaynaklı olarak fiyatlandırılması başlı başına bir sağlık hizmeti finansman sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Sayım, 2009: 263 ve Mutlu, 2006: 55).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanı söz konusu olduğunda ise maliyetleri hesaplamak daha kolay hale gelmektedir. Ancak burada da kurumun tamamına fayda sağlayacak harcamaların branşlar bazında servislerin bütçelerine dağıtımı (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 135), diğer servislere oranla masrafı ve tedavi hizmetinin pahalı olduğu uzmanlık birimlerinin genel bütçe içinde paylarının oluşturulması (Sayım, 2009: 263), sosyal güvence sağlayan kurumlara acil sağlık hizmetlerinin faturalandırılması ve sağlık kurumunda tedavi masraflarına oranla daha yüksek maliyete sebep olan araştırma ve geliştirme sistemlerinin bütçelendirilmesi konularında sorunlar yaşanmaktadır (Akbelen, 2007: 98 ve Orhaner, 2006: 7).

Sağlık sistemlerinde finansmanın sağlanması, Akbelen ve Orhaner'e göre ayrıca performansı doğrudan etkileyen önemli bir faktördür çünkü kaynak kullanımı sunumu etkilemektedir (Akbelen, 2007: 98 ve Orhaner, 2006: 6). Sağlık hizmetlerinde kaynak transferinin sağlanması ile finansman sağlanmaktadır. Bu transferler iki grupta açıklanabilir. Ancak transfer biçimlerine geçmeden önce kaynakların ( tarafların) kimler olduğunu açıklamakta fayda vardır. Sağlık hizmetlerinde finansmanı sağlayan taraflardan ilki birinci taraftır. Bu taraf doğrudan hizmeti alan kişi yani hastadır ve aldığı hizmet karşısında ödeme gerçekleştirir. Bu transfer en basit finansman biçimidir. İkinci bir transfer biçiminde ise birinci tarafı (hasta) yerine ikinci tarafa (kurum) üçüncü bir tarafın (başka bir kurum) ödeme yapması biçimidir. Burada genellikle üçüncü taraf sigorta kurumu olmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 134-135).

Bu noktada sigorta mekanizmasının nasıl çalıştığını da açıklamakta yarar bulunmaktadır. Sigorta; bireyin ya da bir malın başına istenmeyen bir durum



gelmesi durumunda mal sahibi adına gerekli ödemeleri yaparak riski en aza indiren bir güvence sistemidir (Orhaner, 2006: 7). Uğurluoğlu ve Özgen'in aktarımına göre, sigorta sisteminin işleyişı Mossialos ve Dixon tarafından, riskin az miktarlı ödemeler ile toplanan büyük kitledeki paraya paylaştırılmasıdır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 135). Sigorta sistemi, devlet ya da özel kurumlar tarafından sağlanabilmektedir. Bu sistemin ortaya çıkmasını sağlayan temel sebep, hastalık, kaza ve benzeri durumlarla ne zaman karşı karşıya gelineceğinin bilinmemesi ve bu durumlarda giderlerin çok yüksek olmasıdır. Bu sistem "risk havuzlama" şeklinde adlandırılmaktadır (Cantürk, 2012: 41).

Toplumun sağlığı devletin garantisi altında bulunduğu için sağlık sistemlerinde finansmanı sağlayan bir başka seçenek de devlettir. Kamu sağlık harcamalarının finansmanını sağlayan en büyük etken kurumlara ve ilgili bakanlık ve müdürlüklere ayrılan devlet bütçesidir. Devlet bütçesi, vergi gelirleri, döner sermaye ve fonlar ile sağlanmakta olup bunların içinden belirli paylar her yıl sağlık sistemini finanse etmek için kullanılmaktadır. Ancak Türkiye'de büyük çoğunlukla işleyen bu yöntem, kimi ülkelerde bu şekilde değildir. Tamamen özel sistem çerçevesinde çalışan sağlık politikalarının yanında yalnızca bağışlar ile devam eden sağlık hizmetleri bulunan ülkeler de vardır. Yunanistan gibi bazı ülkelerde ise bu etkenlerden oluşmuş karma bir finansman sistemi mevcuttur (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 148).

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS YÖNETİMİ

---

Her sektörde olduğu gibi, performans kaynak kullanımının verimliliği için sağlık kurumlarında çalışanlar için de oldukça önemlidir. Ancak, kalite konusunda atlanan bir detayın insan sağlığını yakından etkileyecek bir durum olması sebebiyle sağlık kurumlarında performansı yükseltmek, diğer sektörlerle oranla daha zordur. Bu bölümde, sağlık kurumlarında performans yönetimi ve kalite ile ilgili durumlar, sağlık birimlerini yönetme esnasında performansın nasıl artırılması ve bu esnada kalitenin nasıl korunması gerektiği konuları incelenecektir.

#### **2.1. Sağlık Kurumlarında Performans, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme**

Yönetim, kurumların hayata başladığı günden itibaren varlığını gösteren, onların büyüme ve gelişmelerini sağlayan sistemler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Bu sistem içindeki tüm elemanların birbiri ile uyumlu bir biçimde faaliyetlerine devam edebilmesi ve kaynakları en verimli biçimde kullanarak fonksiyonlarını belirlenen kalitede sürdürmesi, etkin bir yönetim sistemi ile mümkündür (Can ve İbicioğlu, 2008: 254).

Kamu harcamalarının artması, buna rağmen verimliliğin aynı düzeyde kalması, sağlık işletmelerinde devlet kurumları ile özel sektör kuruluşları arasında kalite yönetimi bakımından dengesizliklerin ortaya çıkması, vatandaşların güven kaybı yaşaması gibi durumlar, saydam ve hesap verebilir, katılımcı ve güven veren, iyi yönetim ilkelerini benimseyen sağlık kurumlarının ihtiyaç oranını yükseltmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinde uluslararası standartlara erişebilmenin yöntemleri aranmaya başlanmıştır. Bunun yanı sıra merkezi yönetimin yetersiz gelmesi ve iş yükünün fazla olması, görev ve yetki dağılımı yapılmasını da gerektirmektedir. Görev ve yetki dağılımı, suiistimale açık ve standartlar bakımından farklılıkların oluşmasına sebep olabilecek bir yöntem olduğundan, eşitlik ve şeffaflık sağlamak adına performans ölçüm sistemleri sağlık sektöründe de uygulanmaya başlanmıştır (Hastürk, 2012: 1).

Sağlık kurumlarında performans yönetiminin gerçekleştirilebilmesi için öncelikle hasta ve yakınlarının memnuniyeti ile ilgili düşüncelerinin bilinmesi, sistemdeki eksikliklerin anlaşılması ve çözüm yollarının araştırılması gerekmektedir. Performans yönetiminin en önemli konusu hizmet alanında standartların belirlenmesini sağlamak ve bu standartları olabildiğince ve sürekli geliştirmek, kaliteli ve eşit hizmeti odağa yerleştirmektir. Bu sebeple, performans yönetiminde, hedeflenen performansın gerçekleştirilememesi durumunda çalışanlara çeşitli yaptırımlar uygulanmakta, performans bakımından yüksek verimlilik gösterenlere ise ödüllendirme sistemi uygulanmaktadır (Ateş ve Okur, 2009: 101).

García-Altés ve arkadaşları, sağlık hizmetlerinde çalışan bireylerin iş doyumunun var olması ve hastalara daha anlayışlı biçimde yaklaşılması açısından performans yönetimi uygulamalarının arttırılması gerektiğini belirtmektedirler (García-Altés ve ark., 2006: 317).

Sağlık kurumlarında performans yönetimi sayesinde kurum içinde iletişimin güçlendirilmesi, örgüt kültürünün yerleştirilmesi ve hastaların beklentilerinin karşılanması amaçlanmaktadır. Bu nedenle, merkezi idare sistemi yerine, yerinde yetki ve görevlendirme sistemi ile hastanelerin dönüşüm programına alınması sağlanmıştır. Hastaların memnuniyetinin sağlanmasının yanı sıra, verimliliğin yükseltilmesi, gereksiz maliyetlerin tespit edilmesi ve bütçeleme ile kaynak dağılımının daha planlı biçimde gerçekleştirilebilmesi için puanlama sistemini temel alan performans yönetim biçimi uygulanmaya başlanmıştır (Özer ve Çakıl, 2007: 141).

### **2.1.1. Sağlık Kurumlarında Performans Tanımı**

Performans, basit anlamda bir işin başarılması anlamına gelmektedir. Bu aşamada sağlık işletmeleri yöneticileri, performans esaslı, çağdaş ve çok yönlü yöntemlerle faaliyetleri değerlendirmeye başlamışlardır. Performans yönetimi, kuruluşun amaç ve görevlerinin en alt birimden en üst birime kadar benimsenmesini sağlamaktadır ve bu konuda asıl görev hastane yönetimindedir. Kurumun hedefleri ve planlamaları doğrultusunda yalnızca tıbbi hizmet veren birimler değil, sağlık sistemini oluşturan tüm departmanlar görevlendirilmekte ve bilgilendirilmektedir. Bunu sağlamanın en etkili yolu ise kurum içindeki bireylerin statüsüne göre yukarıdan aşağıya ve aşağıdan yukarıya seri, güvenli ve hızlı bilgi akışını sağlamak, kurum içinde iletişimi güçlendirmektir. Diğer yandan yönetim, kurum içinde çalışanların motivasyonlarından sorumludur ve isteklendirmeler için gerekli çalışmaları yaparak onların görevlerini benimsemelerini sağlamaktadır (Bilgin, 2007: 54).

Sağlık kurumlarında performans değerlendirmelerinin yapılması, hayati öneme sahip olan hasta hakkında bilgilerin birimler arasında doğru paylaşılmasına olanak tanımaktadır. Daha fazla hastaya hizmet sunmak ve örgüt kültürünü oluşturarak ortak bir hedefe yönelmek, performans tanımı içinde yer almaktadır (Özer ve Çakıl, 2007: 141).

García-Altés ve arkadaşları, performans yönetimi sayesinde aşağıdaki konularda ölçümlerin daha iyi yapılabileceğini savunmaktadırlar (García-Altés ve ark., 2006: 318):

- i. Performans ölçümü hangi vakanın daha fazla sağlık kurumuna başvurduğunun daha kolay ölçülmesine ve hangi hastalıklarda tedavilerin daha başarılı sonuç verildiğinin bilinmesine yardımcı olmaktadır.
- ii. Performans ölçüm sistemleri sayesinde karar vericiler ile sağlık kurumu çalışanları arasında koordinasyonu sağlamak daha kolay hale gelecek, ölçümler sayesinde doğru sağlık hizmetlerine yatırım arttırılacaktır.
- iii. Sağlık alanında performans ölçümlerinin yapılması ile hangi branşa daha fazla hasta kabul edildiği de kolaylıkla gözlemlenebilecek, bu veriler doğru bütçelemelerin yapılmasına olanak tanıyacaktır.
- iv. Hastaneler arasında bilgi akışı kolaylaşacak, istatistiki  $\hat{f}$  veriler daha güvenilir olacaktır.
- v. Hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişim kuvvetlenecek, memnuniyetin arttırılması ve tedavinin hızlandırılması için hasta ve yakınlarının daha fazla bilinçlendirilmesi, bilgilendirilmesi ve fikirlerinin sorulması sağlanacaktır.

Sağlık kurumlarında performans ölçümlerinin geliştirilmesi esnasında dikkat edilmesi gereken çeşitli unsurlar mevcuttur. Yukarıda bahsedilen bu unsurlara dikkat ederek ölçümlerin gerçekleştirilmesi, bireysel ve bölüm bazında yapılan performans değerlendirmelerinde daha sağlıklı sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır. Kalite ve performans yönetiminin sonucunda hastanede gözlenecek belli başlı değişiklikler ise şu şekilde sıralanabilir (Pope, 2011: 34 ve Scaletti, 2014: 20-22):

#### **i. Klinik çıktılar:**

Performans ölçümünün kriterlerinin belirlenerek bu sistemin benimsenmesi ile ilk olarak kliniklerde görülen hasta sayısında değişiklikler gözlemlenecektir. Mortalite, morbilite ve genel yaşam standartlarındaki gelişime dayalı olarak bulaşıcı hastalıkların azalması, kronik hastalıklar ile yaşamayı öğrenme ve önlemlerin alınması, performans sisteminin getireceği ilk çıktılardır.

#### **ii. Klinik İşlemlerin Kalitesi:**

Performans sistemleri sayesinde, hekim ve diğer sağlık personelinin hastaya yaklaşımı ve kliniklerin modernizasyonu gelişecektir. Hastalıkların önlenmesi ve tedavinin hız kazanması birincil önem arz edecek ve buna uygun yönetim politikaları ile hasta yaklaşımları sergilenecektir. Klinik hizmetlerinde rutin kontroller arttırılacak, diyabet gibi hastalıklarda erken teşhis oranları bu sayede arttırılacaktır.

#### **iii. Hasta Güvenliği:**

Performans sistemi, kalite anlayışını da beraberinde getirmektedir. Bu sistemin benimsendiği sağlık kurumlarında, hastaların can, mal ve sağlıkları güvence altına alınmış, önlemler arttırılmıştır.

#### iv. Erişilebilirlik:

Sağlık kurumlarında kalitenin benimsenerek performans ölçümlerinin başlatılması, hastaların daha kolay sağlık hizmetlerine erişebilmesi anlamına gelmektedir. Çünkü bu ölçümler yalnızca çalışan bazında değil, kurumlar bazında da yapılmaktadır ve hastalara sağlık kurumlarının eşit mesafede olması öncelik taşımaktadır.

#### v. Hizmet Kalitesi:

Sağlık kurumlarında tedavi edilen bireyler karar verici durumunda değildirler. Onlar için en doğru yönteme hekimler karar vermektedir. Ancak bu hastaların fikirlerine değer verilmemesi gerektiği anlamına da gelmez. Performans sistemi ile sağlık kurumlarında hastaları bilgilendirme ve bilinçlendirme yönünde çalışmalar gerçekleştirilerek memnuniyet ve güvenlerinin artırılması hedeflenmektedir. Diğer yandan sağlık kurumuna gelen hasta ve yakınlarının endişelerini anlayan, onlara yol göstererek yardımcı ve sakinleştirici rol oynayan personeller yetiştirilmeye başlanmaktadır.

### 2.1.2. Sağlık Kurumlarında Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme Uygulamaları

Dünya sağlık örgütü gibi önemli sağlık birlikleri, ülkeler arasında sağlık alanında eşitsizliklerin kaldırılması, insanların sağlıklı olma ve hastalıklar ile başa çıkma konusunda bilgilendirilmesinin sağlanması için sağlık sistemlerinde yeni dönüşümler yapılması gerektiğini vurgulamış ve özellikle 2000 yılı sonrasında pek çok ülkede sağlık alanında performans yönetimi biçimleri benimsenmeye başlanmıştır (García-Altés ve ark., 2006: 317). Türkiye de Avrupa standartlarını yakalamak ve sağlık alanında yenilikler ile bölgesel farklılıkları azaltmak, merkezi yönlendirmenin etkisini kolaylaştırmak için sağlıkta yeni uygulamaların yapılmaya başlandığı ülkeler arasında yer almıştır.

Sağlık kurumlarında performansın artırılması için en güncel yaklaşım vatandaşların isteklerine önem verilmesi yaklaşımıdır. Özellikle 20.yüzyıl boyunca özel ve kamu arasında kalite açısından farkın artması ve vatandaşların kamuya güveninin azalmaya başlaması, internet ve teknolojik gelişmeler ile hasta bilincinin yükselmesi gibi etkenler, sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi anlayışının benimsenmesine sebep olmuştur. Bunun sonucunda vatandaşın memnuniyeti ve çalışanların yüksek performansı hedeflenmeye başlanmıştır (Ateş ve Okur, 2009: 101).

Sağlık kurumlarında performansın artırılması ve kalitenin geliştirilmesine yönelik olarak atılan en önemli adımlardan biri, ekonomik analizlerin gerçekleştirilerek tedavi dışında, önleyici sağlık aktivitelerine yönelik yatırımların artırılmasıdır. Önleyici sağlık hizmetleri, finansal kaynakların daha akılcı kullanılmasını sağlarken, ülkenin sağlamlık düzeyini de yükseltmeye yardımcı olmaktadır (Pope, 2011: 36).

Bir başka önemli yaklaşım ise ülkenin sağlık politikalarına uygun biçimde kurum içi politika ve hedeflerin belirlenmesi yaklaşımıdır. Buna uygun olarak hastanelerin karar vericileri, ekonomik kaynakların ve iş gücünün hedefler doğrultusunda yönlendirilmesinden sorumludurlar. Bu sistemde, kurumun elindeki kaynakların analizleri gerçekleştirilmekte, hangi alanlarda çok iyi, hangilerinde orta düzeyde ve hangi dallarda başarısız olduklarına dair öz denetimler yapılmaktadır. Buna göre, başarısız olunan departmanlar için kapatma, küçülme ya da iyileştirme çalışmalarına devam edilmektedir (Greenwald, 2011: 161).

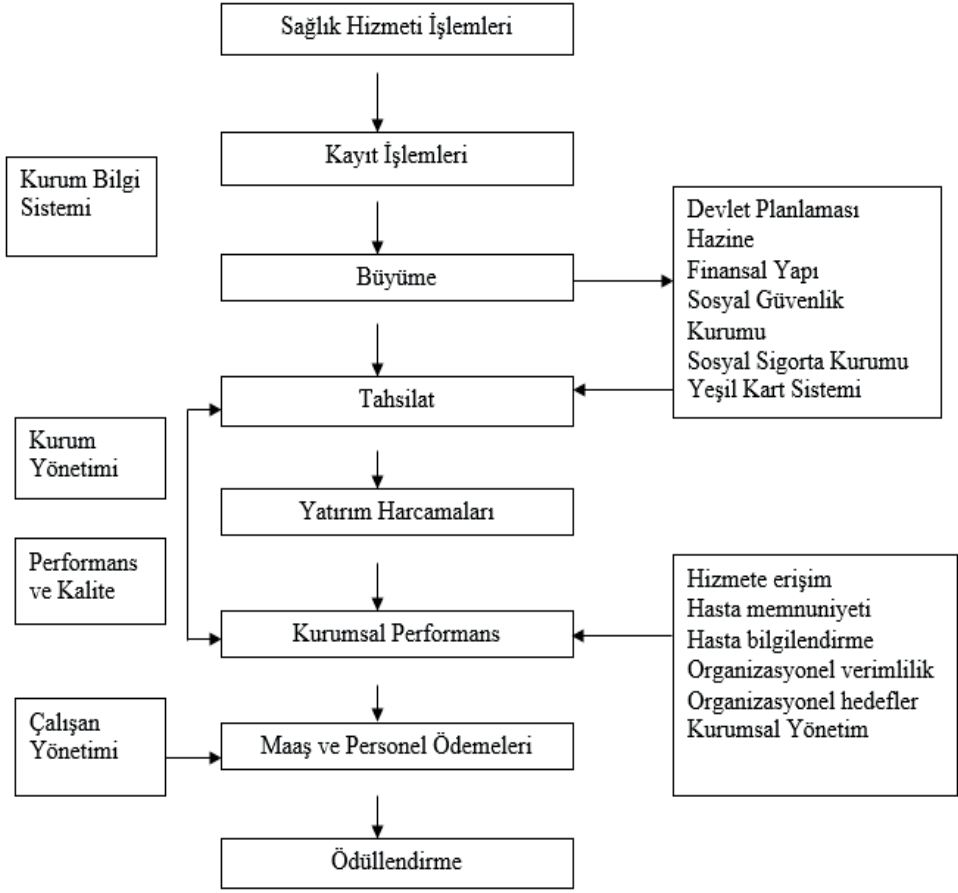
### **2.1.3. Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi**

Tüm kurumlarda (özel ve kamu) performansın ölçülmesinin temelinde verimliliğin artırılarak kaynakların en uygun biçimde kullanılması ve sürekli iyileştirilmelerin sağlanması bulunmaktadır. Performansın ölçülmesi sayesinde iyi ve kötü performans gösteren elemanların birbirinden ayrılması ve duruma göre yaptırım uygulanması (ödül ya da ceza) mümkün olmaktadır. Bu durum ürün ve hizmetlerin üretilmesine doğrudan etki etmekte, çalışanlar arasında rekabet mümkün hale gelmektedir. Performansın düşük olması neticesinde çalışanların yönetime “hesap verme” zorunluluğu ortaya çıkmakta, bu durum kişilerin sorumluluklarını bilerek hareket etmelerine zemin hazırlamaktadır. Performans ölçümü sistemlerinde çalışanlar kendilerine verilen görevi ve bunu yerine getirmek için yapmaları gereken optimum faaliyetleri bilmeye başlamaktadırlar (Yenice, 2006: 58).

Sağlık sistemlerinin geliştirilebilmesi ve geleceğe yönelik stratejik planlamaların doğru biçimde yapılabilmesi için sistem içinde denetimin de etkin biçimde yapılması gerekmektedir. En önemli denetim biçimi organizasyonun elindeki bütçeyi doğru kullanıp kullanmadığına yönelik gerçekleştirilen denetimdir. Bu denetime göre, gelirlerin bir kısmı zorunlu tüketime gitmektedir. Geri kalan gelirler ise organizasyon amaçları doğrultusunda harcanmalıdır. Harcamalar arasındaki bu dağılımın denetiminin yapılabilmesi ise ancak performans yönetimi ile mümkündür.

Sağlık kurumlarında performans yönetiminin etkin biçimde gerçekleştirilebilmesi için hemen her aktivitenin ardından bir feedback (geri besleme) mekanizmasının oluşturulması gerekmektedir. Geri beslemenin yapılmasının şart olduğu aktiviteler ve sağlık kurumlarında işleyen feedback mekanizması şekil 2-1’de gösterilmektedir:

Şekil 2-1. Sağlık Sistemlerinin Basamakları ve Birbiri ile İlişkisi



Kaynak: Aydın ve Demir, 2008: 58.

Şekil2-1’de görüldüğü üzere, sağlık sistemlerinde denetlemenin gerçekleştirilmesi gereken aktiviteler hasta kayıt kabulü ile başlamakta ve performans yönetimi içinde yer alan ödüllendirmeye kadar devam etmektedir. Bu aktivitelerden kurumsal performans, hasta memnuniyetinin, kurumsal yönetimin planlamalarına uyumunun, hizmete erişim kolaylığının, verimliliğin ve bilgilendirmenin ölçülmesi ile değerlendirilmektedir. Büyüme ve yeni sağlık birimlerinin açılması, devlet planlamasının, hazinenin, sosyal imkânların varlığı ile mümkün olduğundan, büyümelerin denetlenmesi ve değerlendirilmesi aşamasında devlete ait pek çok kurumun ortak kararı söz konusudur.

Çalışanların doğru yönetilmesi, performans değerlendirilmesinin ve ödüllendirmelerin de şeffaf yapılması denetlenmesi gereken bir başka unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer taraftan hasta kayıt kabulleri ve hastane bilgi sistemi ile tahsilat ve diğer finansal işlemler arasında uyumluluğun varlığı da yine önemli denetim mekanizmaları arasında yer almaktadır (Aydın ve Demir, 2008: 59).

### 2.1.4. Sağlık Kurumlarında Kullanılan Performans Ölçme, Değerlendirme ve Yönetim Modelleri

2006 tarihinde yayımlanan 5471 sayılı kanun ve 1961 tarihinde yayımlanan 209 sayılı kanunda yapılan değişiklikler ile yeni bir sağlık yönetim sistemine geçilmiştir. Bu kanunlara eklenen fıkralar, performansın nasıl ölçüleceği ve ödüllendirmelerin nasıl yapılacağı hakkında kesin veriler içerirken, aynı zamanda kullanılan modeli de anlamayı sağlamaktadır. Kanunun en önemli noktalarından biri, sağlık kurumlarında sözleşmeli olarak çalışan personelin bile performans sistemi içinde değerlendirilecek ve buna göre ödeme yapılacak olmasıdır<sup>3</sup>.

Sağlık kurumlarında çeşitli iyileştirmelerin yapılarak yönetimin konu hakkında isteklendirilmesi, hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının memnuniyetlerinin artırılması için “görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönerge” oluşturulmuş ve performansın ölçülebilmesi ve değerlendirilebilmesi için modeller geliştirilmiştir. Bunlar;

1. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik uygulama
2. Devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerine yönelik uygulama şeklindedir (Erkan, 2011: 428).

#### *Sistemin Ana Unsuru*

*Sistemin ana unsuru sağlık kurumlarında yapılmakta olan 5120 tıbbi işlemin bağıl değerlerinin belirlenerek, puanlandırılmasıdır.*

*Hekimler tarafından bire bir yapılan ve bizzat sonuçlandırılan işlemler puanlandırılmaktadır.*

*Hekim kontrolünde olsa da cihaz ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan işlemler puanlandırılmamaktadır (Örnek: Enjeksiyon).*

**Tablo 2-1.** Sağlık Kurumlarında Puanlanan Uygulama Örnekleri ve Puanları

	Uygulama	Puan
1	Koroner arter by-pass	2500 puan
2	Anestezi A1 grubu	1200 puan
3	Sezaryen	143 puan
4	Doğum	143 puan
5	Ebe eşliğinde yapılan doğum	36 puan
6	Psikiyatri muayenesi	30 puan
7	Servislerde yapılan hasta başı ziyaret	21 puan
8	MR (Beyin)	20 puan
9	Muayene	21 puan
10	Sevki yapılan muayene	5 puan
11	Akciğer grafisi	4 puan
12	IV Enjeksiyon	0 puan

**Kaynak:** Erkan, 2011: 428.

3 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname EK-3



Ağırbaş ve arkadaşları, sağlık kurumlarında verimliliğin artırılması ve performansın yükseltilmesi için puanlama sisteminin yanı sıra, personelin motive edilmesi gerektiğini, bunun da hastanelerde yöneticilerin üstleneceği bir görev olduğunu vurgulamaktadırlar. Araştırmacılar, sağlık kurumları yöneticilerinin nasıl motivasyon sağladıkları ve performansı nasıl yükselttikleri sorusuna yanıt aramışlardır. Araştırmanın sonucunda, özellikle hekimlerin işlerini çok sevmesine rağmen işlerinden memnun olmadıkları görülmüştür (Ağırbaş ve ark., 2005: 348). Araştırmanın bu çalışma için en önemli sonucu performansı arttırmak için ödüllendirmeye dayalı modellerin geliştirilmesine rağmen, bunun motivasyona yeterince etki etmediğidir. Araştırmada, ihtiyaçlar hiyerarşisine göre motivasyon unsurları belirlenmiş, performans sisteminin ve maddi ödüllendirmenin önemli olduğu ancak diğer unsurların olmaması halinde sağlık personelinin yeterli isteklilik düzeyine erişilemeyeceği sonucuna ulaşılmıştır (Ağırbaş ve ark., 2005: 348).

Sağlık Bakanlığı hem personelin istekliliğini arttırmak hem de sağlık kurumlarındaki hizmet standartlarını yükseltmek için puanlama sistemini getirmiştir. Ancak bu sistem, yukarıdaki (Tablo 2-1) uygulamaların yanı sıra kurumların da performansının değerlendirilmesini içermektedir. Puanlama sisteminde, 4 temel puanlama mevcuttur. Bunlar (Erkan, 2011: 429):

- i. Bireysel Performans Puanı<sup>4</sup>
- ii. Kurumsal Performans Puan Ortalaması
- iii. Dolaylı Bireysel Performans Puanı
- iv. Net Performans Puanı şeklindedir.

Bireysel performans puanları, hekimlerin yaptıkları uygulamalara göre hesaplanmaktadır. Kurumsal performans ise tüm hekimlerin topladığı puanların aritmetik ortalaması ile hesaplanmaktadır. Hastanelerdeki sağlık personelinin çalıştığı pozisyonun belirlenmiş katsayısı ile kurumsal performans puan ortalamasının çarpılmasından elde edilen puandır. Net performans puanı için ilgili yönetmeliklerde belirlenen katsayılar ile bireysel puanlar çarpılmakta ve buna göre hesaplama yapılmaktadır (Erkan, 2011: 429).

Sağlık kurumlarının performansını ölçmek için Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan tek model puanlama sistemi değildir. Sağlık kurumlarının finansal açıdan değerlendirmeleri de yapılmakta ve bakanlık tarafından ekonomik alt yapıyı verimli kullanıp kullanmadıkları konusunda denetim ve gözetimler de gerçekleştirilmektedir. Hastaneler ve sağlık kuruluşlarının, kendilerine verilen bütçeyi nasıl kullandıklarının hesaplanması, girdi ve çıktı kayıtlarından ve bu kayıtlar üzerinde veri madenciliği tekniği ile yapılan hesaplamalar ile anlaşılmaktadır (Özgülbaş ve Koyuncugil, 2007: 18).

4 Bu puanlama Girişimsel İşlemler Yönergesi'ne göre yapılmaktadır [https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular\\_2011/2011/5\\_ekim\\_2011/0510girisimliste.pdf](https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/5_ekim_2011/0510girisimliste.pdf) Erişim: 18.11.2015

Can ve İbicioğlu, sağlık kurumlarında performansın ölçümlemesi ve tüm yönetim fonksiyonlarının devamlılığının sağlanması için en önemli ve ilk idare merkezinin hastane yönetim kurulları olduğunu vurgulamaktadır (Can ve İbicioğlu, 2008: 259). Buradan hastanelerin yönetimlerinde uygulanan modelin mevzuata uygun olmak şartı ile hastane yönetimleri tarafından belirlenebileceği, verilerin doğru tutularak denetleyici kuruma teslim edilmesi gerekliliği olduğu yorumunu yapmak mümkün olabilmektedir. Yine Can ve İbicioğlu da bu düşünceyi desteklemekte ve özellikle yakın gelecekte hastane yönetimlerinin özerkleşeceğini savunmaktadırlar (Can ve İbicioğlu, 2008: 265).

Can, Toplam Kalite Yönetimi biçiminin bir model ve aynı zamanda bir felsefe olduğunu, bunun performans ölçümlerinde de faydalı sonuçlar doğuracağını belirtmektedir. Yazar, toplam kalite yönetim sisteminin oluşturulmasıyla kurumsal bir yönetim anlayışına geçileceği, doğal olarak departmanların yönetimlerinin ve örgüt kültürünün oluşacağından bahsetmektedir (Can, 2008: 294). Buradan hareketle, toplam kalite yönetimi sayesinde, sağlıkta dönüşüm programı ile hedeflenen kalite artırımının da mümkün olacağı ve performans ölçümü için doğru bir yönetim modeli olacağı çıkarımını yapmak mümkündür.

Sağlık kurumlarının performanslarının ölçümünde günümüzde Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan ölçüm teknikleri ise şu şekilde sıralanabilir (Erkan, 2011: 430):

***i. Muayeneye Erişim***

Muayeneye erişimin hesaplanması için poliklinik sayısı ve hekim sayısının oranlarından faydalanılmaktadır.

***ii. Altyapı ve Süreç Değerlendirme***

İl performans ve kalite koordinatörlüğü tarafından alt yapı ve süreçler gözlemlenerek her hastane için ayrı değerlendirme yapılmaktadır.

***iii. Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyeti***

Sağlık kurumlarına başvuran ve kaydı tutulan hastalar üzerinde yapılan anket sonuçları değerlendirilmektedir.

***iv. Kurum Verimliliği***

Kurumların çeşitli oranlar ile finansal kaynak kullanımları değerlendirilmektedir. Burada en önemli unsurlar personel gideri, dolu yatak sayısı, başvuran ve tedavi edilen hasta sayısı ve bunun gibi oranlardır.

***v. Kurum Hedef Katsayısı***

Sağlık bakanlığı tarafından belirlenen hedeflere ulaşma durumunun incelenmesidir. Örneğin yapılan ameliyatların ameliyathanelere oranı, hekim/hasta oranı gibi oranlamalar ile kurum hedef katsayısı belirlenmektedir.

Erdoğan ve Yıldız, sağlık kurumlarındaki finansal verilerin oranlarına bakılarak da performansın ölçülebileceğini belirtmektedirler. Yazarlara göre sağlık kurumlarının finansal tablolarından yararlanılarak onların birbiri ile performans kıyaslamasını

yapmak mümkündür. Bu sistemde veri zarflama modeli öneren yazarlar, kendi yaptıkları örnek uygulamada VZA (Veri Zarflama Analizi)'nın girdi yönelimli CCR<sup>5</sup> (Toplam Etkinlik - Charnes, Cooper, Rhodes) ve BCC<sup>6</sup> (Teknik Etkinlik - Banker, Charnes, Cooper) modellerini kullanmış ve özel hastanelerin yüzde 50'sinin, devlet hastanelerinin ise yüzde 25'inin performans bakımından etkin olduğu sonucuna varmışlardır (Erdoğan ve Yıldız, 2015: 129).

Roberts ve arkadaşları, sağlık kurumlarında daha etkin yönetim, performans değerlendirme ve sonuçları görerek yeni politikalar belirlemek için "5 kontrol düğmesi" modelinden bahsetmektedirler. Yazarlara göre bu düğmeler, performansların iyileştirilmesi için gereken temel mekanizmaları işaret etmekte ve yönetim esnasında izlenmesi gereken stratejilerin geliştirilmesini sağlamaktadır. Yazarlar, sağlık sistemini, finansman, ödeme, organizasyon, düzenleme ve davranış bileşenleri ile ele almaktadırlar. Bu beş kontrol düğmesi ile bir sağlık kurumunda maksimum erişim, ortalama ve/ya yüksek bir kalite ve verimlilik hedeflenmektedir. Yazarlara göre sağlık sisteminin en önemli çıktısı yüksek düzeyde bir sağlıklı olma durumunun oluşturulması, ikinci olarak memnuniyet durumu ve son olarak da riskten korunma olmalıdır (Roberts ve ark., 2004: 26-28)<sup>7</sup>.

**Tablo 2-2.** Beş Kontrol Düğmesi Model Bileşenleri

	BİLEŞEN	AÇIKLAMA
1	Finansman	Sağlık sektöründeki faaliyetler için ödenilen paranın toplanmasını sağlayan tüm mekanizmaları ifade etmektedir. Bu mekanizmalar vergileri, sigorta primlerini ve hastaların yaptığı doğrudan ödemeleri içermektedir. Para toplayan kurumların tasarımı -örneğin, sigorta şirketleri, sosyal sigorta fonları- bu kontrol düğmesinin bir parçası olduğu gibi, kaynakların farklı önceliklere tahsisini teşkil etmektedir
2	Ödeme	Ücretler, kişi başı ödeme ve bütçeler gibi paraların, sağlık hizmetleri sağlayıcılarına -doktorlar, hastaneler ve kamu sağlık çalışanları- transfer edilmesi için kullanılan yöntemleri ifade etmektedir. Bu yöntemler karşılığında, sağlayıcıların nasıl davranacağını etkileyen teşvikleri oluşturmaktadır. Doğrudan hastalar tarafından ödenen para da bu kontrol düğmesine dâhil edilmektedir
3	Organizasyon	Sağlık hizmetleri piyasalarında sağlayıcıların, rollerinin ve işlevlerinin karışımını ve dâhili olarak sağlayıcıların nasıl çalıştığını belirlemek için kullandıkları mekanizmaları ifade etmektedir. Bu mekanizmalar tipik olarak, hükümet hizmet sunumunu oluşturan sağlayıcıların rekabetini, desantralizasyonunu ve doğrudan kontrolünü etkileyen ölçüleri içermektedir. Bu, kimin ne yaptığı ve kimin kimle rekabet ettiğini ve bunun yanında müdürlerin nasıl seçildiği ve çalışanların nasıl ödüllendirildiği gibi sağlayıcıların yönetsel iç çalışma biçimlerini içermektedir
4	Düzenleme	Devlet tarafından, sağlık sisteminde bulunan sağlayıcılar, sigorta şirketleri ve hastalar gibi aktörlerin davranışlarını değiştirmek için kuvvetin kullanılmasını ifade etmektedir.
5	Davranış	Hem hastalar hem de sağlayıcılar dâhil olmak üzere sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin olarak bireylerin nasıl hareket ettiğini etkilemeye yönelik çabaları içermektedir.

**Kaynak:** Roberts ve ark., 2004: s.27-28.

5 Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından 1978 yılında ortaya konulan bir araştırma tekniğidir ve araştırmacıların isimlerinin baş harfleri ile anılmaktadır.

6 Banker, Charnes, Cooper tarafından 1984 yılında ortaya konulan bir araştırma tekniğidir ve araştırmacıların isimlerinin baş harfleri ile anılmaktadır (Behdioğlu ve Özcan, 2009: 305-306)

7 Yazarlara göre sistemin kontrol düğmeleri finansman, ödeme, organizasyon, düzenleme ve davranıştır. Ara performans ölçümleri olan verimlilik, kalite erişim ve performans hedefleri olan sağlık durumu, kullanıcı memnuniyeti ve riskten korunma, modeldeki önem sırasına göre yazılmıştır.

### 2.1.5. Sağlık Kurumlarında Performans ve Kalite Göstergeleri

Sağlık kurumlarında temel faaliyet sağlık hizmeti sunmak olmakla birlikte çok çeşitli ve birbirine bağımlı faaliyetler de söz konusudur. Bu faaliyetlerin hangisinin daha önemli olduğu hakkında yorum yapmak ise olanaksızdır. Çünkü faaliyetler ile ilgili detayların ve/veya sıralamanın eksik ya da yanlış yapılması gibi bir durum, hastanın sağlığına, hatta yaşamına mâl olabilecek kadar büyük sonuçları doğurabilmektedir. Faaliyetler arasında önem sıralamasının yapılamaması sağlık kurumlarında performans kıyaslamasını da zorlaştıran bir durumdur. Bu sebeple sağlık kurumlarında yürütülen faaliyetlerin içeriğine ve kurumların niteliğine göre performans ölçümünde çeşitli göstergelerden faydalanılmaktadır:

- i. Girdi ve çıktı göstergeleri
- ii. Sonuç göstergeleri
- iii. Verimlilik ve etkililik
- iv. Kalite göstergeleri
- v. Finansal göstergeler (bütçe).

Sağlık kurumlarında performansın ve kalitenin artırılmasına yönelik olarak yapılması gereken ilk adım sağlık çalışanlarının hasta ayırımı yapmasını önlemek ve her bireye eşit biçimde yaklaşılmasını sağlamaktır. Bu sayede, beklenen kalite ve memnuniyet artışı gözlemlenebilecektir. Kalitenin artırılması ve performans değerlendirmelerinin doğru yapılmasına yönelik yapılması gereken bir diğer önemli aktivite ise kurumun çalışanları arasında sorumluluk bilincinin uyandırılması, hesap verimliliğin artırılması ve şeffaf bir yönetim yaklaşımının benimsenmesidir. Tüm bu önlemler sayesinde girdi ve çıktıların denetlenmesi daha kolay hale gelirken, eşitlik, memnuniyet ve verimlilikte de gözle görülür artışlar ortaya çıkacaktır (United Health Foundation, 2013: s. 4).

#### 2.1.4.1. Sağlık Kurumlarında Girdi Ve Çıktı Göstergeleri

Yapılan faaliyetlerin her birinin ayrı öneme sahip olmasından dolayı sağlık kurumlarında performans değerlendirmeleri arasında en önemli göstergeler girdi ve çıktı göstergeleridir. Çünkü faaliyetler için doğru girdilerin sağlanması ve doğru işlemler sonucunda sağlıklı çıktılar elde edilmesi sunulan hizmetlerin kalitesi ve memnuniyet düzeyini direkt olarak etkilemektedir. Bir bütün olarak girdi ve çıktılar, sağlık kurumlarında hizmet üretimi için kullanılan tüm kaynakları ve sağlığına kavuşarak kurumdan ayrılan hasta bireyleri temsil etmektedir. Hangi kaynakların kullanılarak hangi sonuçların elde edildiği, girdi ve çıktı göstergelerini belirtmektedir. Çıktılar, nihai sonuçlar göz önüne alınarak hesaplanmalıdır (Yenice, 2006: 60).

Sağlık alanında çıktıların değerlendirilmesi, hizmet alanın (hastanın) hizmet aldıktan sonra sağlıklılık düzeyindeki artışı ile doğrudan ilişkilidir. Hasta birey, sağlık kurumuna başvurduktan sonra teşhis ve tedavi sürecinde olumlu görüşlere

sahip olur ve memnuniyet içerisinde kurumdan ayrılırsa, bu çıktının artışı olarak değerlendirilmektedir. Hasta ve yakınlarının sağlık kurumu ve aldıkları sağlık hizmeti ile alakalı olarak memnuniyet düzeyleri sağlık sektöründeki en somut, en ölçülebilir çıktı biçimidir (Sağlık Bakanlığı, 2007: 31).

Sağlık Bakanlığı, sağlık kurumlarındaki girdi ve çıktıları çeşitli konu başlıkları altında incelemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015):

- i. Ülke genelinde risk faktörü yaratan hastalık çeşitleri, bu çeşitlerin azaltılması, sağlıkta koruma hizmetlerinin en önemli çıktıları arasında yer almaktadır.
- ii. Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine başvuran hastalar girdiyi oluştururken bu hastaların sağlığına kavuşma oranları ve/ya yaşam kalitelerinin yükseltilmesi çıktı olarak nitelendirilmektedir.
- iii. Sağlık eğitimi veren kurumların arttırılması, bu kurumlara öğrenci alımı ve öğrencilerin mezun olma oranları, yine sağlık sektöründeki önemli girdi ve çıktılar arasında yer almaktadır.
- iv. Göçler, turizm ve iş sebebi ile yapılan uluslararası dolaşım esnasında gerekli önlemlerin alınması ve sağlık riski oluşturacak faktörlerin ülkeden uzaklaştırılması, girişinin önlenmesi gibi unsurlar sağlık birimlerinin istatistiksel olarak koruyucu sağlık hizmeti çıktıları arasında yer almaktadır.
- v. Sağlık hizmetleri esnasında kullanılan ilaçların fayda ve zararlarının belirlenmesi, ilaçların kolay ulaşılabilir olması ve kaliteli ilaçların imal ve ithal edilebilmesi, reçete edilme oranları ve hastaların ilaç kullanım sıklığı gibi göstergeler, sağlık hizmetlerinin doğru ve etkin biçimde verildiğini anlamak açısından önemli çıktılar arasındadır.
- vi. Belirlenen strateji ve hedefler doğrultusunda, sağlık alanında insan ve ekipman dağılımının yapılması girdiler, bu gücün kullanımı konusundaki istatistik verileri ile ihtiyaçların giderilme oranları (hastalıkların tedavi edilmesi, ölümlerin azalması vb. gibi) ise çıktılar olarak gözlemlenen unsurlar arasında yer almaktadır.
- vii. Acil durumlarda hastane ve diğer sağlık kurumlarına yapılan başvurular sektörün girdileri arasında yer alırken, müdahale hızı, ambulans ve hekim sayısı, ilaç yeterliliği ve tedavi oranları çıktılar arasında bulunmaktadır.
- viii. Ülkenin her yerinde, kırsalda ve kentte eşit sağlık erişimi, doğru bilgilendirme ve tedavi için yeterli donanımın olması için yapılan planlamalar ve faaliyetler ile bunların istatistiksel bilgileri, hastaların memnuniyet dereceleri yine sağlık sistemlerinin önemli çıktıları arasındadır.

Sağlık kurumlarının ve hizmetlerin yeterliliğini anlamak ve yeni sağlık politikaları geliştirmek için Sağlık Bakanlığı tarafından en fazla önemsenen ve yukarıda maddeler şeklinde açıklanmaya çalışılan girdi ve çıktıları bir tablo ile özetlemek gerekirse ortaya şu sonuç çıkacaktır:

**Tablo 2-3.** Sağlık Bakanlığı Tarafından Belirlenen Sağlık Kurumları Girdi ve Çıktıları

GİRDİ	ÇIKTI
Toplumsal sağlık oranını düşürme riski oluşturan hastalık çeşitleri, bu hastalıkları yaratan etkenler ve bulaşıcılık	Hastalık çeşitlerinin görülme sıklığının azaltılması/engellenmesi, hastalık yapıcı etkenlerin giderilmesi, bulaşıcılık konusunda bilinçlendirme/aşı yapılması
Rehabilitasyona ihtiyacı olan hastaların yaşam kalitesinin düşük olması	Rehabilitasyon hizmetleri ile sağlığına kavuşan bireyler ya da çözümü olmayan durumlar ile birlikte yaşamayı öğrenen hasta ve çevresi
Genç, işsiz ve eğitim sahibi olmayan bireyler/ çocuklar ve az sayıda sağlık çalışanı	Eğitim kurumlarının artırılması ve nitelikli sağlık personellerinin topluma kazandırılması
Bireylerin ve kitlelerin dolaşımı sebebi ile hastalık çeşitlerinin yayılması	Dolaşım öncesi ve sırasında önlemlerin alınarak hastalıkların farklı coğrafyalara yayılmasının engellenmesi
İlaç ve diğer tedavi gereçleri	İlaç ve medikal ürünlerin ulaşılabilirliği ve sağlığına kavuşmuş/tedavi edilmiş bireyler
Sağlık politikaları, plan ve hedeflerinin oluşturulması, hedeflere yönelik stratejilerin geliştirilmesi	Ekipman ve personel dağılımının gerçekleştirilmesi, sağlık hizmeti veren kurumların yapılması ve halkın hizmetine sunulması
Sağlık kurumlarına yapılan başvurular ile bunların istatistiksel bilgisi	Başvulara cevap verme ve tedavi etme hızı, olay yerine erişim ve ambulans yeterliliği
Eşit ve nüfus yoğunluğuna uygun biçimde cevap verebilecek nitelikte sağlık kurum/ personelinin yerleştirilmesi	Hasta ve yakınları ile sağlık çalışanlarının memnuniyeti

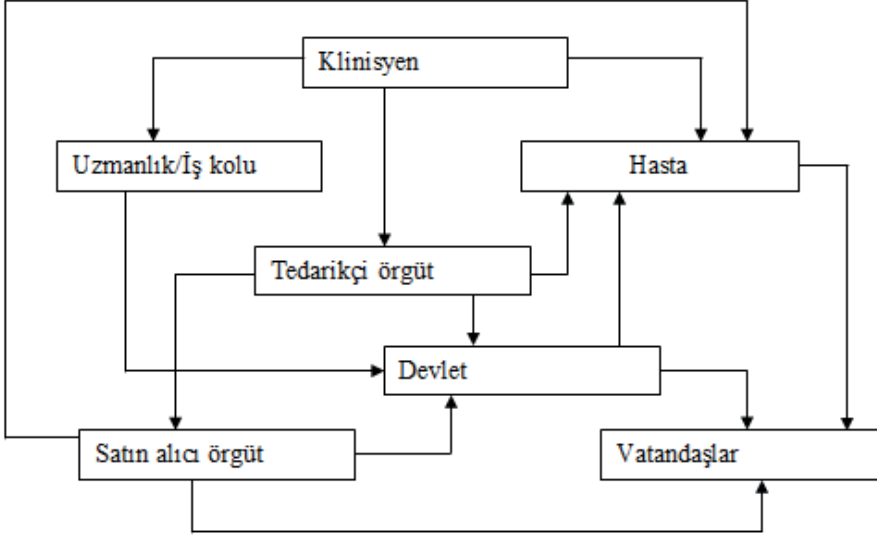
Görüldüğü gibi, sağlık sektöründe girdi bakımından çeşit az olmasına rağmen, çıktılar çeşitlidir ve duruma göre değişkenlik göstermektedir. Bu özelliklere bakarak, sektörün en önemli girdisi hasta ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyan insan, en önemli çıktısı ise sağlığına kavuşmuş hasta, birey sayıdır yorumunu yapmak mümkün görünmektedir.

#### 2.1.4.2. Sağlık Kurumlarında Sonuç Göstergeleri

Sağlık kurumlarından sonuçta memnuniyet ile ayrılabilmenin en önemli performans göstergelerinden birisi olduğu dikkate alınırsa sonuç ve sonuca odaklanan süreçlerde performans kriterleri önemlidir. Sağlık kurumlarında hastaların bekleme süreleri, muayene ve teşhis konulması gibi süreçler memnuniyeti doğrudan etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Teşhislerin doğru test ve analizler ile tam konulması, kayıta dayalı olması ve hastalık tedavisi sürecinde sürekli tetkik ve kontrollerin sağlanması, sonuç göstergelerini etkilemekte, bireyin sağlığına kavuşma aşamasında kaliteyi arttırmaktadır. Sonuçlar kullanılan kaynaklar ve nihai sonuçların toplum ve birey üzerinde bıraktığı etkilerdir. Sağlık kurumlarının faaliyet gösterdiği bölgede sağlık koşullarındaki iyileştirme, bağışıklık yapılması, aile planlaması ve bilinçlilik düzeyindeki artış gibi göstergeler sonuç göstergeleri arasında yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 30).

Sağlık kurumlarında doğru performans yönetiminin yapılması ile ortaya çıkan en önemli sonuç memnuniyettir. Sağlık kurumlarında şekil 2-2’de görüldüğü gibi sürekli bir etkileşim ve iletişim mevcuttur. Performans yönetiminde istenilen / hedeflenen sonuçlara en verimli biçimde ulaşmanın en önemli yolu doğru iletişim ve etkileşimin var olmasıdır (Smith ve ark., 2008: 2):

Şekil 2-2. Sağlık Sistemindeki İlişkiler



Kaynak: Smith ve ark., 2008: 2.

Şekil 2-2’de görüldüğü üzere sağlık sistemini oluşturan tüm birimler arasında doğrudan ya da dolaylı biçimde gerçekleşen bir etkileşim mevcuttur. Sonuçların her birimi memnun etmesi en önemli çıktı olarak gösterilebilir. Çünkü örnek verecek olursak bir hastanın iyileşmesi devletin ekonomik bakımdan daha az harcama yapmasına neden olacak, toplumda sağlıklılık oranı artacak, uzmanın performansı yükselecektir. Tedarikçi kurumlardan performans sistemi ile daha doğru ilaç alımı gerçekleşecek, hastalara verilen ilaçlarda verimlilik artacak, bu durum zaman ve finansal açıdan verimlilik kazandıracaktır.

Sağlık Bakanlığı tarafından dikkate alınan istatistiklere bakıldığında, sağlık birimlerinin performanslarını değerlendirmek ve yeni sağlık politikalarını oluşturmak için hangi çıktıları önemsendiğini de anlamak mümkün olacaktır. Örneğin, sağlık kurumlarının doğru dağılımının yapılabilmesi ve yoğunlukların önlenerek, ihtiyacın daha fazla olduğu bölgelere kaydırılabilmesi açısından, yatak doluluk oranlarının bilgisi önemli bir çıktıdır. Yine bir sağlık kurumunun hasta başına düşen hekim sayısının analiz edilmesi, hizmete erişimi kolaylaştıracak, erken tanı ve doğru tedavi gibi çıktıları da beraberinde getirecektir. Sağlık personelinin artırılmasına yönelik olarak açılan okul sayısı ve uzman öğretim görevlilerinin yetiştirilmesi, nitelikli personelin varlığını sağlamaya yöneliktir ve önemli bir çıktıdır. Hastaların

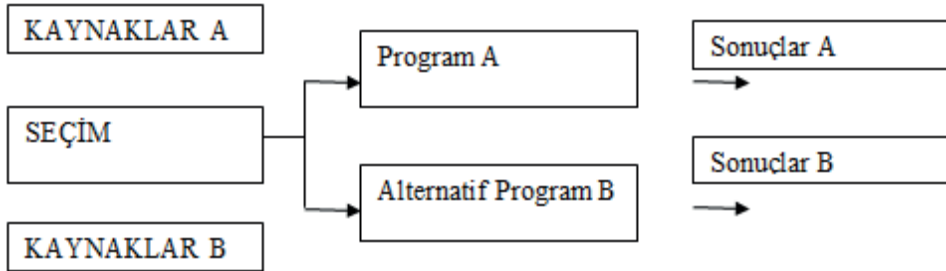
hastanelere başvurma nedenlerinin bilinmesi, hastalıkların önlenmesi açısından önemlidir. Bu istatistiklerin yıl ve bölgeler bazında kıyaslanması, hastalıkların yaygınlaşmasının önüne geçilmesi için yapılacak işlemlerin ne olduğu hakkında bilgi verecek, sağlıklılık oranının artırılmasına yönelik çıktılar getirecektir.

### 2.1.4.3. Sağlık Kurumlarında Verimlilik ve Etkililik

Verimlilik, hizmetin elde edilmesi için kullanılan kaynaklara oranla ne kadar çok hizmet elde edilip edilmediği ile yakından ilişkilidir. Personel, araç gereç, ilaç, enerji ve benzeri pek çok girdinin neticesinde elde edilen çıktılar verimliliği hesaplamaya yardımcı olmaktadır. Ancak burada, dikkat edilmesi gereken en önemli unsur, özellikle sağlık kurumlarında daha fazla çıktı elde edebilmek için girdileri azaltmak ya da kaliteyi düşürmek yöntemine başvurulmaması gerekliliğidir. Sağlık söz konusu olduğunda yapılan ertelemeler daha sonra, daha fazla girdiye sebep olacak problemlere neden olabilmektedir. Önemli olan doğru teşhis ve tedavinin yapılarak hastanın en kısa sürede sağlığına kavuşmasının sağlanmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 30-31).

Sağlık hizmetlerinde verimliliğinin ölçülmesi için, girdilerin ve çıktılarının belirlenmesi gerekmektedir. Tıbbi müdahalelerde kaynak kısıtlaması mümkün olmamakla beraber, hastayı en kısa yoldan tedavi edecek olan yöntemin belirlenmesi şarttır. Çalışkan, 2009 yılında yazdığı makalesinde, yapılacak olan sağlık müdahaleleri ve verilecek tedavi kararları için ekonomik ölçümlerin ve etkililik analizlerinin yapılarak yol haritası çizilmesi gerektiğinin önemini vurgulamıştır. Yazara göre, sağlık hizmetlerinde alternatifler söz konusu olduğunda, şekil 2-3'te olduğu gibi bir incelemenin yapılması verimlilikte artışı sağlayacaktır:

Şekil 2-3. Kaynakları Değerlendirme ve Yöntem Belirleme



Kaynak: Çalışkan, 2009: 315

“Sağlık alanında ekonomik değerlendirmenin gerekliliği kabul edilmesine karşın en önemli sorun alternatiflerin karşılaştırmaya olanak verecek şekilde belirlenmesidir. Çünkü bir sağlık programının etkileri konusunda o sağlık programının yalnızca maliyetleri, yalnızca sonuçları ya da her ikisini bir arada ama herhangi bir alternatif ile karşılaştırmadan ele alan bir yaklaşımla sonuca varmak karar alma sürecinde rasyonellikten uzaklaşma anlamına gelmektedir. Nitekim Tablo 2-4’de görüldüğü gibi 1A, 1B ve 2 ile gösterilen bölümlerde



*tanımlanan bir değerlendirme süreci sonucunda elde edilen bulgular ya yalnızca sonuçlar-tıbbi etkililik- (1A) ve yalnızca maliyetler (1B) ya da tek bir programın maliyet ve sonuçlarına dayanan kısmi değerlendirilmeye yer verilmektedir. 3A ve 3B bölümlerinde ise her ne kadar programlar bir arada değerlendirilse de bu ya maliyet ya da sonuç karşılaştırılmasına dayanan bir süreçtir. Ancak tam bir etkinlik değerlendirmesi aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi yalnızca 4. bölümde belirtilen yöntemlerden birinin kullanılması ile gerçekleştirilmektedir” (Çalışkan, 2009: 315).*

**Tablo 2-4.** Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme ile Verimlilik Sağlama

HAYIR	HAYIR		EVET
	<i>Yalnızca Sonuçlar</i>	<i>Yalnızca Maliyetler</i>	
EVET	1A Sonuç Tanımlama	1B Maliyet Tanımlama	2 Kısmi değerlendirme Maliyet-sonuç tanımlama
	3A Tıbbi Etkililik ya da etkililik değerlendirmesi	3B Maliyet Analizi	4 Tam ekonomik değerlendirme Maliyet-etkililik analizi Maliyet-fayda analizi Maliyet-yarar analizi

**Kaynak:** Çalışkan, 2009: 315.

Sağlık kurumlarında verimliliğin ölçümlerinin yapılması için ekonomik öncelik ve faydaların belirlenmesine yönelik çeşitli soruların yanıtlanması gerektiğini belirten Çalışkan'ın hazırladığı tabloda, önceliklerin sıralamasını yapmak için çeşitli sorulara evet ya da hayır cevaplarının verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu evet ve hayırlara göre sağlık sisteminin öncelikleri belirlenmekte, finansal ve diğer kaynaklar (insan gücü, zaman gibi) buna göre dağıtılmalıdır.

Burada etkililiğin tanımını yapmak gerekmektedir. Etkililik, kısaca tahmini yapılan sonuçlara varılıp varılmadığının kontrol edilmesi olarak tanımlanabilir. Hedeflenen sonuçlara ulaşılamadığı takdirde, burada etkililikten bahsetmek olanaksızdır (Yenice, 2006: 60).

Etkililik, sağlık hizmetlerinde yapılan müdahalelerin, kullanılan ilaçların veya harcanan finansal kaynakların sonuca ulaşmada ne kadar doğru yöntemler olduğunun tespit edilmesidir. Buna göre, sağlık hizmetlerinde yapılan tıbbi müdahaleler, satın alınan ilaçlar ve diğer tüm giderlerin ardından, hastaların iyileşme düzeyleri ile bir kıyaslama yapılmalıdır. Özellikle ekonomik değerlendirmeler yapılarak etkililik ölçümlerinin gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinde kaynakların ne kadar verimli kullanıldığı sorusunu cevaplamak için önemlidir. Garber ve Phelps, 1997 yılında ekonomik giderler ve etkililik üzerinde bir araştırma gerçekleştirmiş ve Neumann-Morgenstern fayda maksimizasyonu modeli ile sağlık harcamalarında daha verimli olmanın yöntemlerini araştırmışlardır. Bu model, belirsiz bir durumda kime ne kadar fayda sağlandığını anlamaya yöneliktir (Şener, 2015: 42). Yazarlar, sağlık kurumlarında ekonomik çıkar gözetmenin imkânsız olduğunu vurgularken, sağlık harcamaları konusunda verimliliği ölçmek için en önemli yöntemin, ortaya çıkan çıktıların faydalarına bakmak olduğunu belirtmiş ve nasıl bir model olursa

olsun, sağlık kurumlarında verimliliği ölçmek için mutlaka elde edilen faydalara odaklanması gerektiğini vurgulamışlardır (Garber ve Phelps, 1997: 7). Hurley ise yaptığı çalışmada, sağlık hizmetlerinin dışsal faktörlerden çok fazla etkilendiğini, etkililiğin finansal açıdan çok seçilen tedavi yöntemi ya da kullanılan ilaç bakımından değerlendirilmesi gerektiğini savunmuştur (Hurley, 2000: 63).

Alan yazınına bakıldığında, verimlilik ile etkililik arasında çok yakın ve çift yönlü bir ilişkinin olduğunu söylemek mümkündür. Tıbbi hizmetlerin tahmin edilememesi, ekonomik açıdan planların her zaman doğru olmasını engellese de, kullanılan insan gücü ve diğer kaynakların hastaları nasıl iyileştirdiğinin, ne kadar hastaya kaliteli hizmet götürdüğünün hesaplanması, etkililiğin ve verimliliğin artırılmasını sağlayacaktır.

#### **2.1.4.4. Sağlık Kurumlarında Kalite Göstergeleri**

Sağlık kurumlarında kaliteli hizmet verilmesinin işareti olarak ilk defa 1966 yılında Donabedian tarafından bir sınıflama gerçekleştirilmiş ve bu sınıflamadaki unsurlar, sağlık hizmetlerinde kaliteyi aramak için izlenen temel göstergeler haline gelmiştir. Donabedian'ın bu sınıflaması yapı, süreç ve çıktı temellerine dayanmaktadır. Burada yapı, sağlık hizmetinin verilmesini sağlayan koşulların bütünüdür. Binanın durumu, temizliği, ameliyathaneler ve muayenehanelerin fiziksel koşulları gibi unsurlar yapı sınıfı altında değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra süreç, sağlık hizmeti almaya gelen hastanın çıktıya dek yaşadığı süreyi temsil etmektedir. Hastanın bekleme süresi, muayene ve bilgilendirme, teşhis ve tedaviyi içinde barındırmaktadır. Sağlık personelinin eğitim yeterliliği, hastaya yaklaşımı ve deneyimi de süreç kısmının alt unsurlarından sayılmaktadır. Son olarak çıktı elemanı ise hastaların son durumunu göstermektedir. Hastanedeki tüm kalite unsurları çıktı olmadığı zaman anlamsız hale gelmektedir. Hastane ve diğer tüm sağlık kurumlarının temel hedefi, iyileştirilerek sağlığına kavuşturulmuş bireylerin var olmasıdır (Öksüz, 2010: 32).

Kalite göstergelerinin varlığının en önemli sebebi, üretilen hizmetin doğru zamanda, doğru ihtiyaca cevap verip vermediğinin ölçülmesidir. Bu doğruluklar ise belirlenmiş çeşitli standartlara göre şekillenmektedir. Standartlara uymayan sağlık hizmetleri ve yapılan hataların sonuçları çok ağır olabileceğinden, sağlık sektöründe kaliteli hizmet üretimi oldukça önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2007: 32).

Kaliteli yönetim sistemi ve kalitenin varlığının en önemli göstergesi, doğru zamanda doğru müdahalenin doğru kaynakların kullanılarak yapıyor olmasıdır. Sağlık kurumlarında ve çevresel sağlık hizmetlerinde kalitenin varlığı bu nedenlerden dolayı koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi ile başlamakta olup tedavi hizmetleri sürecinde devam etmektedir (Docteur ve Berenson, 2009: 1).

Kalite ölçümleri sayesinde sağlık kurumlarında verimlilik ölçülebilmesinin önü açılmıştır. Ancak kalite ölçümleri hizmetin ne derecede iyi verildiği hakkında fikir sahibi olmamızı sağlamasına karşın sonuçlar hakkında bilgi sahibi yapma

konusunda yetersizdir. Bu nedenle kalite yönetimlerinde kalite göstergelerinin yanı sıra performans göstergelerinin de kullanılması sonuçların değerlendirilmesi açısından önemlidir (Yenice, 2006: 61).

#### **2.1.4.5. Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi ve Bütçe İlişkisi**

Sağlık kurumlarının hem kurum hem de çalışanları bakımından performans değerlendirmeleri içine alınması ve puanlarının artması yönünde isteklendirmelerin sağlanması, bütçeden daha fazla pay elde etmek isteyen hastane yönetimlerini, kalite yönetim sistemleri konusunda teşvik etmeyi sağlamış, bu birimlerin yüksek performans göstermelerine neden olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2007: 21).

Sağlık kurumlarında ekonomik faydaların maksimum derecede sağlanabilmesi açısından verimlilik, etkililik ve performans yönetimi gibi unsurlar göz önünde bulundurulmaya başlanmış, bunların neticesinde, belirli zaman ve imkânlar dâhilinde daha fazla insana hizmet götürmek amaçlanmıştır. Bu aşamada, sağlık ekonomisi terimine de değinmekte fayda vardır. Bütçenin daha verimli kullanılabilmesi açısından, sağlık ekonomisinin ne olduğu hakkında fikir sahibi olmak önemlidir. Sağlık ekonomisi, eldeki kaynakların en iyi biçimde bölüştürülerek olabildiğince fazla kişinin ihtiyacının karşılanması ve en güzel hizmetin ortaya çıkarılması amacını taşımaktadır (Tutar ve Kılınç, 2007: 32).

Bu aşamada sağlık ekonomisinin ne olduğunu anlamakta yarar vardır. Sağlık ekonomisi, Tıraş'ın tanımına göre, ekonominin sağlık alanında kullanılması ve bu bilimin sağlık sektörüne uyarlanmasıdır. Sağlık ekonomisi sayesinde ihtiyaçlar tespit edilmekte ve bu ihtiyaçların nasıl giderileceğine dair çözümler üretilmektedir (Tıraş, 2013: 129). Ekonomi biliminin bir alt dalı olan sağlık ekonomisi sayesinde eldeki kaynaklar (insan gücü, finansal kaynak ve bunun gibi) en verimli şekliyle kullanılmakta ve olabildiğince çok insana sağlık hizmeti verilebilmektedir (Tıraş, 2013: 130).

Bütçeleme, sağlık kurumunun hizmet vermek için alması gereken malzeme, ilaç ve iş gücünün satın alınması için plan oluşturulması bunun neticesinde alımın gerçekleştirilmesi sürecidir. Eldeki finansal kaynak bu sayede hizmet üretiminde kullanılacak olan girdiye dönüştürülmektedir. Performans ölçümü ile bütçeleme arasında, performans esaslı bütçeleme sistemi kurulmakta ve buna göre aralarındaki ilişki belirlenmektedir. Bu sayede faaliyetler için gerçekleşen süre ve kullanılan kaynakların ölçülerek bulunan performans ile bütçe arasında üç farklı ilişki elde edilmektedir. Bu ilişkiler aşağıdaki gibi açıklanabilir (Yenice, 2006: 62-63):

- i. Sunuma yönelik bütçeleme yaklaşımı
- ii. Performans bilgisi kullanılan bütçeleme yaklaşımı (dolaylı bağlantı yaklaşımı)
- iii. Doğrudan bağlantı yaklaşımı.

*Sunuma yönelik bütçeleme yaklaşımında*, performans ölçümü önem bakımından daha geri planda kalmakta, kurumdan faydalananların memnuniyet düzeyleri

ve hizmetin sunum biçimi ön plana çıkmaktadır. *Performans bilgisi kullanılan bütçeleme veya dolaylı bağlantı yaklaşımında* ise, bütçeleme esnasında yapılan kaynak dağıtımı, performans göstergeleri ile ilişkilendirilmektedir. Performans ölçütleri kaynakların dağıtılması esnasında karar verme sürecine doğrudan etki etmektedir. Performans bakımından daha yüksek puana sahip birimler, ikinci seçenek olan performans bilgisi kullanılan bütçeleme veya dolaylı bağlantı yaklaşımında daha fazla kaynak almaktadırlar. Son çeşit olan *doğrudan bağlantı yaklaşımında* ise, diğer seçenekte olduğu gibi performans ölçümüne göre bir bütçe ayırma sistemi mevcuttur. Ancak, performans bilgisi kullanılan bütçeleme yaklaşımında, öncelikli alanlara dikkat edilmekte ve daha önemli birimlerin performansları düşük olsa bile yüksek kaynak alması sağlanmaktayken, doğrudan bağlantı yaklaşımında önem sırası mevcut değildir (Yenice, 2006: 63).

## **2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetleri Finansmanı**

Sağlık Dönüşüm programına geçmeden önce hastanelerin örgütsel olarak finansal amaçlarına değinmekte fayda vardır. Trisolini, minimum harcama ile maksimum sayıda insana sağlık hizmeti vermeyi amaçlayan kurumlarda, sağlık hizmetlerinin finansmanının kolaylaştırılması için çalışanların motivasyonlarının yükseltilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Trisolini, 2011: 8).

Erdoğan ve Yıldız, hastanelerin finansal amaçlarının sağlık ekonomisini doğru bir şekilde yürütmek olduğunu belirtmektedirler. Buna göre hastanelerin finansal tabloları okunabilmekte ve hatta kurumlar arasında performans kıyaslaması yapılabilmektedir (Erdoğan ve Yıldız, 2015: 129). Özellikle devlet hastanelerinin kâr amacı gütmemesine rağmen elde ettiği gelirleri iyi kullanabilmesi, hem devletin finansal gücünü arttıracak hem de hastanelerin işlevselliğini yükseltecektir. Bu nedenle, hastane faaliyetlerinde özellikle hastanelerin döner sermayelerine katkı sağlayabilecek şekilde ekonomik verimliliğin elde edilmesi önemlidir.

Saraçoğlu ve arkadaşları, hazırladıkları makalelerinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin finansal gelirlerinin yaklaşık % 80'inin döner sermayeden karşılandığını belirtmektedirler (Saraçoğlu ve ark., 2012: 271). O halde buradan hastanelerin en önemli finansal amacının, hizmet devamlılığı olduğunu söylemek mümkündür.

Sağlık hizmetlerinde dönüşüme gidilmesinin en önemli sebebi, insanların bilinçlilik düzeyinin artması ve buna bağlı olarak sağlık hususunda aldıkları hizmette beklentilerinin yükselmesidir. Bir başka sebep ise küresel ekonomide finans kaynaklarının daha verimli kullanılmasını sağlayacak sistemler arayışına girilmesidir. Diğer taraftan hükümetin sağlık politikalarının vatandaşlar tarafından eleştirilmeye başlaması ve kamunun ödeme güçlükleri çekmesi ile her yere eşit hizmetin verilmesinin imkânsız hale gelmesi, hizmet konusunda eşitsizliklerin ortaya çıkması ve büyük hastanelerde yığılmaların yaşanması, sağlık sistemlerinin yeniden düzenlenmesi için acil ihtiyaç ortaya çıkarmıştır (Akdağ, 2007: 30).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” performansı, gönüllülüğü, katılımcılığı, güçler ayrılığını, uzlaşmacılığı, rekabeti, sürdürülebilirliği ve insan merkezliliği en üst düzeye yerleştirmeyi planlamak için uygulamaya geçmiştir. Buna bağlı olarak her yere eşit hizmeti götürülmesini hedefleyen bir merkezi koordinasyon sistemi kurulmuş ve Sağlık Bakanlığı tarafından planlamalar gerçekleştirilmiş, aktif denetleme mekanizmaları oluşturulmuştur. Yığılmaların önlenmesi açısından sevk zinciri uygulaması planlanmış, aile hekimliklerinin görevleri arttırılmış ve ilaç kullanımı akılcı yöntemlere bağlanmıştır (Uğurluoğlu ve ark., 2013: 160).

Sağlıkta dönüşüm programı ile performans esasına dayalı bir sistem getirilse de, bu politika temelde dört basamaktan oluşmaktadır. Teşhis, politika geliştirme, politik karar ve uygulama sağlıkta dönüşüm politikasının temel basamaklarıdır. Bunun dışında sistemin değişmesi sonucu ulaşılmak istenilen temel hedefler ise şu biçimdedir (Akdağ, 2007: 32):

- i. Sağlık göstergelerinin daha anlaşılır biçimde tasnif edilmesi ve risklere karşı önlemlerin alınmasının kolaylaşması,
- ii. Vatandaşların beklenmedik durumlarda finansal risklere karşı korunması, sosyal güvenceye sahip olmayan bireylerin bile güvence sahibi haline getirilmesi,
- iii. Sağlık hizmetlerinde memnuniyetin arttırılması ve eşit hizmet verilmesinin sağlanmasıdır.

Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe yükselmiş olmasına rağmen, diğer ülkeler ile kıyaslandığında ülkemizin halen çok geride olduğu görülecektir.

**Tablo 2-5. Yıllara Göre Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcaması, Türkiye**

Yıllar	Unit <sup>8</sup> (Milyon)	GSYİH <sup>9</sup>	Cari Sağlık Harcaması	Cari Sağlık Harcamasının GSYİH'a Oranı (%)	Yatırım Harcaması	Yatırım Harcamasının GSYİH'a Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'a Oranı (%)
2002	₺ <sup>10</sup>	350.476	18.331	5,2	433	0,1	18.774	5,4
	ABD \$ <sup>11</sup>	233.651	12.221		295		12.516	
	SGP ABD \$	584.127	30.552		738		31.290	
2003	₺	454.781	23.676	5,2	603	0,1	24.279	5,3
	ABD \$	303.187	15.784		402		16.186	
	SGP ABD \$	568.476	29.595		754		30.349	
2004	₺	559.033	28.616	5,1	1.405	0,3	30.021	5,4
	ABD \$	399.309	20.440		1.004		21.444	
	SGP ABD \$	698.791	35.770		1.756		37.526	
2005	₺	648.932	33.292	5,1	2.067	0,3	35.359	5,8
	ABD \$	499.178	25.609		1.590		27.199	
	SGP ABD \$	811.165	41.615		2.584		44.199	
2006	₺	758.391	40.949	5,4	3.120	0,4	44.069	5,8
	ABD \$	541.708	29.249		2.229		31.478	
	SGP <sup>12</sup> ABD \$	947.988	51.186		3.900		55.086	
2007	₺	843.178	46.495	5,5	4.409	0,5	50.904	6,0
	ABD \$	648.599	35.765		3.392		39.157	
	SGP ABD \$	936.865	51.661		4.899		56.560	
2008	₺	950.534	52.320	5,5	5.420	0,6	57.740	6,1
	ABD \$	731.180	40.246		4.169		44.415	
	SGP ABD \$	1.056.149	58.133		6.022		64.156	
2009	₺	952.559	55.294	5,8	2.616	0,3	57.911	6,1
	ABD \$	635.039	36.863		1.744		38.607	
	SGP ABD \$	1.035.390	60.102		2.843		62.947	
2010	₺	1.098.799	58.623	5,3	3.054	0,3	61.678	5,6
	ABD \$	732.553	39.082		2.036		41.119	
	SGP ABD \$	1.156.631	61.708		3.215		64.924	
2011	₺	1.297.713	65.372	5,0	3.236	0,3	68.607	5,3
	ABD \$	763.361	38.454		1.904		40.357	
	SGP ABD	1.259.916	63.468		3.142		66.609	
2012	₺	1.416.798	70.288	5,0	3.901	0,3	74.189	5,2
	ABD \$	786.283	39.008		2.165		41.173	
	SGP ABD \$	1.349.331	66.941		3.715		70.656	
2013	₺	1.561.510	79.702	5,1	4.688	0,3	84.309	5,4
	ABD \$	820.012	41.855		2.462		44.317	
	SGP ABD \$	1.419.555	72.456		4.262		76.718	

**Kaynak:** T.C: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği Yılıhı, 2014, s. 160.

8 UNIT: Birim

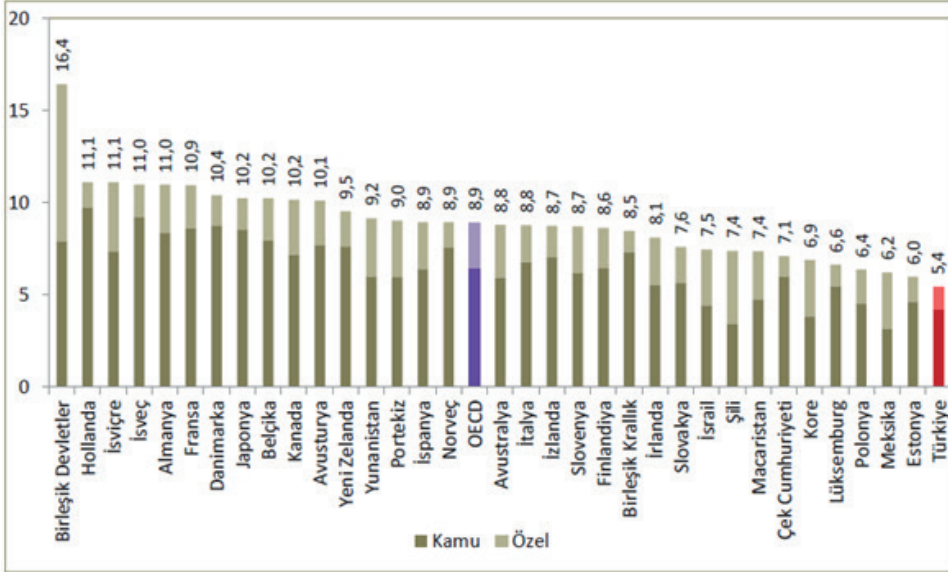
9 GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hâsılları

10 ₺: Türk Lirası

11 ABD \$: Amerika Birleşik Devletleri Doları

12 SGP: Satın Alma Gücü Paritesi

Şekil 2-4. OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%), 2013



**Kaynak:** T.C: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2014, s. 170.

Tablo 2-5’den ve Şekil 2-4’den görüldüğü üzere, sağlıkta dönüşüm programının uygulamaya konulmasının ardından, sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe arttırılmıştır. Ancak, dünya geneline bakıldığında, Türkiye’nin sağlık harcamaları için ayırdığı payın çok düşük olduğu ve bu payın acilen daha fazla yükseltilmesi gerekliliği de ortaya çıkmaktadır.

### 2.2.1. Sağlık Sistemi Performansının Değerlendirmesi

İşletmelerde çalışanların performanslarının ölçülmesi ve değerlendirilmesi için yaptıkları faaliyetlerin çeşitli kriterlere göre incelenmesi gerekmektedir. Bu kriterler performans göstergeleridir ve çalışanların işleri farklı da olsa göstergeler sayesinde birbiri ile kıyaslama yapmak mümkün hale gelmektedir (Yenice, 2006: 59). Performansın değerlendirilmesine göre, iyileştirme çalışmaları başlatılmakta, hatta bütçeler hesaplanmakta ve planlamalar gerçekleştirilmektedir (Öz, 2014: 2).

Sağlık sistemlerinde performans değerlendirmeleri hem tedavi edici, hem rehabilitasyon hem de koruyucu sağlık hizmetleri veren kurumlar için uygulanmaktadır. Buna göre yerel yönetimler ve koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili kurumların kayıt altına aldığı her yeni birey, düzenlediği her eğitim ve diğer koruyucu hizmetler için de ödüllendirmeler getirilerek konu hakkında ilgili birimlerin ve çalışanlarının da isteklendirilmesi amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 30).

Sağlık sektöründe performansın değerlendirilmesi aşamasında yalnızca konu ile ilgili olarak, sağlık hizmeti veren personelin değerlendirilmesi yanlıştır. Burada sağlık hizmeti verilmesi için uygun ortam ve koşulları sağlayan yönetim birimleri bunun yanında diğer departmanların da performanslarının ölçülmesi ve toplam

bir değerlendirmeye tabi tutulması gerekmektedir. Bunun en önemli sebebi sağlık hizmetlerinin çok yönlü uzmanlıklar gerektirmesidir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sağlık sistemlerinde performansın ölçülebilmesi için gereken unsurlar şu şekildedir (WHO, 2003: 6-10):

***i. Muayene:***

Ülke genelinde hangi kurumun daha fazla başvuru aldığı, kurum içindeki vakaların gözetimi ve gün içinde başvuran hastaların sayısı, demografik yapısı gibi göstergeler ile performans hakkında bilgi edinmek mümkündür. Benzer bir denetim kurum içindeki muayene birimleri arasında da gerçekleştirildiği takdirde muayenehaneler ve poliklinik hizmetlerinin performansları hakkında detaylı bilgi edinilebilmektedir. Bunun yanı sıra poliklinik hizmetleri, kurumun çevreye getirdiği çıktıları da gözlemlemeye fayda sağlamakta, bu kurumun performansına göre yeterliliği denetlenebilmektedir. Başvuruların çok yoğun olması muayene birimlerinin arttırılmasına, az olması ise bu birimlerin daha fazla ihtiyaç olan yerlere kaydırılmasına olanak tanımak ve karar vermek için önemlidir.

***ii. Tüketici Anketleri:***

Sağlık hizmetini kullanan bireylerin kalite algıları ve memnuniyetlerini anlamak için yapılan araştırmalar, hastane içindeki birimlerin kıyaslanabilmesine, ülke genelinde ise sağlık kurumlarının puanlanarak iyileştirilmesine zemin hazırlamaktadır.

***iii. Üçüncü Sahısların Değerlendirmeleri:***

Toplumun yapısının ve sağlık kurumu/birimi hakkında nasıl bir görüşe sahip olduğunun anlaşılması için hastaların yakınları ve sağlık kurumu çevresindeki bireylerin görüşlerinin de alınarak performansın ölçümüne eklenmesi gerekmektedir. Hastane ile doğrudan bağlantılı olmasa bile insanların düşünce, değer ve yargıları, toplumsal sağlıklılık durumu ile ilişkilidir bu durum da bölgedeki sağlık birimlerinin işleyişine yön vermektedir.

Sahıs gözetimleri içine çeşitli standartları kapsayan oluşumlar da girmektedir. Örneğin İSO, sağlık sistemlerinde kalite yönetiminin akılcı biçimde gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini anlamaya yarayan standartlar sistemidir ve hastanelerin elde ettiği belge, akreditasyonlar, onların performansı hakkında fikir vermekte, hastaların güven algısını yükseltmektedir.

***iv. İstatistik verileri:***

İstatistiksel analizler sayesinde kalite standartlarında geliştirmeye olanak tanınırken, hastane ya da kurum içindeki birimlerin performansları hakkında da bilgi edinilmektedir. Buraya başvuran hastalar, kullanılan ilaçlar, tedavi süreçleri, bütçe gibi sayısal veriler, doğru bütçelemelerin yapılmasına, genel sağlık sorunlarının anlaşılmasına, hangi birimde daha fazla personele ihtiyaç duyulduğunun anlaşılmasına olanak tanımaktadır.



Sağlık Çıktıları Avrupa Takas Odası'na (The European Clearing House on Health Care Outcomes–ECHHO) göre istatistik verileri, küme içindeki sağlık kurumlarının işlenmemiş verilerinin kıyaslanmasını da içermelidir. Bu sayede kurumların da kıyaslamasını yapmak mümkün olacaktır. Kümelerin diğer kümeler ve ülke geneli ile dünya geneli istatistik verilerinin karşılaştırması ise genel sağlık politikalarının belirlenmesinde yol gösterici olacaktır<sup>13</sup> (WHO, 2003: 9).

Pope, sağlık sistemlerinde performans değerlendirmelerinin yalnızca ek ödemeler ile çalışanların memnun edilmesini beraberinde getirmediğini, bunun yanı sıra ülke genelinde sağlık sistemlerinin daha net biçimde anlaşılacak politikaların oluşturulduğunu belirtmektedir (Pope, 2011: 33). Bu sebeple performans ölçümlerinin doğru yapılması ve ölçümlerde dünya genelinde kabul görmüş uygulamaların tercih edilmesi oldukça önemlidir.

Roberts ve arkadaşları, kitaplarında performans değerlendirme sırasında etik ilkelerin de göz önünde tutulması gerektiğini belirtmektedirler. Bu aşamada, sağlık alanında yürütülen faaliyet ve bunların faydalarının değerlendirilmesi esnasında üç temel değer önemi vurgulamışlardır. Bu değerler faydacılık, liberalizm ve toplumdur. Faydacılık unsuru, faaliyetlerin sonuçlarına bakıldığında, değerlendirme için ekonomik göstergelerden daha önce sağladığı faydanın büyüklüğüne odaklanmak gerektiğini vurgulamaktadır ki bu sağlık alanındaki tüm faaliyetler için önceliklidir. Liberalizm, değerlendirmeleri yaparken sonucun ne olduğundan çok, hangi durumdan başlanılarak bu sonuca ulaşıldığı sorusuna yanıt aramaktadır. Böylelikle yapılan iyileştirmelerin daha net görülmesi ve daha objektif değerlendirmelerin yapılması mümkün olacaktır. Toplumculukta, hizmetin verildiği toplumsal koşullar göz önünde tutulurken diğer taraftan da hakların ne kadar korunduğu araştırılmaktadır. Toplumculuk, yapılan faaliyetlerde en fazla insanın kapsam içine alınmasına da olanak tanıyan bir değerlendirme yaklaşımıdır (Roberts ve ark., 2004: 41).

### **2.2.2. Sağlık Bakanlığı Uygulamalarında Performansa Göre Ödeme Sistemi**

Hemen her kurumda, “pay for performance” (performansa göre ödeme) sistemi geliştirilmeye başlanmış, bu durum sağlık hizmeti veren kuruluşlarda da görülür hale gelmiştir. İnsanların en kolay motive edilebileceği yöntem ödeme sistemlerinde performansın göz önünde tutulduğu sistemlerdir. 2000 yılında pilot uygulamalar ile başlayan sağlıkta performans yönetimi ve buna dayalı gerçekleştirilen ek ödemeler, günümüzde dünyanın pek çok ülkesinde uygulanmaktadır (Trisolini, 2011: 1-2).

13 Kurum İngiliz fizikçilerin önderliğinde çalışma hayatına başlamıştır. Kıyaslama kümeleri, hastaların bekleme süreleri, genel toplum tansiyon ölçümü, hasta memnuniyeti, hastaların sağlık yapılarındaki negatif/pozitif değişim gibi pek çok girdi ve çıktı kalemini oluşturmaktadır. Sistem içinde çeşitli sağlık ölçüm yöntemleri geliştirilmiştir. Genel olarak geliştirilen modelleme sistemi, sağlık kurumları arasında kurulan bir ağ sistemi ile istatistik tutmak şeklindedir. Bu model Health Management Information Service –HELMIS- adı verilmektedir. Sağlık alanında istatistik verilerine dayalı olarak politikaların belirlenmesi esnasında, tüm girdi ve çıktı kümeleri ayrı ayrı birbiri ile kıyaslanmalıdır. Bu sayede performansların ölçümüne yönelik fikir edinilebileceği gibi, ülke içinde ve hatta dünyadaki tüm sağlık bilgilerinin kıyaslanması sayesinde uluslararası ve ulusal sağlık politikaları belirlenmesine yönelik daha gerçekçi veriler elde etmek mümkündür (Lorraine M. Bate, 1993: 225-226; bkz. Kaynakça).

Motivasyonun artırılması hem performansın yükselmesine hem de kaliteli hizmet verilmesine olanak tanımaktadır. Dünyanın pek çok yerinde uygulamaya konulan sağlık sistemlerinde performans ölçümü ve buna uygun olarak sağlık çalışanlarına ek ödemelerin yapılması sisteminde yalnızca fiziki girdi ve çıktılar değil, aynı zamanda hasta ve yakınlarının memnuniyetleri de ölçülmektedir. Bu durum kaliteli hizmet verme sistemini doğal olarak iyileştiren bir olgudur (Greenwald, 2011: 162).

Hemen her türlü kurumda en büyük sorunlardan biri çalışanlara adil ödemelerin gerçekleştirilememesidir. Kimi çalışan çok verimli olmasına rağmen, diğerlerine göre az ücret almakta ve bu durum bireylerin kendilerini diğerleri ile kıyaslamasına, memnuniyetsizliğe ve motivasyonlarının düşmesine neden olabilmektedir. Kendilerine fazla çalışmalarına rağmen az ücret verilmesinden dolayı haksızlık yapıldığını düşünen çalışanların, örgüte ve örgütün hedeflerine de bağlı kalması mümkün olmamaktadır (Kestane, 2003: 128).

Performansa dayalı ücret sistemi ile çalışkan ve verimli personelin tespit edilmesi ve bu personelin teşvik edilmesi amaçlanmaktadır. Ancak her sektörde performansa dayalı ücretlendirme sistemini hayata geçirmek mümkün değildir. Ölçü kriterlerinin değişkenliği ve sağlık sisteminde önem sıralamasının bulunmaması, performansa dayalı ücretlendirmenin yapılması konusunda çeşitli zorlukların yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle özellikle sağlık sektörü söz konusu olduğunda tutum ve davranış gibi kişilik özelliklerinden ziyade, nicel sayılabilecek hesaplamaların yapılarak performansın ölçülmesi ve buna bağlı olarak ücretlendirme politikası uygulanması personel tatmini ve performans artışı için gerekmektedir (Erkan, 2011: 424).

“Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” a göre, sağlık kurumlarında 2004 yılından itibaren çalışan personelin performansına göre ücretlendirmeler yapılmaya başlanmış, sağlık sistemlerinde daha sonuç odaklı bir yaklaşım benimsenmeye çalışılmıştır. Kanunun amacı, döner sermayeye katkı yapan personel ile bu katkıyı paylaşarak onları görevleri konusunda isteklendirmektir (Ergül, 2006: 93).

Sağlık sistemlerinde performansa dayalı sistemler sayesinde çalışan sağlık personellerinin kurumlarını daha fazla benimsediği gözlemlenmektedir. Bunun temelinde, kârdan pay almanın yattığı ise bilinen bir gerçektir. Çalışanlar, daha fazla kâr elde edilmesi için tasarruflara giderken daha çok hastanın iyileşmesi için de çaba harcamaya başlamışlardır (Trisolini, 2011: 3).

### **2.2.3. Ek Ödemeler**

209 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” kapsamında sağlık personelinin sağlık kurumu döner sermayesine yaptıkları katkı ve performansları doğrultusunda ek ödemeler alabilmesi için detaylı düzenlemelere

gidilmiş ve bu kanuna dayanarak, “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. Bu yönetmelik, 2006 yılında yayınlanmış ancak son değişiklikler 2011 yılında yapılmıştır (örn. Madde 2).

Yönetmelikte, ek ödemeler için puanlama sistemi mevcuttur. Bunlar, Mesai içi klinik hizmet puan ortalaması, Mesai dışı klinik hizmet puan ortalaması, Bilimsel çalışma destek puanı, Mesai dışı hastane hizmet puan ortalaması, Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı şeklindedir. Bu puanlar personelin mesai içi ve dışında çalışmalar yapmasının bütününde hesaplanmakta ve performans değerlendirmelerine göre ek ödeme hak etmelerine olanak tanımaktadır (Madde 5 a, c, d, e).

Sağlık Bakanlığı'nın performansa dayalı ödeme sisteminde, sağlık çalışanlarının daha verimli çalışabilmelerini teşvik edebilmek için ek ödeme sistemi getirilmiştir. 2004 yılında uygulanmaya başlayan bu sistemde, sağlık çalışanlarının yapılan başarı değerlendirmelerinin ardından, maaşlarına ek olarak döner sermayeden pay verilmesi esastır (Erkan, 2011: 425). Ek ödeme yapılacak personelin kapsamı, Sağlık Bakanlığı'na bağlı döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli olan memurlar ile bu kurum ve kuruluşlarda 4924 sayılı Kanun ve 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname uyarınca sözleşmeli olarak istihdam edilen sağlık personeli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 38'inci maddesine göre Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevlendirilen personel olarak belirlenmiştir.

*Ek ödeme, personelin kurum ve kuruluşa filen katkı sağladığı sürece verilebilir. Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, o kurumda görevli personele yapılabilecek ek ödeme toplamı, (ilgili kurum veya kuruluşun o dönemdeki) 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun 18 inci maddesinin birinci fıkrasının (k) bendi gereğince ayrılacak pay Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu payı ve Bakanlık merkez payı ayrıldıktan sonra kalan miktarın kurumlarda % 50'sini aşamaz (Madde 5, b).*

Ek ödemeler ve performans değerlendirmesinde temel hedef, sağlık çalışanları, bu çalışanların yöneticileri ve vatandaşı bir bütün olarak ele alarak en iyi verimi yakalamaktır. Sağlıkta dönüşüm adı verilen bu program sayesinde, sağlık kurumları için hedeflenen kalite standartlarına ulaşılacak istenmektedir (Erkan, 2011: 425). Ancak bu durum hakkında boş yere performans puanı arttırmak için işlem yapan sağlık çalışanı olur mu sorusunu aklılarla getirmektedir. Bu bağlamda, olası suiistimallerin önüne geçilmesi için kurumların başhekimleri sorumlu tutulmuştur: *tabip muayene ve girişimsel işlemleri yapmadığı hâlde yapmış gibi gösterenler ve tıbben gerekemediği hâlde girişimsel işlemleri artıranlar hakkında başhekim tarafından idarî soruşturma* başlatılır (Madde 5, ç).

Sağlık sistemlerinde performansa dayalı olarak ek ödemelerin yapılması dünyanın hemen her yerinde karşılaşılan bir uygulamadır. Bu uygulamanın hedefleri ise şu şekilde özetlenebilir (Trisolini, 2011: 14):

- i. Değerli olana ödeme yapmak: organizasyon içinde daha fazla çaba harcayan personeli tespit etmek ve ödemeleri buna göre yönlendirmek,
- ii. Kaliteli olana ödeme yapmak: organizasyon içinde en fazla değer sağlayan ve kalite sistemine uygun personel ve birime buna uygun bütçeyi tahsis etmek.
- iii. Raporlamaların düzgün yapılmasını ve şeffaflığı sağlamak,
- iv. Sorumluluğu ve hesap verebilmeyi arttırmak ve çalışanların bunun bilincine varmasını sağlamak şeklindedir.

#### **2.2.4. Kamu Hizmetlerinde Müşteri Odaklılık**

Devletler, halkın yaşamını en iyi kalitede devam ettirebilmesini sağlamak ve onlara sosyal açıdan çeşitli imkânlar oluşturmakla görevli yönetim birimleridir. Halkın yaşamını düzenleyen kanun ve bu kanunlara istinaden kurulan kurumlar ile bu kurumların doğru, etkin ve kaliteli hizmet vermesini sağlamak devletin en önemli konularıdır. İnsanların temel ihtiyaç, hak ve özgürlüklerini elde edebilmeleri için düzenlenen politikalara uygun olarak devlet tarafından kamu kurumları kurulmakta ve işletilmektedir (Sezer, 2008: 148).

Sağlık kurumlarının yönetilmesinde esas olan en önemli unsur yasalara uygun biçimde, meşru ve eşit bir yönetim sisteminin oluşturulmasıdır. Vatandaşlara en yüksek düzeyde hizmet sağlamak kamu kurumlarının en temel görevidir. Bu kurumlarda vatandaşa yönelik yaklaşım, vatandaş ile devlet arasında köprünün oluşmasına, vatandaşın devlete karşı güven kazanmasına ya da kaybetmesine neden olmaktadır (Eren, 2003: 58).

Türkiye’de kamu kurumlarına karşı vatandaşların güvensizliğinin temelleri 1973 yılında yaşanan ve hemen hemen tüm dünyayı etkisi altına alan petrol krizinde atılmıştır. Devletin kamu kurumlarının yönetilmesi konusundaki plansızlıkları küresel kriz ile kendini göstermiş, uygulanan politikalar etkin ve verimli hizmetin önüne geçerek vatandaşın hizmete erişimi konusunda çeşitli sorunlara sebep olmuştur. Ekonomik krizde müşteri kaybı yaşamak istemeyen özel sektör, her alanda toplam kalite yönetimini geliştirme çabasına girmiş ancak devlet kurumları bu konuda yavaş kalmış, hizmet kalitesi bakımından devlet ve özel sektör arasında fark büyümüştür. Tüm bu etkenler, devletin kamu kurumlarında müşteri (vatandaş) odaklı yeni yaklaşım politikaları oluşturmasını zorunlu hale getirmiştir. Bilgi teknolojilerinde yaşanan hızlı değişim de vatandaşların sorgulama ve hak arama oranını yükseltmiş ve daha iyi hizmet arayışları artmıştır (Yıldırım, 2009: 100-101).

Sağlık hizmetlerinde kalite de devletin önemli gündem maddeleri arasına yerleşmiştir. Devlet tarafından sağlıkla ilgili kalite standartları oluşturulmuş ve uluslararası düzeyde hasta yaklaşımları sergilemek esas alınmaya başlanmıştır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü – Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012: 4). Yeni hizmet standartlarının oluşturulması, kamu kurumlarının –özellikle sağlık hizmeti veren kurumların- finansal giderlerini arttırmış, devlet ve

özel sektörü birbirinden ayıran en temel fark olan kârlılık, devlet kurumlarının da gündemine gelmiş ve verimliliğin en üst düzeye çıkarılması için yeni düzenlemelere gidilmeye başlanmıştır. Yeni dönem kamu kurumları yönetim anlayışı, en üst düzeyde performans ve vatandaş memnuniyetini sağlamak olmuştur (Ateş ve Okur, 2009: 103).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi, performans ölçümlerinin yapılması ve sağlık kurumlarında yönetimin modernleşmesi birbirine bağlı kavramlar olarak karşımıza çıkmakta, bu sistemin en önemli getirisi ise hasta odaklı yaklaşım olmaktadır (WHO, 2003: 9).

### **2.2.5. Performans Sisteminin Sonuçları**

Performans sisteminin kamu işletmelerinde kullanılmasının en önemli sonucu, ölçümlerin ardından verimli olmayan ve harcamalarda gereksiz biçimde bütçe kaplayan aktivitelerin kaldırılması olmuştur (Bilgin, 2007: 53). Sağlık kurumlarında özellikle performansla dayalı ödemelerin geliştirilmesi ve bunun hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık sistemlerinde uygulanması, toplumun sağlıklı olma düzeyini de doğrudan etkilemekte, sağlıklı olma ve iyi hissetme halini arttırmaktadır. Diğer taraftan yalnızca hekimlerin değil, tüm personelin de sorumluluk alma alanı genişletilmiş ve hesap verme söz konusu olmuştur. Bu durum çalışan tüm sağlık personelinin daha dikkatli olması anlamına gelmektedir (Greenwald, 2011: 163).

Performans sisteminin neticesinde hedeflenen olgu daha iyi ve kaliteli hizmet veren, hızlı, steril ve erişilebilir kurumlar elde etmektir. Buna göre, yalnızca personelin yaptığı işlemler değil, kurumun kalitesini belirleyecek performans puanlamaları da olmalıdır. Sağlık kuruluşları aşağıdaki hususlarda değerlendirilmektedir (Arslan, 2011: 430):

#### **a. *Hizmete erişim:***

Kurum içindeki poliklinik sayısı ve doktorların sayısının birbirlerine oranlanması ile kuruma verilen puandır.

#### **b. *Altyapı ve süreç değerlendirme:***

Sağlık biriminin, il performans ve kalite koordinatörlüğünce yapılan 150 soruluk kurum altyapı değerlendirme formundan aldığı puandır.

#### **c. *Hasta ve yakınlarının memnuniyetleri:***

Hastalar ve yakınlarına, sağlık kurumları hakkındaki görüşlerini öğrenmek üzere anketler uygulanmaktadır.

Sağlık kurumları ile ilgili olarak hasta ve yakınlarına yöneltilen anketlerde bilgilendirmelerin yeterli olup olmadığı, bekleme süresinin uzunluğu, doktor ve diğer sağlık personelinin ilgisi ve temizlik konusunda sorular yöneltilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007: 29).

**d. Kurum verimliliği:**

Kurumun verimliliği, kurumun sahip olduğu yatak sayısı, personel ve diğer giderler, yatan hasta ve hastane hizmetlerindeki doluluk oranı, hastaların kaldıkları gün sayısı gibi değerler göz önüne tutularak hesaplanmaktadır.

**e. Kurum hedefleri katsayısı:**

Sağlık bakanlığı ve belirlenen hükümet politikalarına göre kurumlarda çeşitli hedefler bulunmaktadır. Bunlar cerrah başına düşen ameliyat sayısı, kurumun sahip olduğu ameliyathane başına düşen ameliyat sayısı gibi oranları hesaplamaktadır.

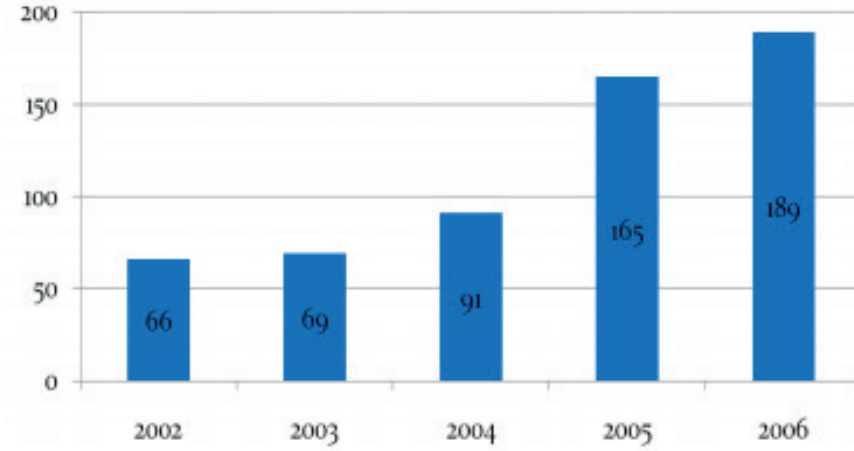
Kurumların performanslarının değerlendirilmesi, kurumlar arasında rekabeti tetiklemiş ve kurum yönetimleri bu isteklendirmeler karşısında daha kaliteli hizmet vermeyi, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini sağlamayı hedeflemeye başlamışlardır. Sağlık alanında özel sektör ve kamu kurumları arasında artan farkın azaltılması ile kurumlara başvuran hasta sayısında da yükselme meydana gelmiştir. Şekil 2-5'deki grafik, uygulamaların başlamasından itibaren ilk üç yılda kamu sağlık kurumlarına yapılan başvuruları işaret etmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programının ardından çeşitli uygulama değişikliklerine gidilmiştir. Bunlardan en önemlileri şu şekilde sıralanabilir (Sülkü, 2011: 12-13):

- i. Önceleri üniversite hastanelerine başvuru aşamasında gerçekleştirilen prosedürler 2007 yılında uygulanmak üzere yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği ile azaltılmış ve SSK ile BAĞ-KUR güvencesine sahip vatandaşların bu hastanelere doğrudan başvurabilmeleri mümkün hale getirilmiştir.
- ii. Sağlık Uygulama Tebliği ile 2007 yılında güvenceye sahip olmayan vatandaşların da Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Bu sistemin uygulaması 2008 yılından itibaren başlatılmıştır.
- iii. Hastaların muayene olmadan önce yanlarında taşıması gereken vizite kağıdı, sağlık kartesi ve resmi kimlik belgesi gibi belgeler tek belgeye düşürülmüş, hastanelere başvuru esnasında hastaların güvence bilgilerine ulaşılabilmesi için T.C. Kimlik Numarası yeterli hale getirilmiştir.
- iv. Yeni uygulama sistemi ile yatan hastaların kullandığı malzemelerin ve ilaçların temini hastanenin sorumluluğuna alınmıştır. Hasta yakınlarından ilaç isteği ancak zorunlu hallerde mümkün olacak, hasta ve/ya yakınları tarafından temin edilen ilaç için hastaya geri ödeme yapılacaktır.
- v. Rapor yazarak hastaların sürekli ilaç kullanmaları durumunda sürekli tabibe başvurmalarına gerek kalmaması sağlanmıştır. Hastaların sürekli ilaç kullanmalarına karar verildiğinde iki yıl boyunca ilaçlarını 3'er aylık kullanabilecekleri biçimde eczanelerden temin edebilir hale gelmişlerdir.

Değişen uygulamalar ile hastaların sağlık kurumlarına başvuru oranları da değişmiştir:

Şekil 2-5. Sağlık Kurumlarında Yıllık Hasta Sayıları



**Kaynak:** Erkan Arslan, (2011), Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması, Maliye Dergisi, Sayı: 160, s. 431.

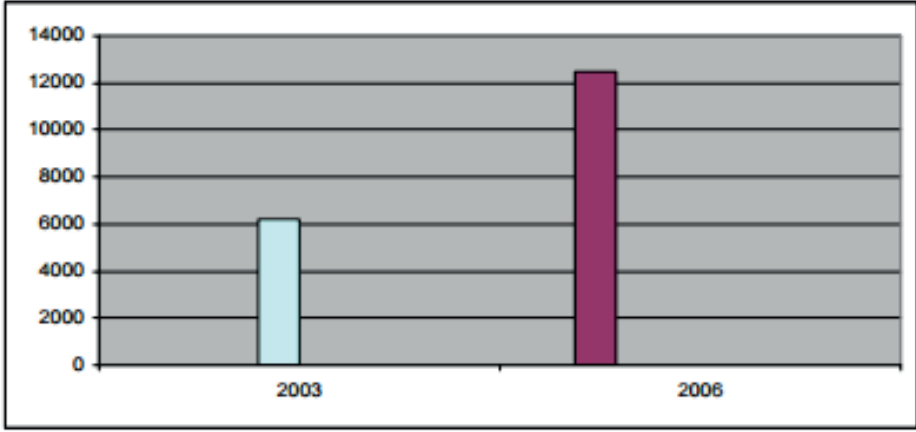
Görüldüğü gibi, Sağlıkta dönüşüm programının başlaması ile başvuru sayısı, 2004 yılında 91 milyona, 2006 yılı sonunda ise 189 milyona ulaşmıştır. Bunun sebebi ülkedeki sağlıksızlık oranının artması değil, vatandaşların kurum seçimlerinin değişmeye başlaması olarak da yorumlanabilmektedir (Erkan, 2011: 431).

Tablo 2-6. Yıllara Göre Hastanelere Müracaat Sayısı

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	235.172.924	254.342.943	260.974.401	277.485.135	292.100.331
Üniversite	8.823.361	20.098.754	24.437.107	27.080.436	29.985.697	32.143.930
Özel	5.697.170	47.712.540	59.069.486	66.582.098	71.341.411	72.333.383
<b>Toplam</b>	<b>124.313.659</b>	<b>302.984.218</b>	<b>337.849.536</b>	<b>354.636.935</b>	<b>378.812.243</b>	<b>396.577.644</b>

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014: 105.

Tablo 2-6'dan görüldüğü üzere, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere müracaat sayısı 109.793.128 iken, 2014 yılında bu rakam 292.100.331'e yükselmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı ve vatandaşların üniversite hastanelerine doğrudan başvurma hakkının tanınması ile üniversite hastanelerine yapılan başvuru sayısı ise 2002'de 8.823.361 iken, 2014 yılında 32.143.930'a yükselmiştir.

**Şekil 2-6. Hastanelerin Poliklinik Sayılarındaki Artış**

**Kaynak:** Erkan Arslan, (2011), Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması, Maliye Dergisi, Sayı: 160, s. 432.

Kamu sağlık kurumlarına yoğunlaşan ilgi ve kurum performans puanlama sistemleri sebebi ile elde edilen sağlık gelirleri ve bütçeler, daha fazla hizmet alanının oluşmasına da zemin hazırlamıştır. Sağlık sektöründeki bu değişim, hastanelerde muayene ortamlarının iyileştirilmesine ve artırılmasına sebep olmuştur. Buna göre Türkiye genelinde 2003 yılındaki kamu hastanelerinin sahip olduğu poliklinik sayısı 6.700 iken, 2004 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmaya başlamasının ardından 2006 yılında bu rakam 13.000 olmuştur. 3 yıl içinde hizmet veren poliklinik sayısı yaklaşık olarak yüzde 100 oranında artış göstermiştir (Erkan, 2011: 432).

Bununla birlikte, son on yıl içinde artan kurum sayıları ise şu şekildedir:



**Tablo 2-7. Ülke Geneli Yataklı Sağlık Kurum Sayıları**

Yıllar	Toplam Sağlık Kurumları	Toplam Yataklı Sağlık Kurumları	Sağlık Bakanlığı'na bağlı	Üniversite	Özel	Diğer <sup>14</sup>	Yataksız sağlık kurumu <sup>15</sup>
2002	9 685	1 156	774	50	271	61	8 529
2003	9 183	1 174	789	50	274	61	8 009
2004	9 038	1 217	829	52	278	58	7 821
2005	8 870	1 196	793	53	293	57	7 674
2006	9 831	1 203	767	56	331	49	8 628
2007	11 839	1 317	848	56	365	48	10 522
2008	13 818	1 350	847	57	400	46	12 468
2009	15 205	1 389	834	59	450	46	13 816
2010	26 993	1 439	843	62	489	45	25 554
2011	27 997	1 453	840	65	503	45	26 544
2012	29 960	1 483	832	65	541	45	28 477
2013	30 116	1 517	854	69	550	44	28 599
2014	30 176	1 528	866	69	556	37	28 648

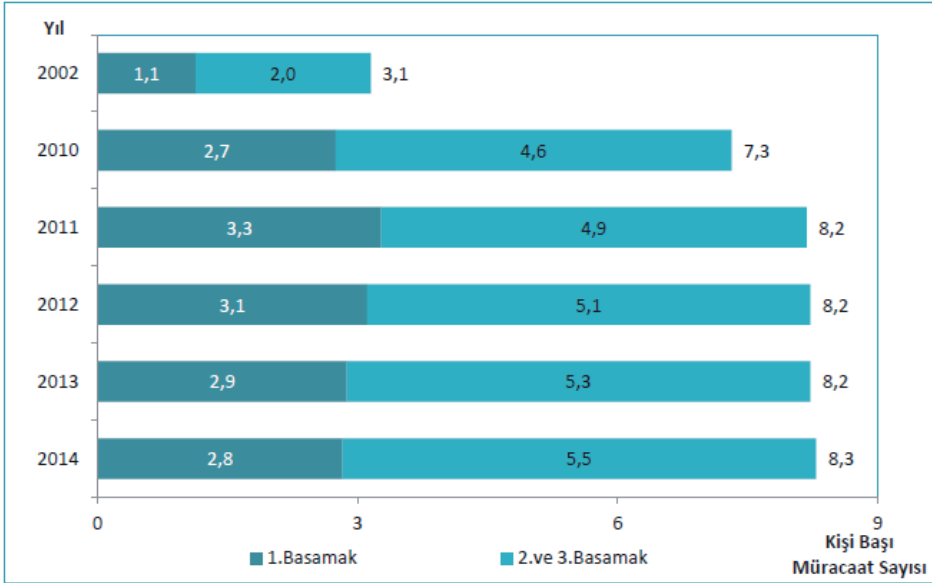
**Kaynak:** TÜİK, 2014 ([http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095) Erişim Tarihi: 12.10.2015).

Tablo 2-7’de görüldüğü üzere, son on yıllık süre içerisinde yataklı kurum sayısı yaklaşık olarak 300 tane artmıştır. Bu kurumlardan 17 tanesi üniversite hastanesi biçimindedir. Bu hastaneler, poliklinik sayısı bakımından oldukça zengin sağlık merkezleridir.

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde özellikle kamu hastanelerine başvuruların arttığı görülmüştür. Program çerçevesinde yalnızca hastanelerde değil, küçük büyük tüm sağlık hizmeti verilen kuruluşlarda kalitenin yükseltilmesi hedeflenmiştir. Bu sayede özellikle 2. ve 3. Basamak sağlık kurumlarına da ilgi artışı gözlemlenmektedir:

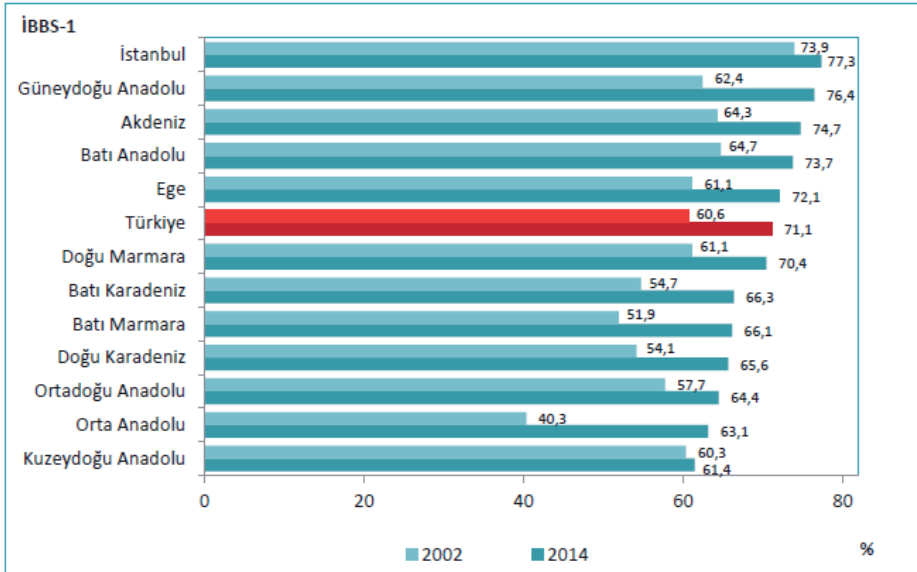
14 “Diğer” grubu altında Belediyelere ait yataklı sağlık kurumları kapsanmıştır. Ayrıca, 2002 yılı ve sonrasında Milli Savunma Bakanlığı’na ait hastanelerde bu gruba dahil edilmiştir.

15 Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği Birimi, Verem Savaş Dispanseri, AÇSAP Merkezi, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi sayıları toplama dahil edilmiştir. Değerler geriye dönük güncellenmiştir. 2000 yılı öncesi için, tanıma uygun sağlıklı verilere ulaşılamamıştır.

**Şekil 2-7.** Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014, s. 101.

Sağlık kurumlarında kalitenin yükseltilmesi ile hastaların sağlık kurumlarına erişimi de kolaylaşmaya başlamıştır. Performansın ölçülebilmesi ile boş kalan yatakların daha fazla ihtiyaç duyulan yerlere sevk edilmesi gibi önlem ve değişiklikleri yapmak mümkün hale gelmiş, bu sayede eldeki kaynaklar ile hizmet daha fazla kişiye verilebilir olmuştur.

**Şekil 2-8.** İBBS-1'e Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı, Sağlık Bakanlığı, (%), 2002, 2014

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014, s. 113.

Yatak doluluk oranlarının yükselmesi, hasta sayısının artması olarak yorumlanmamalıdır. Burada, yatakların doğru kullanım ile etkinliğin artırılması önemlidir. İhtiyaç duyan hastaların yataklı tedavi kurumlarına erişebilmeleri, burada yatarak tedavi edilebilmeleri, performansın artırılabilmesi ve etkin sağlık hizmeti verilebilmesi açısından önemlidir. Sağlık kurumlarında kalitenin yükseltilerek hasta memnuniyetinin sağlanması, sağlık kurumlarına başvuru sayısını yükseltmekte, bu sayede erken teşhis oranı artarken, hastalık oranları da düşmektedir. Aşağıdaki tablo da bunu kanıtlamaktadır.

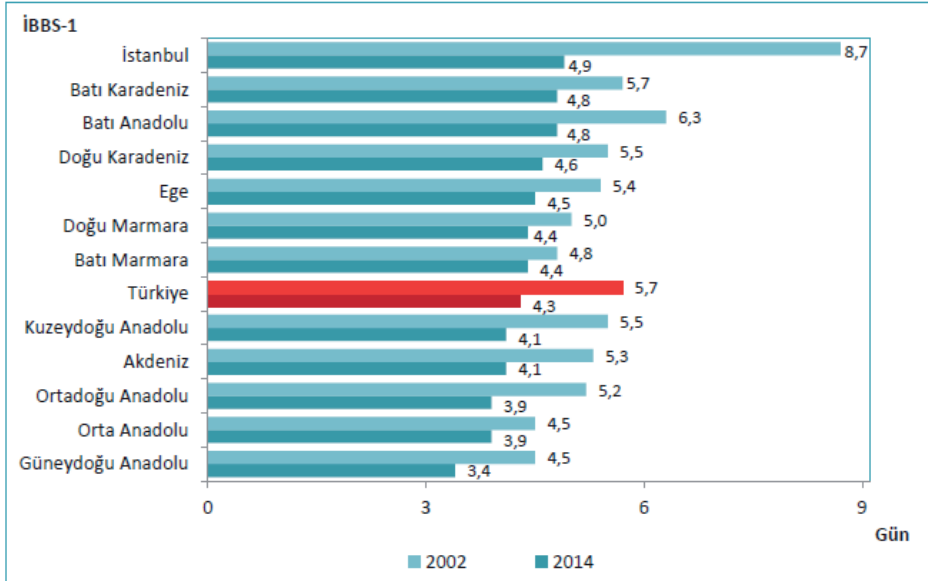
**Tablo 2-8.** ICD-10 Ana Tanı Gruplarına Göre Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü, Tüm Sektörler, Türkiye, 2011, 2012, 2013,2014

ICD-10 Ana Tanı Kodları	Kod	2011	2012	2013	2014
Bazı Enfeksiyöz ve Paraziter Hastalıklar	A00-B99	3,8	3,7	3,5	3,5
Neoplazmalar	C00-D48	4,8	4,8	4,9	5,4
Kan ve Kan Yapıcı Organların Hastalıkları ve İmmün Sistemin Bazı Hastalıkları	D50-D89	3,2	3,5	3,1	3,0
Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları	E00-E90	5,3	5,2	5,3	5,3
Mental ve Davranışsal Bozukluklar	F00-F99	18,3	15,3	18,4	20,2
Sinir Sistemi Hastalıkları	G00-G99	5,6	5,7	5,4	5,4
Göz ve Adneks Hastalıkları	H00-H59	1,8	1,5	1,3	1,5
Kulak ve Mastoid Hastalıkları	H60-H95	2,6	3,3	3,1	2,8
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	I00-I99	5,2	5,3	5,1	5,0
Solunum Sistemi Hastalıkları	J00-J99	5,3	5,4	5,5	5,5
Sindirim Sistemi Hastalıkları	K00-K93	3,2	3,0	2,7	2,7
Deri ve Deri Altı Dokunun Hastalıkları	L00-L99	2,6	2,3	2,2	2,2
Kas, İskelet Sistemi ve Bağ Dokusu Hastalıkları	M00-M99	6,6	6,6	6,6	6,2
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	N00-N99	2,8	2,9	2,7	2,9
Gebelik, Doğum ve Lohusalık	O00-O99	1,9	2,0	2,0	2,0
Perinatal Dönemden Kaynaklanan Bazı Durumlar	P00-P96	4,9	4,8	5,0	5,2
Konjenital Malformasyonlar, Deformasyonlar ve Kromozom Anomalileri	Q00-Q99	4,5	4,4	4,5	4,7
Semptomlar, Belirtiler ve Anormal Klinik ve Laboratuvar Bulguları, Başka Yerde Sınıflanmamış	R00-R99	2,6	2,6	2,9	3,0
Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlerin Bazı Diğer Sonuçları	S00-T98	3,7	4,1	4,6	5,0
Sağlık Hizmetleriyle Temas ve Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler	Z00-Z99	2,5	3,0	3,2	3,4
<b>Toplam</b>		3,9	4,0	3,9	4,0

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014, s. 115

Tablo 2-8’de görüldüğü gibi, genel olarak görülen kronik hastalık oranlarında düşüş mevcuttur. Örneğin bağışıklık sistemini etkileyen “kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ve immün sistemin bazı hastalıkları”nın görülme oranı 2011 yılında 3,2 iken, bu oran 2014’te 3’e düşmüştür. Benzer şekilde, “kas, iskelet ve bağ doku hastalıklarının” görülme sıklığına bakıldığında 2011’de 6,6, 2014’te ise 6,2 olduğu görülecektir. Dolaşım sistemi ve sinir sistemi hastalıkları da son 4 yılda 0,2 oranında düşme göstermiştir. Tüm bu oranlara bakılarak insanların daha erken bir zamanda hastanelere başvurduğu ve hastalıklara daha kolay çözüm bulunabildiği yorumunu yapmak mümkündür.

Şekil 2-9. İBBS-1’e Göre Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü, Sağlık Bakanlığı 2002 – 2014



**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014, s. 116.

Şekil 2-9’a bakıldığında, 2002 ile 2014 yılları arasında hastanede kalış günü bakımından da ciddi bir düşüş olduğu görülmektedir. Tıbbi gelişmelerin yanı sıra, sağlık sistemlerindeki gelişmeler ve performans ölçüm sistemi sayesinde erken tanı oranının arttığı ve hastaların yatmaya gerek kalmadan ayaktan tedavi edilebildiğini söylemek mümkündür.

Elbette geçilen her yeni uygulama ve değişen sistemde olduğu gibi, performansa dayalı getirilen bu yeni sağlık sisteminin de eksikleri olduğunu söylemek mümkündür. Sağlık sistemlerinde yeni politikalar ile dönüşüm programının gerçekleştirilmesi ve performansa dayalı bütçelemelerin oluşturulması konusunda sağlık alanında çalışan bireyler arasında Seren tarafından yapılan bir araştırma bu sistemin çeşitli sorunları da getirdiğini göstermektedir. Sağlık çalışanları, araştırmada performansın bireyin tedavi ettiği hasta sayısı ile bağdaştırılmaması gerektiği görüşünü savunurken, bu uygulamanın, sağlık hizmetlerini ticarileştirmeye yönelik olduğunu belirtmişlerdir.

Özellikle hekimler üzerinde yoğun baskı oluşturduğu düşünülen bu yeni sistem hakkında, “hastaların müşteri olarak görülmesine neden olmaya başlamıştır” düşüncesi yoğun biçimde hâkimdir (Seren, 2014: 23).

### 2.3. Sağlık Kurumlarında Kalite

Sağlık hizmetlerinin suiistimale açık olması, hastaların tedavilerinde yetkilinin hekimler olması, kullanılan ilaçların çeşitli etik dışı anlaşmalar ile değiştirilmesi ve tedavi sürecinin uzatılması, hasta ve yakınlarının yeterince bilgilendirilmemesi, hastane gibi sağlık kurumlarının yeni hastalıkları getirebilecek ortamlar olması, hijyen gibi unsurlara yeterince önem verilmemesi gibi pek çok faktör, sağlık sistemlerinde kalitenin artırılması arayışını doğurmuştur (Agency for Healthcare Research and Quality, 2002: 2).

Sağlık kurumlarında kalite kavramı, organizasyon yapısının güçlendirilmesinde ve kurum içinde hiyerarşik düzenin oluşturulmasında, hasta ve yakınlarının kalite algısının geliştirilmesinde ve etik dışı davranışların önüne geçilmesinde yardım etme amacını taşımaktadır. Diğer taraftan sağlık kurumları arasında rekabeti de güçlendirmekte, kurumların eşit hizmet sunmalarını sağlamaktadır. Sağlık kurumlarında kaliteyi getirmek için çeşitli modeller ortaya çıkmıştır.

Bu modeller şu şekilde özetlenebilir (James, 1989: 2):

#### i. Sürekli Kalite İyileştirme Modeli:

Bu model ile sağlık kurumlarındaki her faaliyet için ayrı hedef belirlenmekte ve yukarıdan aşağıya doğru yönetim birimleri arasında koordinasyon sağlanmaktadır. En üst düzeydeki yönetim biriminin kalitesinin artması ile diğer birimlerin kalitesinin de artacağı inancı mevcuttur.

#### ii. Kalite güvence modeli:

Bu model, dış etkenlere göre daha kaliteli olma hedefi ile kurumun çalışmasını sağlamaktadır. Kurum rekabet ortamında ve çevresinde her zaman diğerlerinden daha iyi ve önde olmayı hedeflemektedir.

Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kaliteli olup olmadığı konusunda yapılan yorumlar pek çok değişkene göre şekillenmektedir. Bu nedenle kalitenin nasıl olması gerektiği konusunda tanımlamalar da çeşitlenmektedir. Hastane yönetimleri ve devlet politikaları, hatta akreditasyonlar tarafından oluşturulan kalite standartlarının her birinin karşılanmasına rağmen, hasta ve hasta yakınlarının kalite anlayışları, memnuniyet düzeyleri, hastalığın tanımı, kişinin kültür ve eğitim düzeyi gibi değişkenler sebebi ile farklılık göstermektedir (Öksüz, 2010: 31).

Sağlık kurumlarında kalitenin değerlendirilmesi ve denetlenmesi amacı ile 2005 yılından itibaren çeşitli denetimler ve raporlama sistemleri gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmaya başlanan bu yeni sistem tüm sağlık birimlerinde verilen hizmetlerin ve hasta yaklaşımının eşitliğinin olması amacını taşımaktadır. 2008 yılından itibaren hizmet kalite standartlarının

da eşitliği amacı ile sağlık kurumlarının çapraz değerlendirilmesine başlanmıştır. Değerlendirmelerin gelişimi ve rutin tekrarları aşağıdaki tabloda belirtilmektedir:

**Tablo 2-9.** Sağlık Kurumları Kalite Yönetim Değerlendirmeleri

	Öz Değerlendirme	İl Sağlık Müdürlüğü Değerlendirmesi	Çapraz Değerlendirme	Merkezi Değerlendirme	Merkezi Değerlendirme
<b>Yıllar</b>	<b>2007</b>	<b>2008-2009</b>	<b>2008-2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Değerlendiren	Hastaneler Kendilerini	İl Sağlık Müdürlükleri	Daire Başkanlığı	Daire Başkanlığı	Daire Başkanlığı
Değerlendirme Gün Sayısı	2-3	2-3	2-3	1-2	1
Değerlendirilen Bölümler	Tüm Bölümler	Tüm Bölümler	Tüm Bölümler	Randomize Seçilen Bölümler	Randomize Seçilen Bölümler
Değerlendirme Sayısı	Yılda 4	Yılda 3	Yılda 3	Yılda 2	Yılda 2

**Kaynak:** Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü – Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, (2012), Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri, Pozitif Matbaa, 1. Baskı, Ankara, s. 5.

Tabloda verilen değerlendirme denetlemelerinin içinde en sık yapılan hastane yönetimlerinin kendi kendilerini denetlemesidir. Bu sistem 2007 yılında başlamış ve hastanelerin öz yeterliliklerini anlamayı ve kalite yönetim sistemlerini iyileştirmelerini hedeflemiştir. Yılda en az 4 defa yapılan öz değerlendirme, hastane yönetiminin birimlerdeki sorunları anlamalarına olanak tanımaktadır.

Bu aşamada, öz değerlendirme kavramını açıklamak gerekmektedir. Öz değerlendirme; bireysel manada kişinin belirli aralıklar ile hedeflerine ulaşma konusunda kendisini denetlemesidir. Benzer durum, sağlık kurumlarının hedefleri ve bu hedefler doğrultusunda gerçekleştirdikleri aktiviteleri değerlendirme sistemi olarak ifade edilebilir (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2014).

2008 ve 2009 yıllarında il sağlık müdürlükleri ve daire başkanlıkları tarafından kalite değerlendirmeleri sistemine geçilmiştir. Yılda 3 kez, sağlık birimleri uzmanlar tarafından denetlenmeye başlanmış ve hastanelerin birbirleri ile ve aynı hastanedeki bölümlerin birbirleri ile kıyaslanması uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama hastanelerin kendi aralarında kalite akreditasyonlarının sağlanması açısından oldukça önemlidir. 2010 yılı ve sonrasında sağlık kurumlarının kalite yönetim sistemleri merkezi denetlemeler bakımından rutine bağlanmıştır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü – Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012: 5-6).



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK KURUMLARINDA STRATEJİK YÖNETİM VE BALANCED SCORECARD

---

#### 3.1. Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim ve Süreçler

Stratejik yönetim ve sağlık kurumlarında stratejik yönetimin ne olduğuna geçmeden önce, stratejinin ne olduğunu anlamak önemlidir. Strateji, Fransızca *stratégie* kelimesinden gelen bir isimdir ve Türk Dil Kurumu tarafından “*bir ulusun veya uluslar topluluğunun, barış ve savaşta benimsenen politikalara destek vermek amacıyla politik, ekonomik, psikolojik ve askerî güçleri bir arada kullanma bilimi ve sanatı, sevkülceş*” şeklinde açıklanmaktadır (TDK, 2015).

Soylu ve İleri, stratejik yönetimi “*etkili stratejiler geliştirmeye, uygulamaya ve sonuçlarını değerlendirerek kontrol etmeye yönelik karar ve faaliyetler bütünü*” olarak tanımlamaktadırlar ayrıca topluma en verimli ve hızlı biçimde hizmetin verilmesini sağlamak için stratejilerin belirlenmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar (Soylu ve İleri, 2010: 80).

Aktan, artan rekabet ortamının her sektörde stratejik yönetime ihtiyacı daha da artırdığını vurgulamaktadır. Her organizasyon, dünya genelindeki kalite standartlarını yakalamaya çalışırken diğer taraftan maliyetleri de düşürme çabasıdadır ve Aktan’a göre bunun anahtarı da stratejik yönetim sistemlerinin yöneticiler tarafından benimsenmesidir (Aktan, 2008: 5).

Stratejik yönetimin temel amacı, değişen ihtiyaçlar ve pazara göre kurumun esnekliğinin artırılmasını sağlamaktır. Stratejik yönetim sayesinde örgüt yalnızca kendi içini değil, etrafını da kontrol edebilmektedir ve değişen dünyaya daha kolay ayak uydurmaktadır (Güçlü, 2003: 61).

Sağlık kurumlarında strateji ve politikaların belirlenerek uygulamaya konulması esnasında çeşitli modeller kullanılsa da her zaman karşılaşılan bazı temel zorluklar mevcuttur. Bu zorluklar Teknik Karmaşıklık/Zorluk, İyi Organize Olmuş Gruplar İçin Odaklanmış Maliyetler, Organize Olmamış Gruplar İçin Dağılmış Faydalar şeklindedir (Roberts ve ark., 2004: 67-68):



### *i. Teknik Karmaşıklık/Zorluk*

Sağlık sektörü karmaşık ve teknik pek çok faaliyeti içerdiğinden, stratejilerin belirlenmesi esnasında tüm faaliyetlerin faydalı hale getirilmesine özen gösterilmeli ve planlamalar esnasında hepsi göz önünde tutulmalıdır.

Sağlık sektöründeki en önemli konu, toplum ile el ele hizmetin verilmesidir. Yani kurum içinde alınan kararlar, kurumdan hizmet olan hasta ve yakınlarının da etkilenmesini sağlamaktadır. Sağlık kurumları, hem hizmet verdiği halk hem de diğer kurumlar ile iş birliği içinde olmak durumundadır. Kurum içinde öncelik ve teknik zorluğun yanı sıra, çevresel etkenler ile uyum içinde olunması, stratejik yönetim sürecini zorlaştırmakta ve diğer kurumlardan ayırmaktadır.

### *ii. İyi Organize Olmuş Gruplar İçin Odaklanmış Maliyetler*

Sağlık alanında stratejileri belirlerken iyi organize olmuş ağların yeni maliyetler ile sorunlarla karşılaşmamasına odaklanmak önemlidir. Örneğin ilaç dağıtım ağı gibi stratejik bir faaliyetin süreçleri, strateji belirlemek adına daha verimsiz hale getirilmemelidir.

### *iii. Organize Olmamış Gruplar İçin Dağılmış Faydalar*

Sağlık kurumlarının yönetilmesi ya da sağlık politikalarının geliştirilmesi sırasında izlenmesi gereken stratejilerin öncelikle dezavantajlı kesimleri içermesi gerekmektedir. Ülke genelinde bir strateji belirlenirken, sağlık hizmetlerine ulaşımın zor olduğu yerler göz önüne ve önceliğe alınmalıdır.

## **3.1.1. Stratejik Yönetim Modeli**

Stratejik yönetim modelini benimseyen bir kurumun yapması gereken temel aktiviteler şu şekilde sıralanabilir (Baraz, 2010):

### *I. Stratejist Belirleme ve Görevlendirme*

Organizasyonlar için stratejilerin belirlenmesi temelde bilgiye dayanmaktadır. Organizasyon kendi içinde ve çevresinde bilgiyi toplamakta ve buna göre strateji oluşturmaktadır. Genellikle kurumsal örgütlerde bunun yapılması için uzmanlardan destek alınmaktadır. Stratejist adı verilen bu uzman, stratejik yönetimin her aşamasında bulunduğu takdirde stratejik yönetimi oluşturan döngülerin daha sağlıklı olacağı düşünülmektedir.

### *II. Stratejik Analiz*

Organizasyonun iç ve dış çevresini oluşturan etmenlerin detaylıca incelendiği evredir. Pazarı, rakipleri ve müşterileri tanımaya çalışan organizasyon bu çevrede kendisine ait görevleri belirlemekte, bunu yaparken de kendisinden yararlanacak alt kümelerin ihtiyaçlarını gözlemlemektedir.

### *III. Stratejik Yönlendirme*

Bu aşamada işletmenin özelliklerini net biçimde ortaya koyan misyon ve vizyon belirlenmektedir.

#### IV. Strateji Oluşturma

Yapılan tüm gözlemler ve belirlenen hedeflerin sonucunda strateji belirlenmekte böylece bu stratejiye uygun yeni planlamalar yapılmaktadır. Misyon ve vizyon gibi genel strateji unsurları da bu süreçte işletme yöneticilerinin aklından çıkmamalıdır.

#### V. Uygulama

Stratejik uygulama konusu verilen tüm kararların uygulamaya geçirildiği evredir ve ilerleyen başlıklarda detaylı biçimde anlatılacaktır.

Kurum ya da ülke çapında sağlık alanında yönetim stratejilerinin belirlenmesi sağlık politikaları ile yakından ilişkilidir. Nitekim Roberts ve arkadaşlarına göre bu politikaların oluşturulması da siyasi bir sürece dayanmaktadır. Yazarlar, stratejik yönetimin gerçekleştirilmesi ve genel sağlık politikasına uygun hedeflerin ve stratejilerin belirlenebilmesi için öncelikle gündemin ne olduğunu belirlemek gerektiğini vurgulamaktadırlar. “Gündem nasıl belirlenmelidir?” sorusuna ise verdikleri yanıt oldukça basittir. Yazarlara göre sağlık alanında daha az başarılı olan alanların seçilerek onların iyileştirilmesi ilk gündem maddesi olmalıdır (Roberts ve ark., 2004: 61- 62).

Stratejik yönetimin ne olduğunu anlamak, yönetimde nasıl bir model uygulanacağına karar vermek ve klasik yönetim biçimine göre farklarını görmek için aşağıdaki tabloyu incelemek mümkündür:

**Tablo 3-1.** Klasik Yönetim ve Stratejik Yönetim Farkları

	<b>Klasik Yönetim</b>	<b>Stratejik Yönetim</b>
<b>Odak Noktası</b>	Amaçlara bağlı hedeflerin gerçekleştirilmesi ve günlük problemin çözümü	Uzun dönemli yaşama ve gelişme problemleri ve yeni amaç ve stratejiler
<b>Amaçları</b>	Geçmiş tecrübelerle dayalı bir düşünceye uygun bir karlılık	Geleceğe yönelik karlılık ve büyüme
<b>Sınırlamaları</b>	Mevcut kaynaklar ve çevre	Muhtemel kaynaklar ve çevre
<b>Sonuçları</b>	Etkinlik, verimlilik ve denge	Büyüme, gelişme ve süreklilik
<b>Bilgi Kaynağı</b>	İşletme birimine ait işlem ve kayıtlar, mevcut şartlar	İşletme, bölümler ve gelecekteki fırsat tahminleri
<b>Veri Yapısı</b>	Çok fazla sayıda olmayan bölüm verileri	Çok sayıda, değişik ve çok kaynaklı
<b>Organizasyon Yapısı</b>	Bürokratik, durgun	Yenilikçi ve Esnek
<b>Liderlik</b>	Geleneksel, görev yönelimli	Değişimlerden etkilenir, açık
<b>Problem</b>	Acil, kısa dönemli, somut, aşağı yukarı benzer nitelikler	Tehir edilebilir, uzun dönemli, soyut, birbirinden farklı
<b>Problem Çözme</b>	Tepki niteliğinde ve geçmiş tecrübelerle dayanarak	Katılımcı, yeni çözüm yolları arayarak
<b>Zaman-Risk</b>	Kısa vadeli, düşük risk	Uzun vadeli, yüksek risk

**Kaynak:** Aşgın, 18, [http://www.strateji.gov.tr/ortak\\_icerik/strateji/yazilar/Yay%C4%B1nlar/STRATEJIKYONETIMKITABI.pdf](http://www.strateji.gov.tr/ortak_icerik/strateji/yazilar/Yay%C4%B1nlar/STRATEJIKYONETIMKITABI.pdf) Erişim: 21.12.2015

### 3.1.1.1. Stratejik Düşünme

Kurumlarda stratejik yönetimin gerçekleşebilmesi için stratejik düşünmenin var olması gerekmektedir ve bununla birlikte, stratejik yönetim stratejik düşünmeyi de sağlamaktadır. Yani iki kavram arasında çift yönlü bir ilişki mevcuttur. Stratejik yönetim anlayışı, organizasyon yöneticilerini ve çalışanlarını stratejik düşünmeye iten bir yönetim anlayışıdır (Aşgın, 16 ve 30).

Stratejik düşünme stratejik yönetimin ilk adımıdır ve stratejik yönetimin her sürecinde stratejik düşünmeye de ihtiyaç vardır. Stratejik düşünme, *rakibe üstün gelme ve bunu da, aynı şeyi onun size uygulamaya çalıştığını akılda tutarak yapma sanatıdır* (Gönen, 2013: 16) ve stratejik düşünme stratejik bilinci gerektiren bir unsurdur.

### 3.1.1.2. Stratejik Planlama

Herhangi bir konuda stratejik yönetimi gerçekleştirebilmek için stratejik planlamaların yapılması ve bu planlara uygun bir yol haritasının belirlenmesi gerekmektedir. Planlamalar, kurum içinde yapılacak olan faaliyetleri içermelidir ve her bir faaliyet denetlenmeden geçirilmeli, sonlandırıldığında çıktıları kontrol edilmeli daha sonra belirli aralıklarla planlamalar yenilenmelidir. Sağlık sistemlerinde stratejik planlamalar hastane içindeki organizasyonel aktivitelerin zamanlarını, kimler tarafından gerçekleştirileceğini ve hangi hedef yönünde uygulamalar yapılacağını belirlemek amacı ile hazırlanmaktadır (Soylu ve İleri, 2010: 83).

Stratejik planlama, örgütlerin faaliyetlerini gerçekleştirmeleri esnasında en verimli biçimde davranarak ve değişime karşı esnek biçimde yönetimini şekillendirerek rakiplerinden sıyrılmayı sağlayan önemli bir kavramdır. Stratejik planlamanın özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Gönen, 2013: 17-18):

I. *Yaygın olarak kullanılan karar verme aracıdır.*

II. *Yönetim planlaması modelidir.*

III. *Hızlı değişime ve gelişime uyum sağlamak için, yatırım yapma ve geleceği tanımlamadır.*

IV. *Örgüt açısından mikro planlama modelidir.*

V. *Kaynakların yönetiminin ve denetiminin gerçekleştirilebilmesi, insan gücü ve üretimin geliştirilebilmesi için teknolojik eksikliği engellemek amacıyla bir makro planlama modelidir.*

VI. *Örgütün beş, on veya daha uzun yılda nerede olmak istediğinin açık bir şekilde belirlenmesidir.*

#### 3.1.1.2.1. Stratejik Yönetimin Süreçleri

Genel olarak alan yazınına bakıldığında stratejik yönetim sürecini tanımlayan üç temel aşama olduğu görülmektedir. Bu aşamalar ve özellikleri ise şu şekildedir (Soylu ve İleri, 2010: 81):

### *i. Stratejik Planlama*

Yukarıda da bahsedildiği gibi, planlama süreci, belirlenen sağlık politikaları doğrultusunda, amaçlara ve hedeflere ulaşmak için yapılacak olan faaliyetlerin zamanlarının ve hatta sorumlularının belirlenmesi sürecidir. Genel olarak yönetim tarafından oluşturulurken aynı zamanda hastaneler içindeki birimler de ana stratejik plana bağlı olarak alt planlar oluşturmalı, belirli zaman aralıklarında da bu planları yenilemelidir.

### *ii. Stratejik Uygulama*

Adından da anlaşılacağı gibi, stratejik olarak alınan kararların, ilgili zamanlarda, ilgili görevli tarafından uygulanmaya konulması süreci stratejik uygulamayı ifade etmektedir. Stratejik uygulama süreci stratejik yönetimin kuşkusuz en önemli adımıdır. Doğru bir planlama yapılsa dahi uygulama konusunda görevlendirme ve zamanlama doğru yapılmadığı takdirde stratejik yönetimden bahsetmek mümkün olamayacaktır.

### *iii. Stratejik Değerlendirme*

Stratejik yönetim döngüsünün son aşaması olan stratejik değerlendirme, yapılan faaliyet ve alınan kararların doğruluğunun da test edilme sürecidir. Bu sayede kurum aldığı kararları ve sonucunda gerçekleşen olayları tahlil etme, öğrenme sürecine girmektedir bunun sonucunda gelecek dönemler için bu bilgileri kullanmaktadır. Stratejik değerlendirme sürecinde çalışanların faaliyetlerini de izleme şansı bulunmaktadır. Değerlendirmenin varlığı, çalışan ve yöneticilerin hesap vermesini de sağlamaktadır ve kurum içindeki sorumluluk bilinci desteklenmektedir. Değerlendirme süreci, kurumun hedeflerine ulaşmak için ne kadar yol kat ettiğini de görmesine yardımcı olmaktadır.

Stratejik yönetimin süreçlerine de bakılarak, bir kurumun kendisini tanıması, ne kadar daha verimli olabileceğini ölçmesi ve ne için ne tür uygulamalar yaptığını anlaması bakımından önemlidir. Kurumların neye varmak istediği ve bunu nasıl gerçekleştireceği konusu onun misyon ve vizyonunu oluştururken, kullanacağı yöntemler de kullandığı strateji sayesinde netleşmektedir şeklinde yorum yapmak mümkündür.

### **3.1.1.2.2. Vizyon, Misyon, Strateji Kavramları**

Bir kurumun hedeflerini belirleyebilmesi ve stratejik yönetimi sağlaması için misyon ve vizyon sahibi olmasına ihtiyacı vardır. Değişen Pazar koşulları, hizmet verme konusunda standartların oluşması ve verimli çalışmanın sağlanması için geliştirilen stratejik yönetim, kurumların geleceklerini planlamasına olanak tanımaktadır. Ancak bunların hangi yöntemler ve nasıl bir yönetim anlayışı ile yapılacağı misyon ve vizyonun etkisi altında kalmaktadır (Ramazanoğlu ve Bahçeci, 2006: 52-53).

Misyon ve vizyonun ortaya çıkmasında ve yaygınlaşmasında, stratejik yönetim anlayışının belirlenmesinin etkisi oldukça büyüktür. Bir önceki bölümde de anlatıldığı üzere, stratejik yönetim planlama, uygulama ve test ederek öğrenme aşamalarının rutin döngüsünü ifade etmektedir. Bir amaç ve yöntemin belirlenmemesi bu süreçlerin gerçekleşmesini de engelleyeceğinden, misyon, vizyon ve stratejik yönetim birbirinden ayrı düşünülemez (Erol ve Kanbur, 2014: 153). Bu kavramların birbirleri arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için öncelikle anlamlarının bilinmesi gerekmektedir.

Vizyon, bakış açısı ve görüş, görünüm, sağgörü, ileri görüş ve ülkü anlamını taşıyan bir kelimedir (TDK, 2015). Ancak işletme yönetimine göre vizyon kelimesi, bir organizasyon ya da çalışanlar için planladıkları hedefi, ulaşmak istedikleri noktayı, gelecekte var olmak istedikleri şeyi ifade eden bir kavramdır (Dinler, 2009: 2). Vizyon sayesinde yönetim tarafından daha önce başarılmamış, gelecekte elde edilmek istenen konum belirlenmektedir ve bu konuma stratejik olarak yapılan planlamalara ancak uygulamalar sayesinde ulaşılmaktadır (Dinler, 2009: 2).

**Tablo 3-2.** Vizyon Belirleme Yöntemleri

1. Yöntem	2. Yöntem
İfadelerde ve amaçta açık olmak gerekir. Vizyonun temelini oluşturan gerçekler çok açık ve net olarak, sürekli vurgulanmalıdır. Vizyon sadece çalışanlar tarafından hayata geçebileceği için, çalışanların değerleri olduğu belirtilmelidir. Vizyon hakkında çalışanların da görüşlerinden yararlanılmalı ve vizyon hazırlanırken mutlaka çalışanlara danışılmalıdır.	Vizyon belirlenirken herkesin görüşüne eşit değer verilmelidir. Ortak fikirde anlaşmaktan ziyade birbirlerini tamamlayan görüşlere prim verilmelidir. Amacın sadece yazılı bir vizyon bildirgesi oluşturmak değil de işletmenin gerçek bir vizyonunu ortaya koymak olduğu unutulmamalıdır.

**Kaynak:** Dinler, 2009: 4.

Organizasyonlar kendileri için vizyon belirlerken Tablo 3-2’de görüldüğü gibi iki temel yöntemden birini tercih etmektedirler. Birinci yöntemde üst düzey yöneticiler vizyonu belirlemekte ve bunu çalışanlara aktarmaktadırlar. Ancak tabloda da görüldüğü üzere bunlar çalışanlar ile paylaşılırken açık ve net olunmalıdır. İkinci yöntemde ise vizyonu belirlerken organizasyondaki herkesin fikri alınmaktadır. Ancak vizyon belirlenirken dikkat edilmesi gereken en önemli unsurlardan biri organizasyonu yeniliklere açık hale getirmesidir. Örgüt içinde gerçekleşecek faaliyetler ve bunların sonuçları için en iyi olan hedeflenmeli ayrıca vizyonda bu belirtilmelidir. Aynı şekilde çalışan ve hatta müşterilerin anlayabilmesi için yeterince açık olurken diğer taraftan teşvik edici de olmalıdır (Dinler, 2009: 4).

Misyon ise Türk Dil Kurumu Güncel Sözlüğü’ne göre hedef ve amaç anlamına gelmektedir (TDK, 2015). Misyon, örgütün karakter yapısını ifade etmektedir ve hedeflenen ilkeleri sıralamaktadır. Misyon sayesinde işletmenin net amaçları ve hedefleri belirlenirken, benzer alanlarda hizmet veren diğer örgütlerden farkını da anlamak mümkün olmaktadır (Köseoğlu ve Ocak, 2010: 66).

**Tablo 3-3.** Organizasyonlarda Misyon İfadelerini Oluşturan Öğeler

Unsurlar	Cevaplanması Gereken Sorular
Müşteriler	Organizasyonun müşterileri kimlerdir?
Ürünler/Hizmetler	Organizasyonun ürünleri veya hizmetleri nelerdir?
Yer/Piyasalar	Organizasyon hangi piyasada veya hangi bölgede rekabet etmektedir?
Teknoloji	Organizasyonun temel kaygısı teknoloji midir?
Süreklilik, büyüme ve karlılık	Organizasyon Ekonomik hedeflerinde kararlı mıdır?
Felsefe	Organizasyonun temel değerleri, inançları, arzuları ve etik öncelikleri nelerdir?
Yetkinlik	Organizasyonun temel yetkinliği nedir veya rekabet avantajı nedir?
Kamu Kaygısı	Organizasyon sosyal konulara duyarlı mıdır?
Çalışanlar	Organizasyon çalışanlarına değer veriyor mudur?

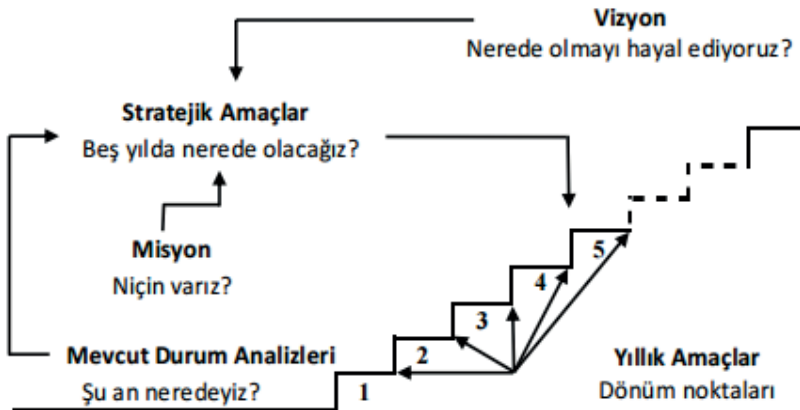
**Kaynak:** Köseoğlu ve Ocak 2010: 70.

Tablo 3-3’de görüldüğü üzere, organizasyonlarda misyon oluşturulurken çeşitli sorulara organizasyon içinde yanıt aranmaktadır. Bu sayede yapılan iş, hedefler ve kurumun felsefesini sınıflandırmak, buna göre de yol çizmek mümkün olmaktadır. Yukarıdaki sorulara verilen yanıtlar ile organizasyondan etkilenenleri (paydaşlar, çalışanlar, müşteriler –hastaneler için hastalar ve hatta yakınları-) belirlemek mümkün olmakta ve toplamın çıkarını bulmak daha kolay hale gelmektedir (Erol ve Kanbur, 2014: 154).

Misyon, örgütlerin ruhunu açıklayan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Temel amaçlar ve bu amaçların gerçekleştirilmesi doğrultusunda neler yapılacağı misyon ile cevaplanan sorulardır (Erol ve Kanbur, 2014: 153).

Aşağıda yer alan Şekil 3-1, misyon, vizyon ve stratejik yönetim kavramlarının organizasyon içinde birbiri ile ilişkisini özetlemektedir:

**Şekil 3-1.** Stratejik Yönetim Sürecinde Örgütlerin Amaçları ile Misyon ve Vizyon İfadeleri Arasındaki İlişki



**Kaynak:** Erol ve Kanbur, 2014: 154.

Bir örgütün stratejik planlama konusunda başarılı olabilmesi, misyon ve vizyonunu kendine uygun biçimde belirleyebilmesi, buna uygun olarak planlama yapabilmesi ile doğrudan ilişkilidir. Şekil 3-1'e bakıldığında, örgütlerin yıllık olarak kendileri için belirledikleri odakların değiştiği gözlemlenmektedir. Yıllık olarak belirlenen hedefler basamaklandırıldığında örgütün herhangi bir zaman diliminde hedeflerinin neresinde olduğunu görmek mümkün olacaktır. Şu an neredeyiz ve ne için bu örgüt var soruları misyonu, misyon ise stratejik olarak hedeflere ulaşmayı beraberinde getirmektedir. Vizyon ise bu döngünün en başındadır ve örgüt yöneticilerinin sürekli olarak yeni hedefler belirleyerek stratejik yönetim döngüsünü başlatmalarını sağlamaktadır (Erol ve Kanbur, 2014: 153).

Hastaneler ve diğer sağlık kurumları için misyon denildiğinde genellikle pek bir şey ifade etmeyeceği düşünülebilir. Çünkü her sağlık kurumunun temel amacı insanları sağlıklarına kavuşturmak, onları hastalıklara karşı korumak ve bilinçlendirmektir. Ancak son yıllarda özel sektöre ait sağlık kurumları ve hatta kamuya ait hastanelerde bile misyon belirlendiği ve bunların toplum ile paylaşıldığı gözlemlenmektedir. Ancak hastanelerin misyonlarına bakıldığında genel olarak kapsadığı alanları şu biçimde sıralamak mümkündür (Köseoğlu ve Ocak, 2010: 69):

- I. *Pazar*; hastanenin bulunduğu bölge ve hizmet verdiği alan,
- II. *Başlıca Ürün ve Hizmetler*; sağlık alanında elinde olan teknolojiler, tedavi ettiği hastalıklar ve verdiği diğer sağlık hizmetleri,
- III. *Hedef Kitle*; hastaneler dil, din, cinsiyet ayrımı yapmasalar dahi, buldukları sınıf ve profesyonelliklerine göre belirli yaş grubuna hitap edebilmektedirler ve misyonlarında bu bilgi yer almaktadır.

### 3.1.1.3. Stratejik Momentum

Stratejik momentum, belirlenen stratejinin nasıl yönetildiği ile ilgili bir kavramdır. Buna göre planlanan aktivitelerin doğru uygulanıp uygulanmadığı, stratejik momentum ile denetlenmektedir. Momentum, stratejinin doğru olup olmadığını ya da stratejiye uygun olarak faaliyetlerin yürütülüp yürütülmediğini anlamayı sağlamaktadır. Stratejik momentum, yönetsel eylem, strateji değerlendirme, öğrenme ve stratejik düşünmeyi yeniden başlatma faaliyetlerini kapsamaktadır. Stratejik momentum unsuru sayesinde, belirlenen stratejinin gerçeğe uygun olup olmadığını anlamak mümkündür (Özgen, 14).

Merih, bir organizasyonda stratejik momentumun varlığından söz etmek için şu unsurların var olup olmadığının sorgulanması gerektiğini belirtmektedir (Merih, 2015):

- I. Örgütün yapısının belirlenen stratejilere göre düzenlenmesi
- II. Organizasyonun misyon ve vizyonu ile sahip olduğu örgütsel kültürün belirlenen stratejiler ile uyumlu olması

- III. Örgüt içinde, stratejiye uygun faaliyet ve davranış gösterenlerin ödüllendirilerek teşvik edilmesi
- IV. Yapılan her faaliyetin kolaylıkla kaydedildiği ve değerlendirilerek bilgiye dönüştürüldüğü bir kontrol sistemi.

#### **3.1.1.4. Stratejik Düzeyler**

Stratejik yönetimden ve bileşenlerinden bahsederken; bu yönetim modelinin hiyerarşik düzeylerine de değinmek gerekmektedir. Çünkü bir organizasyonda stratejik yönetimden ve stratejiye uygun olan faaliyetlerden bahsedebilmek için, en küçük birimden organizasyonun tamamına doğru bir uyum yakalamak gerekmektedir. Bireysel olarak başlayan stratejik uygunluk, işin tanımına göre bölüm ve şirketin bütününe yayılan bir kavramdır ve bunların bütünü stratejik yönetimi oluşturmaktadır (Eren, 2003: 344).

İşletmelerin strateji oluştururken onu düzeyler halinde ele almaları daha gerçekçi bir stratejinin belirlenmesini beraberinde getirmektedir. Genel olarak şirketin bir stratejiye sahip olması, eğer düzeylerde strateji yoksa bir başarı getirmeyecektir. Yine düzeyler bazında strateji geliştirme, sorumluların belirlenmesi konusunda da yöneticilere yardımcı olacak bir faaliyettir. Organizasyon içinde gerçekleştirilen birbirine bağımlı ve/ya bağımsız tüm işler için ayrı stratejilerin oluşturulması da yine stratejinin düzeyler halinde belirlenmesine bağlıdır (Vardhman Mahaveer Open University).

##### **3.1.1.4.1. Şirket Düzeyi**

Şirketin tamamını kapsayan stratejik düzeydir ve genel olarak daha kârlı olmayı, daha verimli çalışmayı, kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerine ulaşmayı amaçlama üzerine yapılan strateji geliştirme ve uygulama sürecidir (Eren, 2003: 344).

Kurumsal düzey olarak da adlandırılan bu stratejik düzeyde genel katılım ve toplam iş paylaşımı, toplam kalite, toplam hedef gibi unsurların sağlanması için iş paylaşımı gibi konular da ele alınmaktadır. Temel amaç örgütsel yeterliliğin artırılmasıdır (Hoştut, 2013: 419).

##### **3.1.1.4.2. Bölüm Düzeyi**

Bölüm düzeyi stratejik hiyerarşinin ikinci düzeyidir. Bu düzeyde amaç organizasyon içindeki her birimin kendi iş tanımına ve amaçlarına göre faaliyetlerini genel stratejiye uygun biçimde yapıyor olmasını sağlamaktır. Bölüm düzeyinde başarı değerlendirme sistemi, maaş ve çalışan yapısının bölüm stratejisine uygunluğunu denetlemektedir. Bölüm düzeyindeki hiyerarşik yapı çalışanların verimliliği konusunda şirket düzeyini destekleyen bir yapıdır ve personelin motivasyonunu da sağlamaya yönelik planlama yapmaktadır (Eren, 2003: 345).

Birim düzeyde organizasyon içindeki her birim için farklı alt stratejiler geliştirilmektedir ve bu stratejilerin temelde ana şirket stratejisi ile de uyumlu olması gerekmektedir. Birimlerin kendi aralarında nasıl rekabet edecekleri, işletme içinde



birimin nasıl daha başarılı olacağı ve elindeki kaynakları en verimli biçimde nasıl değerlendireceği gibi sorular bölüm düzeyinde stratejilerin belirlenmesi aşamasında cevap aranan sorulardır (Engin ve Sucu, 2005: 14).

#### **3.1.1.4.3. Birim Düzeyi**

Birim düzeyi stratejiler kişiye özel geliştirilmektedir ve kişinin işinin tanımına göre, o kişinin genel stratejilere uygun olarak bir birim zamanda (saat/gün/ay) neler yapması gerektiği, gerektiğinin planlandığı süreçtir (Eren, 2003: 345).

Birim düzeyinde kişiler kendilerinden beklenenlerin karşılığında bu beklentilere nasıl cevap verebilecekleri konusunda kendileri için bir yol haritası çizebilirler. Ne tür faaliyetlerin yapılacağı, bu faaliyetler içinde kişisel olarak ne tür görevlerin kendisinden beklendiği ve bunları nasıl başarabileceği konusunda çalışanlar kendilerine sorular yönelmelidirler.

Stratejik düzeylerin en küçük birimi olan bu düzey, kişinin bütüne ait hissetmesi ve dikkat etmesi gereken temel noktalara odaklanması için de oldukça önemlidir. Stratejik planlamanın şirket, bölüm ve birim düzeyde ayrı ayrı ele alınarak yapılması, işletmenin gerçekçi olmasına da olanak sağlayan temel stratejik planlama sürecidir (Nickols, 2011: 5).

#### **3.2. Sağlık Sistemlerinde Balanced Scorecard İle Performans Ölçümü**

Balanced Scorecard (Dengeli Puan Cetveli) konusunu sağlık hizmeti veren organizasyonlar için özelleştirmeden önce bu kavramın ne olduğu ve nasıl ortaya çıktığına değinmek gerekmektedir. Dengeli Puan Cetveli sisteminin ortaya çıkışını ve sektörlere göre nasıl değiştiğini ve geliştiğini incelemek, günümüzde sağlık hizmeti veren kurumlarda yapılan faaliyetlerin performansının doğru değerlendirilebilmesi açısından anlamlıdır.

BSC (Balanced Scorecard) performans ölçümü sistemi olarak karşımıza çıkmaktadır. BSC artan rekabet ve sınırlı kaynak unsurlarının etkisi ile önemi artan stratejik yönetim biçimi ile yakından ilişkiye sahiptir (Murby ve Gould, 2005: 3). BSC yöntemi ile çalışanların, bölümlerin ve organizasyonun performansı hakkında sağlıklı bilgi edinebilmek ve öz değerlendirme gerçekleştirebilmek için doğru bir strateji haritasının oluşturulması oldukça önemlidir. Stratejiyi geliştirmek için örgütün en önemli temel faaliyetleri göz önünde tutulmalıdır. Örneğin hizmet ya da ürün üretmek konusunda bir strateji geliştirilirken yönetim, halkla ilişkiler gibi konularda da strateji üretmek bütüne varmak, organizasyonlarda performans ölçümü sürecinde “dengeyi” bulmak ve korumak açısından büyük öneme sahiptir (Murby ve Gould, 2005: 6-7).

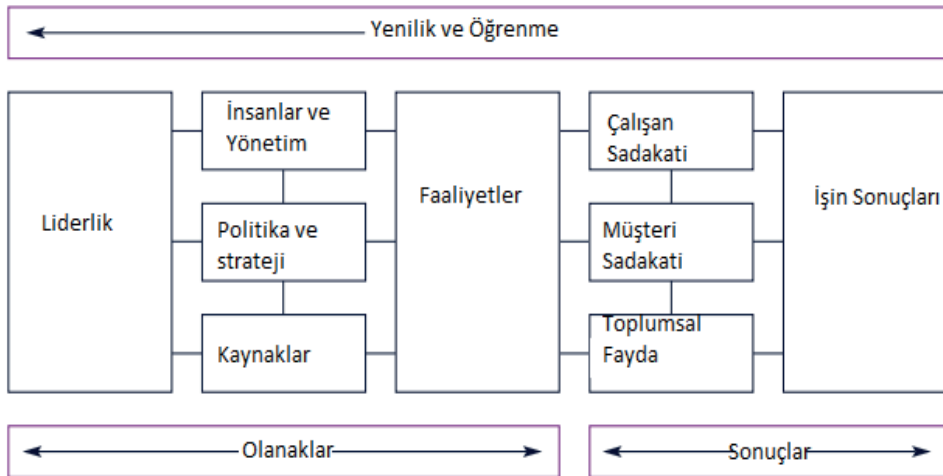
Özel sektör ve kamu kurumları için yeni bir performans ölçüm sistemi olan BSC kavramı, organizasyonlarda yapılan faaliyetlerin yalnızca finansal getiri ve götürülerine odaklanılmasının da önüne geçerek örgüt içinde gerçekleştirilen her aktivitenin toplam faydasını da ölçmeyi sağlamaktadır (Bekmezci, 2010: 207).

BSC kavramı temelde organizasyonların daha faydalı birimler haline gelmesi için yapılan işletme çalışmalarına dayanan yeni nesil bir sistemdir. İşletmeler rekabet unsurunun ortaya çıkmasından itibaren her zaman daha güçlü olmak için çalışmaya başlamışlardır ve rekabet ortamında kendilerine avantaj sağlayacak yöntemlerin arayışına girmişlerdir. Ancak, işletmelerin zaman içinde birden fazla faaliyet göstermeye başlamaları ve rekabeti etkileyen unsurların finansal unsurların yanı sıra, yönetim unsurlarına da kayması, 21. yy.da makine ve insanın beraber çalışmasını gerektirmiştir. 1990 yılında McNair ve arkadaşları bir performans piramidi modeli geliştirmişlerdir. 1993 yılında bu modelin üzerine Adams ve Roberts Effective Progress and Performance Measurement - EP2M formülünü oluşturmuşlardır ve işletmelerdeki performansın 4 temel öge üzerinden arttığını iddia etmişlerdir. Bunlar;

- i. Dış ölçümler (müşteriler, rakipler, tedarikçiler ...),
- ii. İç ölçümler (içerideki verimlilik ve üretkenlik),
- iii. Tepeden aşağıya ölçümler (stratejik uygulamalar),
- iv. Aşağıdan yukarı ölçümler (çalışanları güçlendirmek) şeklindedir.

Yani yazarların bahsettiği verimlilik artırma ve performans ölçümünü sağlamak için bu modelde yeri olan dört temel ölçümün yapılması gerekmektedir. Bu çalışmalardan yola çıkan Avrupa ve Amerika'daki araştırmaların neticesinde European Foundation for Quality Management's Business Excellence (EFQM) -Avrupa İş Geliştirme ve Yönetimde Kaliteyi Arttırma Vakfı- Modeli ortaya çıkarılmıştır (Mackay, 2005: 8-9).

Şekil 3-2. EFQM Modeli



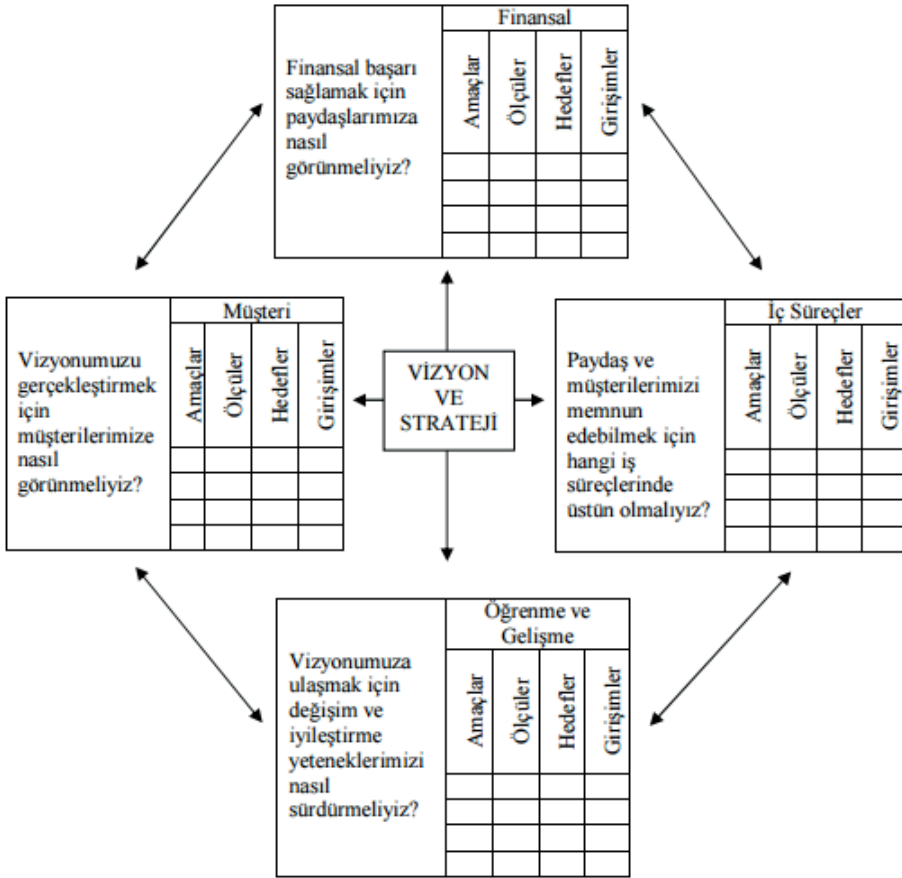
Kaynak: Mackay, 2005: 9.

EFQM modelinde liderlik, faaliyetler ve işin sonuçları temel ölçüm kriterleridir. Ayrıca kaliteyi arttırarak performansın güçlendirilmesi için alt kriterlerin de sürekli olarak ölçülmesi ve bunun organizasyonun öğrenme sürecine yansması

gerekmektedir. Ancak performans ölçümünde dengenin sağlanması konusunda çeşitli zorluklar getiren bu metot yerine, Robert S. Kaplan ve David P. Norton tarafından geliştirilen BSC sistemi kullanılmaya başlanmıştır (Mackay, 2005: 10).

Hedeflere ulaşma, performans ölçme ve stratejik yönetim sisteminin örgüt içinde başarılı biçimde yürütülmesi için geliştirilen BSC sistemi, Finansal Boyut, Müşteri Boyutu, İç Süreçler Boyutu ile Öğrenme ve Gelişme Boyutu şeklinde alt bileşenlere ayrılmaktadır. İşletmeler, strateji geliştirme, uygulama, yönetim ve değerlendirmenin herhangi bir aşamasında BSC uygulamasına geçebilmektedirler (Kaplan, 2010: 3).

Şekil 3-3. Balanced ScoreCard Bileşenleri



Kaynak: Kaplan, 2010: 4.

BSC ilk defa Kaplan ve Norton tarafından kaleme alınan bir makalede ortaya çıkarılmış ve devamı yine bu yazarlar tarafından yöntemin nasıl uygulanacağını anlatan makaleler yazılmıştır. Literatürde BSC kavramının ortaya çıkmasıyla beraber kendi pratikte de BSC uygulamaları yapılmaya başlanmış ve BSC yönetsel süreçlerde performans ve etkinliği artırabilmek için etkili bir araç konumuna

gelmiştir. Ayrıca zaman içerisinde BSC'yi yönetsel süreçlerine uygulamak isteyen yöneticiler için de akademik, teorik, pratik ve bilişimsel anlamlarda danışmanlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır.

BSC'ı hayata geçiren araştırmacılardan Kaplan'ın aktardığına göre stratejik yönetim ve vizyon belirleme organizasyonun 4 temel ölçüm sistemi içinde dengesi sağlanması ile mümkündür (Kaplan, 2010: 5).

BSC sisteminde şekil 3-3'te görüldüğü üzere finansal (financial) boyut, müşteri boyutu (customer), organizasyon içi süreçler (internal business process) ve öğrenme gelişme (learning and growth) boyutu mevcuttur. Yukarıda performans ölçüm sistemlerinin gelişimine bakıldığında bu boyutların çeşitli deneme metotları sonrasında kararlaştığını görmek mümkün olmaktadır. BSC sisteminin finansal boyutunda organizasyonun finansal amaçlara ulaşması için neler yapması gerektiği sorusuna yanıt aramak temeldir. Örgüt, Pazar ortamında kendi finansal değerini arttırmak için bu boyutta odak noktalarını, ölçütlerini ve hedeflerini belirlemektedir. Müşteri boyutunda ulaşılmak istenen müşteriler, pazar durumu ve piyasanın koşulları üzerine araştırmalar yapılmaktadır. İç süreçler, organizasyon içindeki aktivitelerin örgüt değerleri, kültür yapısı ve stratejiler ile anlamlı ilişkiler kurmasına çaba harcanmaktadır. Öğrenme ve gelişme boyutu da BSC sisteminin olmazsa olmaz boyutudur. Çünkü stratejik yönetimin gerektirdiği sürekli gelişme ve güçlü yönlerini oluşturan işletmeye özgü özellikleri devam ettirebilmeyi amaçlamaktadır. BSC'da önemli olan amaçlar, hedefler, faaliyetleri ve ölçümleri sayısal olarak ifade etmek, buna göre öncelik ve puan oluşturmak mümkün olmaktadır (Bekmezci, 2010: 209).

### **3.2.1. Sağlık Kurumlarında Balanced Scorecard Kavramı**

Dengeli Puan Cetveli anlamına gelen ve ülkemizde sağlık kurumlarında yapılan faaliyetlerin performansının ölçülmesi amacı ile kullanılan Balanced Scorecard kavramı, yalnızca sağlık sektörü için değil, her büyüklükteki işletme için kullanılabilir bir yöntemdir (Tarım, 2004: 233).

Balanced Scorecard, her kurumda uygulanabilir. Ancak elbette sağlık kurumları kâr amacı güden diğer organizasyonlardan farklı olduğu için, BSC sistemi de bu inisiyatifler doğrultusunda uyarlanmalıdır. Sağlık kurumlarında temel amaç "sağlıklı olmayı sağlamak" olsa da, günümüzde insanların sağlık kurumlarında daha rahat hissetmeleri, bilinçlenmeleri ve duygusal bakımdan da anlaşılır olarak beklentilerine cevap verilmesi gibi unsurlar yeni stratejiler arasında yer almaktadır. Teknolojik alandaki gelişmeler sağlık alanında her geçen gün daha başarılı sonuçlar alınmasına yardımcı olsa dahi günümüzde hala sağlık sisteminin daha kaliteli olması için ana kaynak insandır ve insan odaklı yatırım yapılmalıdır. Toplumun da bilinçlenmesi ile beraber sağlık kurumları konusunda beklentilerin artması, bu kurumların idarelerinde değişimleri de zorunlu hale getirmiştir ve sağlık hizmetlerinin yeni düzene ayak uydurulabilmesi için insan unsuru oldukça önemlidir (Karsavuran, 2013: 82).

### 3.2.2. Sağlık Kurumlarında Balanced Scorecard'ın Amacı, Boyutları

Kamu kurumlarında BSC sisteminin kurulması oldukça zorlu bir süreçtir. Çünkü bu kurumlarda “müşteri” kavramı mevcut değildir ve belirsizlik vardır. Bunun yanı sıra iştirakçileri de belirsiz olan kamu kurumlarında, sistemden doğrudan etkilenen birden fazla küme mevcuttur. Örneğin devlet, sivil toplum kuruluşları, hizmet alıcılar, çalışanlar ve pek çok bileşen kamu kurumlarını oluşturan kavramlardır ve Dr Philip Barden tarafından UK National Health Service (NHS) İngiltere Ulusal Sağlık Servisi için yapılan bir araştırmada özel sektör işletmeleri ve sağlık kurumları için gerçekleştirilen BSC uygulamalarında büyük farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Yazar, söz konusu sistemin bir sağlık kurumu için kurulması aşamasında öncelikle etkilenen tüm kümelerin net biçimde belirlenmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır. Bunun yanı sıra organizasyonun kendi içinde ve dışarı ile nasıl iletişim kurduğu, hangi yöntemleri kullandığı ve hangi temel faaliyetlerde performans ölçümünün gerçekleştirilmek istendiği konularının da açıkça ortaya konulması gerektiğini belirtmektedir. Çünkü özellikle sağlık kurumlarında ve hatta diğer kamu kurumlarında, özel sektörde olduğu gibi her alanda performans ölçümü yapmak mümkün değildir. Kaynak kullanımı konusunda performans ölçümü yaparken diğer taraftan öncelikli hastalığı iyileştirme faaliyetlerinin belirlenememesi, sağlık kurumlarındaki tedavi süreçlerinde ve hastalar arasında bir önceliğin mevcut olmaması, BSC kavramının her faaliyet için yapılmasının da önüne geçmektedir (Murby ve Gould, 2005: 19).

Sağlık kurumlarında olduğu gibi, Balanced Scorecard her organizasyonda kullanılabilir bir sistemdir. Sağlık kurumlarının temel amacı insandır ve odak noktasında da toplumun sağlıklılık haline katkı sağlamak bulunmaktadır. Ancak dengeli puan kartı sayesinde nerede ve nasıl daha fazla insana sağlık hizmetinin ulaştırılacağı daha kolay saptanabilmektedir. Elbette sağlık sektörü için, önceliklerin diğer sektörlere oranla daha belirsiz olmasından dolayı Dengeli Puan Kartı sisteminde bazı uyarlamalar yapılmalıdır.

Sağlık hizmetlerine daha fazla değer katmak, strateji belirleyerek finansal verimliliği en üst boyuta taşımak için kullanılan Balanced Scorecard sistemi, hasta ve yakınlarının memnuniyetinin de yükselmesini hedeflemektedir. *Günümüzde halkın kamu ve özel sağlık kuruluşlarından sınırsız ve sistematik olarak yararlandırılması, kaliteli sağlık bakımı hizmeti, bilgi teknolojisinin sağlık sistemine uyarlanması, hasta güvenliği, müşteri memnuniyetinin birincil önemde yer alması gibi çalışmalar gittikçe artırılarak sürdürülmektedir ve BSC sisteminin bunun üzerinde büyük etkisi vardır* (Karsavuran, 2013: 81).

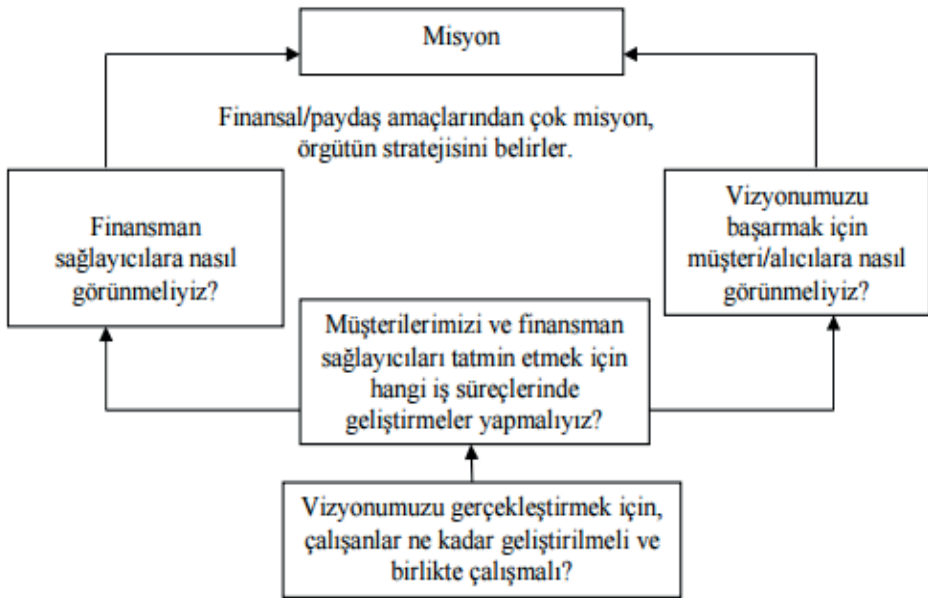
### 3.2.3. Sağlık Kurumlarında Balanced Scorecard'ın Tasarımı, Uygulama Aşamaları

Dengeli puan kartı (BSC) diğer kurumlarda olduğu gibi sağlık kurumlarında da kullanılabilir ancak bunun sektörün özelliklerine göre uyarlanması oldukça önemlidir. Sağlık, sürekli gelişen ve teknoloji ile desteklenen bir sektördür bunun

yanı sıra insan unsuru da oldukça önemlidir. Kurumlara başvuran hastaların psikolojilerinin anlaşılabilmesi ve onlara sağlıkları konusunda yeterli bilginin verilmesi için teknik eğitimin yanı sıra örgüt çalışanlarının psikolojik açıdan da bilinçlendirilmesi şarttır. Bu nedenle BSC sisteminin belki de en önemli boyutu sağlık hizmeti veren kurum içindeki “öğrenme ve gelişme boyutu”dur. Öğrenme ve gelişme boyutu ile iç iş süreçlerinde dengenin sağlanması bunun yanında örgüt içinde doğru stratejiyi geliştirmek, vizyon oluşturmak ve örgüt içindeki iletişimi güçlendirmek daha mümkün hale gelmektedir.

Burada öncelikle kâr amacı gütmeyen kurumlarda performans yönetiminin ve Balanced Scorecard’ın nasıl uygulanacağı konusunda bilgiye ihtiyaç vardır.

**Şekil 3-4.** Kar Amacı Olmayan Organizasyonlarda Balanced Scorecard Uygulaması



**Kaynak:** Karsavuran, 2013: 84.

Sağlık hizmeti veren kurumlarda kâr amacı söz konusu olsa da, Dengeli Puan Kartının uygulamaları Şekil 3-4’de belirtildiği sistem üzerinden devam etmektedir. İşletme, misyon ve vizyonu temel alan bir strateji belirlemede ve bunları başarmak için neler yapması gerektiğini sorgulamaktadır. Müşteriler yerine hastalar ve yakınlarının bulunduğu sistemde, onların memnuniyetinin nasıl yükseltileceği sorusuna yanıt aranmaktadır. Diğer taraftan eldeki kaynakların en fazla verimle kullanılmasının yöntemleri araştırılmaktadır. Sağlık kurumları, finans sağlayıcı organlar (yönetim kurulu, hastane idaresi ve/ya devlet) ve hastalar ile yakınlarına nasıl bir imaj oluşturmaları gerektiğine de BSC sistemi sayesinde karar vermektedirler.

Zelman ve arkadaşları 2003 yılında yaptıkları bir çalışmada BSC sisteminin sağlık kurumlarında kullanımı esnasında ne tür değişikliklere gidilmesi gerektiğini listelemişlerdir (Zelman ve ark., 2003: 14):

- i. Sağlık hizmetlerinde BSC sistemini kullanmak mümkündür ancak bu sistemin sağlık sektörünün önceliklerini göz önünde bulundurarak uygulanması gerekmektedir.
- ii. Dünya genelinde pek çok sağlık kurumu BSC sistemini benimsemiş ve bu sayede çalışanların ve hastaların memnuniyet düzeyini arttırmayı başarmıştır.
- iii. BSC sistemi sayesinde sağlık kurumlarındaki öncelikli hedefler sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir hale getirilmesi ve bilginin artırılmasına yöneliktir.
- iv. BSC sistemi sağlık kurumları arasındaki rekabeti de arttıran bir unsurdur. Bu sayede teknoloji ve bilgi bakımından kurumları daha donanımlı olmaya itmektedir.
- v. Sağlık kurumlarında bilgiye olan ihtiyacı da arttıran BSC sistemi getirildiğinde organizasyonun stratejik hedeflerine çalışanların bilgiye ulaşımını kolaylaştıracak etkenler eklenmelidir.
- vi. Sağlık kurumlarında analiz ve hizmet yöntemleri diğer sektörlerle göre farklılık gerektirdiğinden, BCS uygulamaları esnasında ölçümlerin de buna uygun biçimde yapılması gerekmektedir. Çalışanların performansları rakamlar ile puanlanırken diğer tarafından yapılan müdahalelerin önceliklerinin ve uygunluğunun da gözlemlenmesi önemlidir.

### **3.2.4. Sağlık Kurumlarında Balanced Scorecard Üzerine Yapılan Çalışmalar-Literatür Araştırması**

Zelman ve arkadaşları BSC sisteminin kâr amacı gütmeyen kurumlarda ve sağlık kurumlarında nasıl uyarlanması gerektiği konusunda yaptıkları 2003 yılındaki araştırmalarında bu sistemin sağlık sektörüne uygun olduğunu ancak performans değerlendirmeleri esnasında yalnızca puanlara değil müdahalelerin gerekliliğine ve uygunluğuna da bakılması gerektiğinin önemini vurgulamışlardır (Zelman vd., 2003: 14-15).

2004 yılında Mehveş Tarım tarafından yapılan bir çalışmada sağlık kurumlarında BSC uygulamalarına yer verilmiştir. Genel yargının üretim sektörlerinde BSC kullanılması gerektiği olduğunu belirten yazar, sağlık kurumlarında da stratejilerin geliştirilerek hasta ve çalışanlarının memnuniyet düzeylerinin artırılacağını ve bu konuda performans yönetiminin uygulanmasının akılcı olduğunu belirtmiştir. Diğer taraftan yazar özellikle işletme içindeki çalışan bilincinin yükseltilmesi ve mesleki eğitim düzeyinin geliştirilmesi için Balanced Scorecard sisteminin oldukça faydalı olduğu görüşünü savunmuştur (Tarım, 2004: 233).

2009 yılında Özer tarafından performans yönetimi uygulamaları üzerine bir alan yazın araştırması yapılmış ve kamu kurumlarındaki sistemler kıyaslanmıştır. Yazar ülkemiz içindeki kamu kurumlarının tamamında tek tip bir performans ölçüm

sisteminin getirilmesi gerektiğini, bu sayede kurumlarda çalışan personelin hesap verme ve sorumluluk duygularının arttırılacağını belirtmiştir. BSC sisteminin performansı yükseltmesinin yanı sıra kurum içinde saydamlığı da arttırdığı araştırmacının diğer bulguları arasında yer almaktadır (Özer, 2009: 3).

Mousakhani vd. çalışmalarında bulanık analitik hiyerarşi yöntemini kullanarak operasyonel bağlamda Balanced Scorecard'ın bir eksikliği olarak görülen ölçüm sorununu çözmeyi amaçlamışlardır. Bulanık analitik hiyerarşi yöntemi ile balanced scorecard'ın 4 boyutuna ilişkin hesaplamalar yapılmış ve 5 hastane bu yöneme göre ölçülen performansları ile derecelendirilmiştir. Çalışmada ilk olarak, sorular ve beyin fırtınası yöntemleri ile balanced scorecardın 4 boyutu ile ilgili göstergeler belirlenmiştir. Bu kapsamda finansal boyuta ilişkin 2 gösterge (gelir ve maliyet yönetimi, verimlilik), müşteri boyutuna ilişkin 3 gösterge (dış ilişkiler, eğitim ve tıbbi bakım servislerinin gelişimi, pay sahiplerinin memnuniyeti), iç süreçler boyutuna ilişkin 5 gösterge (servis kalitesinin artırılması, servis hizmet sunum hızı, daha iyi güvenlik, müşteri yönetim süreçleri, yenilik süreçleri), gelişim ve büyüme boyutuna ilişkin 6 gösterge (işe alım ve profesyonel yönetim, yetkilendirme, bilgi ve iletişim teknolojileri takviyesi, sistem desteği-yöntemler ve yenilik, kurum kültürü gelişimi, biyo-çevre(çevrecilik) yönünü geliştirme) belirlenmiştir. Balanced scorecard boyutlarına dayanılarak belirlenen 16 gösterge yine beyin fırtınası ve anket yöntemleri ile değerlendirilmiş böylece elde edilen sonuçlar Chang'in bulanık mantık yöntemiyle bulanıklaştırılarak analiz edilmiştir. Belirlenen göstergeler ışığında her bir hastanenin ağırlığı hesaplanmış ve hastaneler buna göre derecelendirilmiştir. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre balanced scorecard yönteminin yanı sıra derecelendirme yöntemi de hastanelerde etkin yönetim için kullanılabilir bir yöntemdir (Mousakhani vd., 2010).

Feili vd. çalışmalarında bilgi teknolojilerinin birçok alanda kolaylıkla ölçülemeyen fonksiyonları olmasından hareketle bilgi teknolojilerini balanced scorecard ve bulanık analitik hiyerarşi yöntemlerine dayanarak değerlendirmişlerdir. Bulanık analitik hiyerarşi süreci balanced scorecardın 4 boyutu ile ilgili bilgilerdeki belirsizlikleri açıklamak için kullanılmıştır. Çalışma kapsamında bilgi teknolojileri uzmanları ile yapılan görüşmeler neticesinde balanced scorecardın 4 boyutunu ilgilendiren 14 temel performans göstergesi belirlenmiştir. Daha sonra bu göstergelerin bulanık kriterlere göre derecelendirilmesi yolu ile daha etkin bir bilgi teknolojileri sisteminin kurulabilmesi için yöneticilere bulanık bilgi teknolojileri modeli önerisinde bulunulmuştur (Feili vd., 2011).

Grigoroudis vd. çalışmalarında balanced scorecard metodolojisini kullanarak kamu sağlık kuruluşlarında sağlık sektörünün karakteristik özelliklerine uygun bir performans ölçüm sistemi geliştirmeyi amaçlamışlardır. Önerdikleri sistem sektör kalitesi için önemli finansal, finansal olmayan göstergeleri, iç ve dış müşteri memnuniyetini, organizasyonun kişisel gelişimini ve organizasyonun adaptasyonu



ile teminin kullanıldığı, belirlenen stratejik hedeflerin başarısı ile ilgili organizasyon yönetiminin tercihlerini dikkate alan MCDA yaklaşımına dayanmaktadır. Çalışmada elde edilen sonuçlar önerilen yaklaşımın balanced scorecardın her bir boyutu ile ilgili genel puan değerlendirmesinin yanında performansın değerlendirilebileceğini ve organizasyonun günlük faaliyetlerinde modern yaklaşımlarla etkili bir yönetim yapabileceklerini göstermektedir. Finansal boyut ile ilişkili olarak en önemli anahtar performans göstergeleri cari oran ve stok devri, göreceli olarak daha önemsiz anahtar performans göstergeleri borç oranı ve faaliyet giderlerinin faaliyet gelirlerine oranıdır. Müşteri boyutu ile ilişkili olarak en önemli anahtar performans göstergeleri hasta memnuniyet indeksi ve ortalama hastanede kalış süresi, göreceli olarak daha önemsiz anahtar performans göstergeleri hasta şikâyetleri, diğer hastanelere sevk etme yüzdesi ve yeniden hastaneye kabul yüzdesidir. İçsel işletme süreçleri boyutu ile ilişkili olarak en önemli anahtar performans göstergeleri fazla envanter ve yatak doluluk oranı, göreceli olarak daha önemsiz anahtar performans göstergeleri çalışan memnuniyeti indeksi, çalışan sadakati/elde tutma indeksi ve işe gelmeme indeksidir. Öğrenme ve büyüme boyutu ile ilişkili olarak en önemli anahtar performans göstergesi bilgi teknolojisi/sermayeye kaynak dağılımı, göreceli olarak daha önemsiz anahtar performans göstergesi konferanslara katılan sağlık personeli yüzdesidir. (Grigoroudis vd., 2012).

McDonald tarafından 2012 yılında yapılan bir çalışmada sağlık kurumları üzerinde BSC uygulamalarının geçerliliği araştırılmıştır. 1991 yılından 2011 yılına dek sağlık kurumlarının verimlilik performansının nasıl geliştiğinin incelendiği çalışmada, her organizasyonun kendisine has özelliklerinin bulunduğunu, buna uygun olarak öncelik ve amaçlarının dışında, çalışanların motivasyon ve verimlilik düzeylerinin değiştiği vurgulanmaktadır. Yazar, sağlık kurumlarında öncelik ve amacın sağlık olmasına rağmen ülkenin, onun bulunduğu yerin yapısına göre yönetim stratejilerinin değiştiğini belirtmektedir (McDonald, 2012: 27-28).

Çınaroğlu ve Şahin çalışmalarında özel ve kamu hastanelerinin kalite, maliyet ve finansal performanslarını hastane yöneticilerinin görüşlerine göre karşılaştırmışlardır. Çalışmada maliyet performansı (yatan hasta maliyetleri, çalışan verimliliği ve kapasite kullanımı) ve kalite performansı (klinik kalite, hasta memnuniyeti, hasta taleplerinin karşılanması, hasta şikâyetlerinin yanıtlanması) üçer soru ile ve finansal performans (pazar payı büyüklüğü ve dönem net karı) iki soru ile ölçülmüştür. Bu kapsamda anket yöntemiyle 90 hastane üst yöneticisinin görüşleri toplanmış ve özel hastanelerin kamu hastanelerine göre daha yüksek performans gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre özel ve kamu hastaneleri yöneticilerine göre en fazla farklılık görülen performans alt boyutunun finansal performansın alt boyutlarından dönem net kârı olduğu görülmüştür. (Çınaroğlu ve Şahin, 2012)

Lin vd. ameliyathaneler için performans değerlendirme sistemi oluşturmak ve yöneticilerin subjektif yargılarını işletme için yararlı bilgiye dönüştürebilmek

amacıyla yaptıkları çalışmalarında ameliyathane performansını değerlendirebilmek için çoklu stratejik amaçlara ulaşmayı kolaylaştıran Balanced Scorecard modeli ve bulanık dilsel metodu kullanmışlardır. Önerilen performans değerlendirme metodu için çalışmada ilk olarak Balanced Scorecard'ın finansal (6 gösterge), müşteri (9 gösterge), içsel işletme süreçleri (9 gösterge) ve öğrenme-büyüme (8 gösterge) boyutları çerçevesinde ameliyathane uzmanları, hastane yöneticileri ve araştırmacıların görüşlerine dayanarak ameliyathanelerin kabul edilebilir performanslarını ölçmek için bir Balanced Scorecard modeli geliştirilmiştir. Daha sonra geliştirilen model yapısı performans ölçümü ve geliştirme için bulanık dilsel sistem ile entegre edilmiştir. Yapı bulanık dilsel sisteme entegre edilirken ameliyathane uzmanları (2 kişi), hastane yöneticileri (3 kişi) ve araştırmacılar/akademisyenler (2 kişi) hastaneyi her bir gösterge için 5'li likert (çok kötü, kötü, adil/makul, iyi çok iyi) ölçeğiyle değerlendirmişlerdir. Bulanık ağırlıklar belirlendikten sonra göstergeler bazında ve toplam olarak ameliyathanenin performansı hesaplanmıştır. Önerilen model yöneticilere her günkü uygulamalarda modern yönetim yaklaşımlarını benimsemeleri ve stratejilerini değerlendirip yeniden düzenlemeleri için imkân tanımaktadır. Geleneksel performans değerlendirme yöntemleri ile karşılaştırıldığında bulanık dilsel yöntemin pek çok avantajı vardır: Performans gösterge sistemi ve performans değerleri pek çok uzmanın görüşü dikkate alınarak belirlenir. Hiyerarşik BSC performans sistemi sayesinde amaçlar, yönetim ve personel arasında güçlü bir iletişim haritası oluşturulur. Bulanık dilseller sayesinde çok kesin olmayan görüşlerin bildirilmesi imkânına kavuşulur. (Lin vd., 2013).

Yıldız vd. çalışmalarında stratejik yöntem ve performans değerlendirme amacıyla özel hastanelerde kullanılacak BSC'nin boyutlarını ve boyutlar altındaki amaçları örnek olay üzerinden belirlemişlerdir. Hem orta kademe yöneticilerden toplanan veriler hem de Hastane Hizmet Kalite Standartları ile ilgili raporlardan elde edilen veriler değerlendirilmiştir. İçerik analiziyle elde edilen veriler yorumlanarak hastaneler için BSC boyutları, boyutlar arasındaki ilişkiler ve amaçlar belirlenmiştir. Analizler sonucunda özel hastaneler için geliştirilen BSC modeline göre finansal boyut için 8 amaç, iş gören boyutu için 7 amaç, müşteri boyutu için 7 amaç, iç süreçler boyutu için 8 amaç ve gelişim ayrıca yenilik boyutu için de 5 amaç belirlenmiştir (Yıldız vd., 2013).

Santos vd. çalışmalarında Brezilya'nın orta ölçekli bir Güneydoğu kasabasında halk sağlığı sisteminin 3 tane ana sağlık biriminin performans değerlendirmesinde BSC ve analitik ağ sürecini uygulamışlardır. Çalışmada müşteri, finansal ve iç süreçler olmak üzere üç boyut dikkate alınmıştır. Finansal boyut altında faaliyet giderleri ile doktor ve çalışan sayıları, müşteri boyutu altında tıbbi yardımın kalitesi, idari yardımın kalitesi, iç süreçler boyutu altında ise çalışma koşulları ve kariyer fırsatları kriterleri değerlendirilmiştir. Belirlenen kriterler bağlamında hem

halk sağlığı biriminin BSC boyutları, hem de 3 ana sağlık biriminin birbirlerine göre değerlendirilmesi için ANP süreci uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre tüm kriterler bağlamında üçüncü ana sağlık birimi en yüksek performansa sahip bulunmuştur. Bu birimin en iyi performansı ise finansal performans olarak görülmektedir. Çünkü birimde az sayıda doktor ve işçi çalışmakta, ayrıca ameliyatlara için daha az harcama yapılmaktadır. Sonuçların hiyerarşik olarak verilmesi ve BSC sisteminin uygunluğu şehir yönetimi için daha reel sonuçları ortaya çıkarmıştır (Santos vd., 2014).

Koncitikova, Culik ve Stankova 2014 yılında yaptıkları çalışmalarında sağlık kurumlarında Balanced Scorecard uygulamaları hakkında araştırma yapmışlardır. Sağlık sistemleri üzerindeki iyileştirmelerin tüm dünyada önemli bir yere sahip olduğunu belirten yazarlar, yalnızca hastaneler değil sağlık alanında hizmet veren pek çok kurum üzerinde Tomas Bata Üniversitesi tarafından geliştirilen BSC uygulama metodunun geçerliliğini araştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda BSC sisteminin sağlık sektörüne uygun, strateji geliştirme konusunda onların görüş açılarını genişleten bir sistem olduğu sonucuna varmışlardır (Koncitikova vd., 2014: 197).

Lin vd. çalışmalarında BSC uygulamalarının mevcut durumu ve Çin'deki kamu hastanelerinin performansları üzerine etkilerini incelemeyi amaçlamışlardır. Araştırmacılar çalışmada BSC uygulamalarının Çin'deki kamu hastanelerinin performansı ve sağlık hizmeti uygulayıcılarının memnuniyeti üzerine etkisi konulu iki temel hipotez belirlemişlerdir. Çalışmada anket yöntemiyle elde edilen veriler tek ve çok değişkenli regresyon analizi yöntemleriyle değerlendirilmiştir. Literatürdeki benzer çalışmalar dikkate alınarak hastanelerdeki mevcut BSC uygulamaları düzeyi 4 temel başlık altında (BSC'yi benimseme(me), kabul etme(me) BSC1; BSC performans ölçütlerinin kullanımı BSC2; BSC performansının teşvik veya ödüllerle bağlantısı BSC3; BSC uygulamalarının kapsamı BSC4), BSC uygulamalarının çıktıları ise 2 temel başlık (Organizasyonel performans ve Kişisel/fiziksel performans) altında incelenmiştir. Analizler sonucunda katılımcıların %83'ü BSC'nin hastanelerinde kabul edildiğini belirtmişlerdir. BSC'nin organizasyonel ve kişisel performansı artırmaya katkıda bulunduğu, operasyonel faktörlerden, teknolojik kaliteden ve tıbbi kaynaklardan etkilenen hastane performansı üzerine pozitif etkisi olduğu bulunmuştur (Lin vd., 2014).

Yılmaz ve Erden çalışmalarında sağlık hizmetlerinde balanced scorecardın uygulanabilirliğini incelemişlerdir. Çalışmada ulusal ve yabancı hastanelerin balanced scorecard yapıları örneklendirilmiş ayrıca sağlık hizmeti sunumunda balanced scorecardın boyutları literatür bağlamında incelenmiştir (Yılmaz ve Erden, 2015).

Nazaripour çalışmasında balanced scorecard kullanan hastanelerin performans ölçüm kriterlerini tanımlayıp derecelendirmeyi amaçlamıştır. Anket yöntemiyle elde

edilen veriler çeşitli istatistiksel testlerle değerlendirilmiştir. Çalışmada balanced scorecardın 4 boyutu için toplam 38 kriter yöneticiler, birim sorumluları vb. uzman kişilerce 5’li likert ölçeğine göre değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre finansal boyut için sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltmak ve daha fazla müşteri çekmek; iç süreçler boyutu için düzenli bir organizasyon şemasına sahip olmak, personel güvenlik standartlarının iyileştirilmesi ve yeterli imkânlarla sahip olmak; öğrenme ve gelişme boyutu için çalışanların motivasyonunu sağlamak; müşteri boyutu için de müşteri memnuniyeti ve hastalara saygılı muamele kriterlerinin diğer kriterlere göre yüksek derecede öncelik ve öneme sahip olduğu bulunmuştur. Balanced scorecard boyutlarının derecelendirilmesi sonucunda ise 4 boyutun sağlık hizmetlerindeki önemi sırasıyla iç süreçler, finansal göstergeler, öğrenme ve gelişme, müşteri boyutu şeklinde bulunmuştur (Nazaripour, 2015).

Muyeshi balanced scorecard uygulamalarında karşılaşılan zorlukları belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında hem yöneticilerle yapılan görüşmeler sonucunda elde ettiği birincil verileri, hem de finansal göstergeler, stratejik plan gibi kaynakların incelenmesi sonucu elde ettiği ikincil verileri tanımlayıcı istatistikler ve içerik analizi kullanarak değerlendirmiştir. Araştırma sonuçlarına göre mevcut organizasyon yapısı yöneticiler arasında zayıf iletişim ve geç karar verme yönüyle, kaynak dağılımı finans, insan kaynakları ve malzeme faktörlerinin önem sıralamasının belirlenememesi yönüyle, işletme kültürü değişime direnç gösterme, bilinmeyenden korkma ve çalışanların kamu çalışanı gibi işlerini müşteri anlayışıyla değil duygusal olarak yürütmeleri yönüyle, paydaşlar farklı paydaşların farklı beklentilerinin olması yönüyle, balanced scorecardın derecelendirilmesi kurumsal hedefleri genelden bireysel hedeflere dönüştürebilmek yönüyle balanced scorecard uygulamalarında karşılaşılan zorluklar olarak bulunmuştur (Muyeshi, 2015).

Broccardo sağlık hizmetlerinde kalite ve maliyetleri stratejik olarak yönetmede balanced scorecard’ın öneminden hareketle yaptığı çalışmasında 1992-2012 yılları arasında İtalyansağlık hizmetlerinde BSC ile yapılan çalışmaların literatür bağlamında derinlemesine değerlendirilmesini ve bir vaka çalışmasıyla BSC uygulamasının benimsenmesine bağlı konuları anlamayı amaçlamıştır. Çalışma kapsamında ulaşılan yayınlar incelenmiş ve “İtalyan hastanelerinde BSC uygulamalarında hangi boyutlar kullanılıyor?”, “İtalyan hastanelerinde BSC uygulamalarında hangi göstergeler kullanılıyor?” ve “İtalyan hastanelerinde BSC uygulamalarında BSC’nin hangi nesli kullanılıyor?” soruları araştırılmıştır. Çalışma sonunda elde edilen bulgulara göre İtalyan hastanelerinde BSC’nin 4 temel boyutu da kullanılmakta ve bunlar içerisinde ekonomik ve finansal boyut çıktıları açısından en önemli olarak görülmektedir. Uygulamalarda tüm hastaneler genelinde finansal boyut için toplam 28 gösterge, müşteri boyutu için toplam 49 gösterge, iç süreçler boyutu için toplam 42 gösterge, çevre ilişkileri boyutunda toplam 7 gösterge ve öğrenme ve gelişme boyutunda ise toplam 27 gösterge olduğu görülmüştür. Buna göre her ne kadar

finansal boyut önemli görülse de incelenen hastanelerde memnuniyet bağlamında müşteri boyutu ile kalite ve zaman bağlamında iç süreçler boyutunun öncelikli olarak dikkate alındığı söylenebilir. Bununla birlikte İtalyan hastanelerinde BSC araçlarının strateji uygulamaları ve sonuçların değerlendirilmesi için bir yönetim aracından ziyade hastane faaliyetlerini kontrol amacıyla kullanıldığı ve birinci nesil BSC uygulamalarının aktif olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde vaka karmaşıklığı açısından İtalya’da üçüncü sırada bulunan ve BSC’yi uygulamaya çalışan bir hastanenin stratejik haritası ile uygulama süreci görüşme yöntemiyle incelenmiştir. İncelemeler sonunda hastanenin önem sıralamasına göre sırasıyla ekonomik ve finansal boyut, organizasyonel ve süreçler boyutu ile uygunluk ve kalite boyutu olmak üzere BSC’nin 3 boyutunu dikkate aldığı görülmüştür. Hastane BSC’yi süreçleri kontrol amacıyla kullanmaktadır. Finansal boyut altında maliyet kısıtlama, faaliyetler seviyesinin değerlendirme, faaliyetlerin değerini koruma anahtar faktörleri için 6 kritik performans göstergesi, süreçler boyutu altında süreç etkinliği, taburcu etme kalitesi, personel varlığı derecesi anahtar faktörleri için 6 kritik performans göstergesi, kalite boyutu altında yapının uygun kullanımı, tedavi edilen vakaların karmaşıklığı, faaliyet düzeyini koruma anahtar faktörleri için 4 kritik performans göstergesi belirlenmiştir. İncelenen hastanenin BSC uygulamalarının İtalya’nın geneli ile paralel olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Broccardo, 2015)

Uçkun ve Şahin çalışmalarında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK)’nda performans değerlendirme, ek ödeme ve görevden alma /yeniden atanma sürecinde esas alınan Verimlilik Karnesi yaklaşımı ile Balanced Scorecard yaklaşımını karşılaştırmalı olarak analiz etmişlerdir. TKHK’u balanced scorecardın dengeli ölçüm setine; kaynak kullanımı, sağlık bakanlığı politika ve hedeflerini de ekleyerek ülkemiz sağlık şartlarına uygun verimlilik modeli oluşturmuştur. Verimlilik karnesi Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Mali Hizmetler Yönetimi ve İdari Hizmetler Yönetimi boyutlarında şekillenmiş ve buna sahada yapılan yerinde değerlendirme uygulamaları ve birlik hedeflerinin de eklenmesiyle kurumların verimlilik karneleri oluşturulmuştur (Uçkun ve Şahin, 2016).

### **3.3. Hastane Performansı Ölçüm Modeli Dünya Sağlık Örgütü PATH Yaklaşımı**

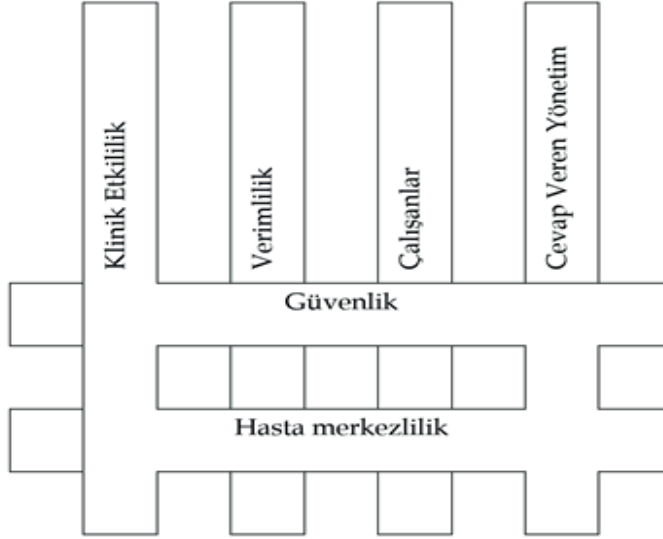
PATH Hastanelerde Kalite Geliştirme İçin Performans Değerlendirme Araçları Projesi (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals) anlamına gelmektedir. Bu projede temel amaç sağlık kurumlarından elde edilen verilerin bir merkezde toplanması ve kıyaslanmasıdır. Bu sayede aynı gruptaki hastaneler arasında rekabet arttırılırken diğer taraftan da hizmet kalitesi yükseltilmektedir. 2003 yılında başlatılan bu projenin yürütücüsü Dünya Sağlık Örgütü Bölge Ofisi’dir ve projenin klinik etkililik, etkenlik, çalışan oryantasyonu, sorumlu yönetim şeklinde boyutları vardır. Güvenlik ve hasta merkezli olma da

yine projenin önemli boyutları arasında yer almaktadır. PATH'in indikatörleri ise şu şekilde sıralanmaktadır (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Verimlilik Daire Başkanlığı, 2008: 8):

- i. *C/S oranı*
- ii. *İnme (hemorajik yada iskemik) nedeniyle başvuran ve 30 gün içinde aynı hastanede ortaya çıkan mortalite oranı.*
- iii. *Akut Myokard Infarktusu nedeniyle başvuran ve 30 gün içinde aynı hastanede ortaya çıkan mortalite oranı.*
- iv. *Post-operatif tromboembolizm veya derin ven trombozu oranı. • Kan ürünleri kullanma oranı*
- v. *Günübirlik cerrahi oranı*
- vi. *Sigarasız hastanelerin Avrupa Network'ünde kendilerini değerlendirme skoru.*
- vii. *Doğumdan taburculuğa kadar anne sütü almayan bebek oranı*
- viii. *AMI geçiren hastaların taburculuğunda aspirin reçete edilme oranı*
- ix. *Klinik rehberlere uygun profilaktik aspirin kullanma oranı*
- x. *Hastanede kalma süresi (LOS)*
- xi. *Ameliyathane kullanma performansı*
- xii. *Enjektör yaralanmaları*

Hastane Performans Ölçüm Modeli'ne göre hastanelerin birbiri arasında kıyaslanması ve gelişen sağlık sistemine kolay uyum sağlamaları amaçlanmaktadır. Bu sistem sayesinde hastanelerin kendi verilerini görmeleri ve kendi gelişmişlik durumlarını algılamaları mümkün hale gelmektedir. PATH sayesinde kalite geliştirmek ve uluslararası düzeyde standartları yakalamak da olası durumdur.

Şekil 3-5. Hastane Performansı için PATH Teorik Modeli



**Kaynak:** Tengilimoğlu ve Kocakoç, 2015

Sağlık sistemleri için getirilen PATH Projesinin boyutları şekil 3-5’de verilmektedir. Buna göre;

#### **I. Klinik Etkililik**

Bu performans boyutu, hastanenin kendi verilerini kullanarak hasta memnuniyetini ve servis kalitesini yükseltmeyi hedeflemektedir. Buna göre doğru hizmet dağılımı ve doğru kaynak kullanımı sağlanarak en fazla yarar sağlanmaktadır.

#### **II. Verimlilik**

Eldeki kaynaklardan en yüksek verimliliği elde etmeye odaklanan bir performans boyutudur. Buna göre hizmetlerin uygunluğu, girdiler, doğru teknolojinin kullanılması verimliliğin alt boyutlarıdır.

#### **III. Cevap veren yönetim**

Hastanelerde sağlık hizmetleri sunulurken diğer taraftan personel ile yöneticilerin hasta ve yakınlarını anlaması, onları doğru yönlendirmesi gerekmektedir. Vatandaşlar arasında ayırım yapmadan onlara hizmet vermek ve toplumu doğru sağlık uygulamaları konusunda bilinçlendirmek bu performans boyutunun amaçları arasındadır.

#### **IV. Güvenlik**

Hastanelerde hem hastaların hem de çalışanların çevreye zararlı durumlardan sakınılmasını hedefleyen performans boyutudur. Hasta ve personel güvenliğinin sağlanması çevre güvenliği bu performans ölçütünün alt boyutlarını oluşturmaktadır.

## **V. Hasta Merkezlilik**

Hastaların memnuniyetini ve sağlık durumlarını hastanede verilen hizmetlerin odağına yerleştiren, onların mahremiyetlerine, inanç ve tercihlerine saygı duyulmasını sağlayan alt performans boyutudur.

### **3.4. Sağlık Kurumları Performans Ölçümünde Karar Destek Sistemleri ve İş Zekâsının Rolü**

Sağlık kurumlarında değişen teknoloji ve toplumsal yapının yanı sıra doğru, etkili ve verimli sağlık hizmetinin verilebilmesi için bilginin toplanması, doğru biçimde depolanması ve tasnif edilmesi büyük öneme sahiptir. Sağlık kurumları yaptıkları uygulamalara bakarak veri depolamayı gerçekleştirmeli, yanlış ve bilgi kirliliğine neden olacak verileri ayıklamalı böylece kendileri için bir bilgi merkezi oluşturmalarıdır. Bu bilgilere dayanılarak karar verme sistemleri desteklenmektedir ve buna “iş zekâsı” adı verilmektedir. İş zekâsı, bilgi birikimi ve teknolojik destek unsuru ile çalışmakta ve stratejiler doğrultusunda yüksek performansın sağlanması için doğru kararlar vermeyi amaçlamaktadır. Organizasyonun potansiyelini bilerek bunu geliştirmek ve doğru stratejileri geliştirmek için sağlık hizmeti veren kurumların yöneticileri iş zekâlarını kullanmaktadırlar. Performans ölçümü, veri depolanması, potansiyelin keşfedilmesi ve daha iyi halde gelmek için strateji geliştirilmesini, özetle iş zekâsının oluşmasını desteklemektedir (Koyuncugil ve Özgülbaş, 2009: 25-26).

Sağlık kurumlarında iş zekâsı sistemleri birer karar destek modeli olarak kullanılmaktadır. Bu modeller, kurumsal performansın ölçülmesi, izlenmesi, yönetsel süreçlerde verilecek kararlar için bilgi sağlama gibi amaçlarla kurumsal performans yöntemleri üzerine şekillendirilmiştir. Günümüzde stratejik yönetim sürecinin temel dayanağını oluşturan iş zekâsı karar destek sistemi modellerinden en popüler olanlarından bir tanesi de balanced scorecard modelidir. Kendi kurumları için bu modeli oluşturup etkin olarak kullanan bazı sağlık kurumlarının kurumsal karne bileşenleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir:



Tablo 3-4. Sağlık Kurumlarında Balanced Scorecard Örnekleri

KURUM	BALANCED SCORECARD BİLEŞENİ				
		Finansal Boyut	Müşteri Boyutu	İç Süreçler Boyutu	Öğrenme ve Gelişme Boyutu
HUMBER RIVER HASTANESİ (Kanada)	ANAHTAR PERFORMANS GÖSTERGELERİ	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Bakım hastalarında alternatif seviye yüzdesi</li> <li>*Üretken saatlerin %'si olarak toplam mesai</li> <li>*Hemşireler için serviste çalışılan saat yüzdesi</li> <li>*Devamsızlık oranı</li> <li>*Acil bekleme süresi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Bakım hizmetlerinin genel değerlendirilmesi</li> <li>*Aile hekimlerinin yüzdesi</li> <li>*Çalışan ve hekim katılımı</li> <li>*Danışma/bilgilendirme ölçütleri</li> <li>*Dönüşüm planı ölçütleri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Enfeksiyon önleme ve kontrol tedbirleri</li> <li>*Hasta ile temas-tan önce ve sonra el hijyeni uyum yüzdesi</li> <li>*Hastane standart ölüm oranı</li> <li>*Cerrahi güvenlik kontrol listesi uygunluğu</li> <li>*Yatan hasta düşme oranı</li> <li>*İlaç tedavisi kabulüne uyum yüzdesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Lider kalma oranı</li> <li>*Lider öğrenme gelişimi</li> <li>*Alman şikâyetler ve hakemden önce çözümü</li> <li>*Hastane politikası gereği tamamlanan performans gelişim planı yüzdesi</li> <li>*Tüm hemşirelerdeki boşluk oranı</li> </ul>
	HEDEF / AMAÇ	Hesap verebilirliği ve verimliliği sağla	Yeniden geliştirme ve dönüşümü başarıyla tamamlama	Kalite takip, hasta güvenliği ve hasta merkezli bakımı takip et	Sağlıklı iş ortamı geliştirir ve korur
SUNNYBROOK HASTANESİ (KANADA)		<b>Sürdürülebilirlik ve Hesap Verebilirlik</b>	<b>Bakım Hizmetlerinin Kalitesi</b>	<b>Araştırma ve Eğitim</b>	
	ANAHTAR PERFORMANS GÖSTERGELERİ	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Stratejik öncelikler yatırım finansmanı</li> <li>*yüksek riskli doğumlar</li> <li>*Medikal insan kaynaklarında stratejik öncelikler yatırımı</li> <li>*Travma sayısı</li> <li>* Transkateter aort kapak takılması uygulama prosedürleri</li> <li>*MitraClip prosedürleri</li> <li>*Kurumsal akut bakım doluluk yüzdesi</li> <li>*Beklenen kalış süresi</li> <li>*Yetenekleri elde tutma</li> <li>*Kurum içinden terfi yüzdesi</li> <li>*Yeni liderler için liderlik eğitim geliştirme programı uygulaması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Bakımın iyileştirilmesi ile ilgili kritik olaylar</li> <li>*Hastane mortalite oranı</li> <li>*Alternatif bakım hizmetleri kalış süresinin uzunluğu</li> <li>*Bakım sonu hasta yakını memnuniyeti</li> <li>*Özelleştirilmiş bakım - üçüncül / dörtlü klinik etkinlik</li> <li>*30 gün içinde hastaneye tekrar yatış oranı</li> <li>*48 saat içinde elektronik geribildirimi tamamlama yüzdesi</li> <li>*Radyoloji için bekleme süresi yüzdesi</li> <li>*Radyoloji için sevk bekleme süresi yüzdesi</li> <li>*Cerrahi karar için bekleme süresi yüzdesi</li> <li>*Toplam vücut yüzey alanının %20'si üzerinde yanık mortalite oranı</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Toplam dış finansman miktarı</li> <li>*Stratejik önceliklerdeki dış finansman yüzdesi</li> <li>*Yayın sayısı</li> <li>*Stratejik önceliklerdeki yayın yüzdesi</li> <li>*Toplam atf sayısı</li> <li>*Klinik öncesi etkinlik sayısı</li> <li>*Stratejik önceliklerdeki klinik öncesi etkinlik yüzdesi</li> <li>*İnsan kaynakları etkinliği</li> <li>*İnsanla ilgili öncü olunan etkinlik sayısı</li> <li>*Özel sektör ortaklığı finansman miktarı</li> <li>*Lisanslar</li> <li>*Uygulama ortaklıkları</li> <li>*Kanıta dayalı ilkelerin sayısı</li> <li>*Personel olmayanları simülasyon buluşmaları</li> <li>*Personelin simülasyon buluşmaları</li> <li>*Öğrenme Yönetim Sistemi üzerinde personelin tamamladığı eğitim sayısı</li> <li>*Sağlık okur yazarlığı üzerine eğitim almış kursiyer sayısı</li> <li>*Öğrenme merkezinden hizmet alan hasta ve yakınları sayısı</li> </ul>	
	HEDEF / AMAÇ	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Kaynakların uygun ve amaca yönelik kullanımı yoluyla stratejik önceliklerimizi geliştir</li> <li>*Sağlık sistemlerinin beklentilerini karşılayan ve taahhütler veren sürdürülebilir bir performans sergile</li> <li>*Mükemmelliğe ulaşmak için ilhan veren yetenekleri içeren katılım, saygı ve bütünleştirme kültürü oluşturun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Bölümlerler arası, yüksek kaliteli bakım aracılığıyla hasta deneyimi ve çıktıları iyileştir</li> <li>*Akademik Sağlık Bilimleri Merkezi tanımına destek özelleştirilmiş bakıma en üst düzeyde odaklan</li> <li>* Akademik Sağlık Bilimleri Merkezi tanımına destek entegre bir dağıtım sistemi kurmak için sistem ortakları ve hükümetle birlikte çalış</li> <li>*Stratejik önceliklerimizle ilişkili klinik bakımda mükemmelliği yakala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Stratejik önceliklerimize odaklanan yeni bilgilerin oluşturulması, dönüştürülmesi ve uygulanması yoluyla sağlık uygulamalarını değiştir</li> <li>* Öğretme ve öğrenmede yenilikçi yöntemler geliştirilmesinde öncülük et</li> </ul>	

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İÇİN STRATEJİK PERFORMANS YÖNETİM SÜRECİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

---

#### **4.1. Araştırmanın Kavramsal Modeli ve Metodolojisi**

Günümüzde rekabet ortamının yapısının değişmesi ve disiplinlerarası çalışmaların da etkisiyle yeni yönetim tekniklerinin ortaya çıkmasıyla performans yönetimi kavramı da yöneticilerin odak noktasında yerini almıştır. Performans yönetimi konusunda geçmişten bugüne çok farklı yöntemler söz konusu olmakla birlikte hem finansal hem de finansal olmayan özellikleri/kriterleri dikkate alarak bütüncül bir yaklaşım sergileyen performans ölçme ve değerlendirme modeli günümüzde sıklıkla kullanılan modellerden birisi olmuştur.

Gerek sanayi işletmelerinde gerekse hizmet işletmelerinde performansın öneminin artmasıyla, öncelikli amacı toplumun sağlıklı olmasını sağlamak olan sağlık kurumlarında da yöneticiler için performansa yönelik yeni yaklaşımları belirlemek bir gereklilik haline gelmiştir. Bu gereklilikten hareketle bu çalışmanın ana konusu sağlık kurumları için bütüncül bir yaklaşımla performans ölçmeye imkân tanıyacak bir karar destek modelini kurgulamak üzerine şekillendirilmiştir. Bu bağlamda bu bölümün temel amacı literatür incelemesi sonucunda derlenen bilgiler ile yapılan araştırmanın analiz sonuçlarını vermek ve kurulacak model üzerinden sağlık kurumları yöneticileri ve gelecek çalışmalar için önerilerde bulunmaktır.

Bu bölümde ilk olarak Araştırmanın Kavramsal Modeli ve Metodoloji başlığı altında araştırmanın konusu, önemi, amacı, sınırlılıkları ve varsayımları ile yöntemi açıklanmıştır. İkinci olarak araştırma verilerinin analizi ve bulgular tablolar, şekiller çeşitli analizler yardımıyla sunulmuş ve karar destek modeli önerilmiştir.

##### **4.1.1. Araştırmanın Konusu**

Bu çalışmanın konusu, “Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi güncel verilerini kullanarak, nicel ve nitel yöntemlerin entegrasyonu yoluyla etkin bir karar destek sistemi tabanlı performans yönetim sistemi oluşturmaktır”. Bu amaçla

geliştirilen modeldeki performans yönetim sistemi, hastanenin tüm alt birimlerini dikkate alan ve aynı anda hem analiz ve raporlamaya hem de ileriye yönelik stratejik planlamaya imkân tanıyacak bir karar destek modeli önerilmiştir.

#### 4.1.2. Araştırmanın Amacı

Sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesini artırmak ve kuruluşların faaliyetlerinde kontrolü sağlayıp değişimi takip edebilmek için etkili bir performans değerlendirme sistemi gereklidir. Günümüzde hastanelerde performansın değerlendirilmesi, kalitenin artırılması ve faaliyetlerin stratejik amaçlarla uyumlaştırılabilmesi için geleneksel performans ölçüm sistemleri ve yönetim kontrol sistemleri yetersiz kalmaktadır. Bu sebeple tüm paydaşların çıkarlarını gözeten, amaçlara hizmet eden, hastanelerin spesifik özelliklerini dikkate alan bir performans ölçüm sisteminin kurulması gereklidir. Bu gereklilikten hareketle bulunduğu Konya Ovası Bölgesi'nin en önemli sağlık kurumlarından biri olan, kamuya sunduğu sağlık hizmetlerinin yanı sıra tıp eğitimi veren, ulusal ve uluslararası birçok klinik araştırma ve başarılarla dâhil olan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi özelinde güncel metotlardan faydalanılarak hastaneler için örnek teşkil edebilecek etkili bir performans ölçüm ve değerlendirme sistemi sunmak bu çalışmanın temel amacıdır. Bu temel amaç altında çalışmanın bazı alt amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- i. Hastane alt birimlerinde, etkili kaynak yönetimi ve kaliteli hizmet sunumunu sağlayıp geliştirecek bir sistem önermek.
- ii. Hastanenin her bir alt birim ve sürecinde performansın iyileştirilmesi yoluyla hastane performansının iyileşmesini sağlayacak bir sistem geliştirmek.
- iii. Yöneticilerin anlık raporlar alıp analizler yapmasına imkân sağlayacak entegre bir yönetim bilişim sistemi kurmak.
- iv. Hastanenin personel ve birim değerlendirmelerini daha rasyonel objektif temellere dayandırabileceği sistemi geliştirmek.
- v. Hastanenin sık kullanılmayan, etkinliği düşük kaynak ve birimlerini tespit ederek bunları daha aktif hale getirmek için karar vermede kullanılacak bilgileri üretmek.
- vi. Hastanenin kurumsal performansını artırmaya yardımcı performans verilerinin doğru, tam ve eşanlı toplanarak analiz edilmesine imkân tanıyacak interaktif bir karar destek sistemi kurmak.
- vii. Hastanenin amaçlarına ulaşmasında bir sistem üzerinden tüm süreçleri gözlemleyip sorgulayabilmesini sağlamak.
- viii. Hastanenin güncel durumunu analiz edip güçlü-zayıf yönleri, fırsat ve tehditleri belirlemek.
- ix. Hastane için paydaş görüşlerine dayalı misyon ve vizyon bildirgelerinin temel noktalarını belirlemek.

- x. Hastanenin güncel durumuna (SWOT yapısına) uygun, yapının gelişmesini sağlayıp kurumu daha ileriye götürebilecek temel stratejileri belirlemek.
- xi. Hastaneyi tüm yönleriyle değerlendirme imkânı tanıyan kurumsal karne modelini oluşturmak.
- xii. Hastanenin strateji haritasını çıkarmak

#### 4.1.3. Araştırmanın Önemi

Rekabetçi ve dinamik sağlık sektörü hastaneleri daha esnek ve kaliteli hizmet sunmaya yönelmektedir. Günümüzde, ülkelerin sağlık sektörüne kaynak aktarma, aktarılan kaynakların sağlık hizmetleri arasındaki dağılımı, kaynakların kullanımını ve sunulan hizmetin kalitesi büyük önem arz etmektedir. Sağlık sektörü harcamalarının kamu harcamaları içerisindeki payı da dikkate alındığında sağlık sektörüne ilişkin performans değerlendirmesinin önemi oldukça çarpıcı boyutlara ulaşmaktadır.

Sağlık sektöründe hizmet sunucu rolü üstlenen kurumların başında hastaneler gelmektedir. Geçmişten bugüne hastanelerde başta hasta memnuniyeti olmak üzere nitel ve nicel birçok araştırma yapılmıştır. Günümüzde stratejik yönetimin artan önemi ve her organizasyon gibi sağlık kurumlarında da kurumun gelişmesinin sadece bir alt birimde değil tüm alt birimlerinde entegre bir şekilde gelişim ve iyileşmeye bağlı olduğunun anlaşılmasıyla birlikte, hastanelerde yürütülen araştırmalar, bütüncül ve yönetsel bir boyuta ulaşmıştır. Bütüncül bir değerlendirme için yöneticiler hastane performansının ölçülmesine odaklanmışlardır.

Literatürde farklı yaklaşımları ele alan ve hastanelerde performansın ölçülmesi için kullanılan çeşitli yöntemler bulunmaktadır (Bkz. Bölüm İki). Performans ölçüm sistemleri yöneticilere kontrol, izleme ve gelişim faaliyetleri için imkân tanımaktadır.

Hastane performans ölçüm yöntemleri temel olarak aşağıdaki gibi gruplandırılabilir ([www.bsm.gov.tr](http://www.bsm.gov.tr)):

- a) Mevcut mevzuatlar çerçevesinde yapılan denetimler ve incelemeler.
  - b) Hasta ve hasta yakınlarına yönelik anket-saha araştırmaları.
  - c) Bağımsız kuruluşlarca yapılan değerlendirmeler.
  - d) İstatistiksel göstergeler.
  - e) Öz değerlendirme süreçleri.
- Performans ölçümünde kullanılan yöntem kadar doğru bir performans değerlendirmesi yapabilmek için kullanılan verinin niteliği de oldukça önemlidir. Performans değerlendirmesinde istenilen sonuçlara ulaşabilmek için aşağıdaki konulara önem verilmelidir:
  - Hastanelerde sağlıklı ve güncel veri seti sağlayacak sistemler kurulmalıdır.
  - Performans yönetiminde sadece hastane kaynakları değil tüm paydaşların dikkate alınması suretiyle performans ölçüm sistemleri tanımlanmalıdır.

- Performans ölçüm sistemlerinin temel değerleri, referans standartları ve hedefleri açık ve net olmalı, paydaşlarla bu konuda görüş birliği olmalıdır.
- Şeffaf, katılımcı ve bilgilendirici süreçler ile performans değerlendirmesi yapılmalıdır. Hangi verilerin ve sonuçların gizli kalması gerektiği ve hangilerinin kamu ile paylaşılması gerektiği iyi analiz edilmelidir.
- Performans yöntemleri kıyaslama yapabilmeye uygun olmalıdır.

Bu açıklamalardan hareketle bu çalışmanın önemi bir üniversite hastanesi için bütüncül bir yaklaşımla performans ölçmeye yardımcı, stratejik süreçleri yönlendirebilecek bir modelin geliştirilmesi olduğu söylenebilir.

#### **4.1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları**

- Niteliği itibariyle Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne ilişkin sayısal ve sayısal olmayan verilerin kullanıldığı bu çalışmanın temel varsayımları aşağıdaki gibidir:
- Analizler sırasında kullanılan veriler doğru ve eksiksizdir.
- Çalışmada kullanılan subjektif veriler yansızdır.
- Bilgisi ve görüşüne başvurulmuş kişileri bilinçli olarak yanlış/eksik bilgi vermemişlerdir.

Yeni performans ölçüm sistemi geliştirebilmek için teknik altyapının / bilişim altyapısı yeterlidir.

- Çalışmanın başlıca sınırlılıkları ise aşağıdaki gibidir:
- Hastanede sayısal ve sayısal olmayan tüm bilgileri içerecek detaylı veri girişi, birim entegrasyonu ve bütüncül veri sağlayacak güncel bir bilişim altyapısının olmaması.
- Çalışmada yönetici, personel ve uzmanların subjektif görüşlerine başvurulacak olması.
- Sağlık sektörü verilerinin genel yapısı ve niteliği itibariyle çalışmada önerilen modelde ölçülmesi gereken tüm performans kriterleri için gerekli verilere ulaşılamaması.
- Çalışmada önerilen modelin hastanenin 2010-2015 yılları arasındaki son 6 yıllık gerçek verisine dayanılarak test edilmesine rağmen hastaneye verilen taahhüt ve hasta bilgilerinin gizliliğini korumak nedeniyle hastaneye ilişkin hiçbir sayısal veriye çalışmada yer verilememesi.
- Çalışmanın bir doktora tezi olması sebebiyle zaman kısıtının olması.

#### **4.1.5. Araştırmanın Yöntemi**

Araştırmada örnek olay olarak ele alınan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi özelinden yola çıkılarak diğer sağlık kuruluşları için de performansı ölçmeye ve değerlendirmeye yarayacak aktif bir model önerisinde bulunulmuştur.

Bu çalışmada analiz edilerek değerlendirme ve önerilerde bulunulan veriler birincil veri kaynağı olan anketler aracılığıyla toplanmıştır.

Bu kapsamda araştırmanın üç boyutu bulunmaktadır:

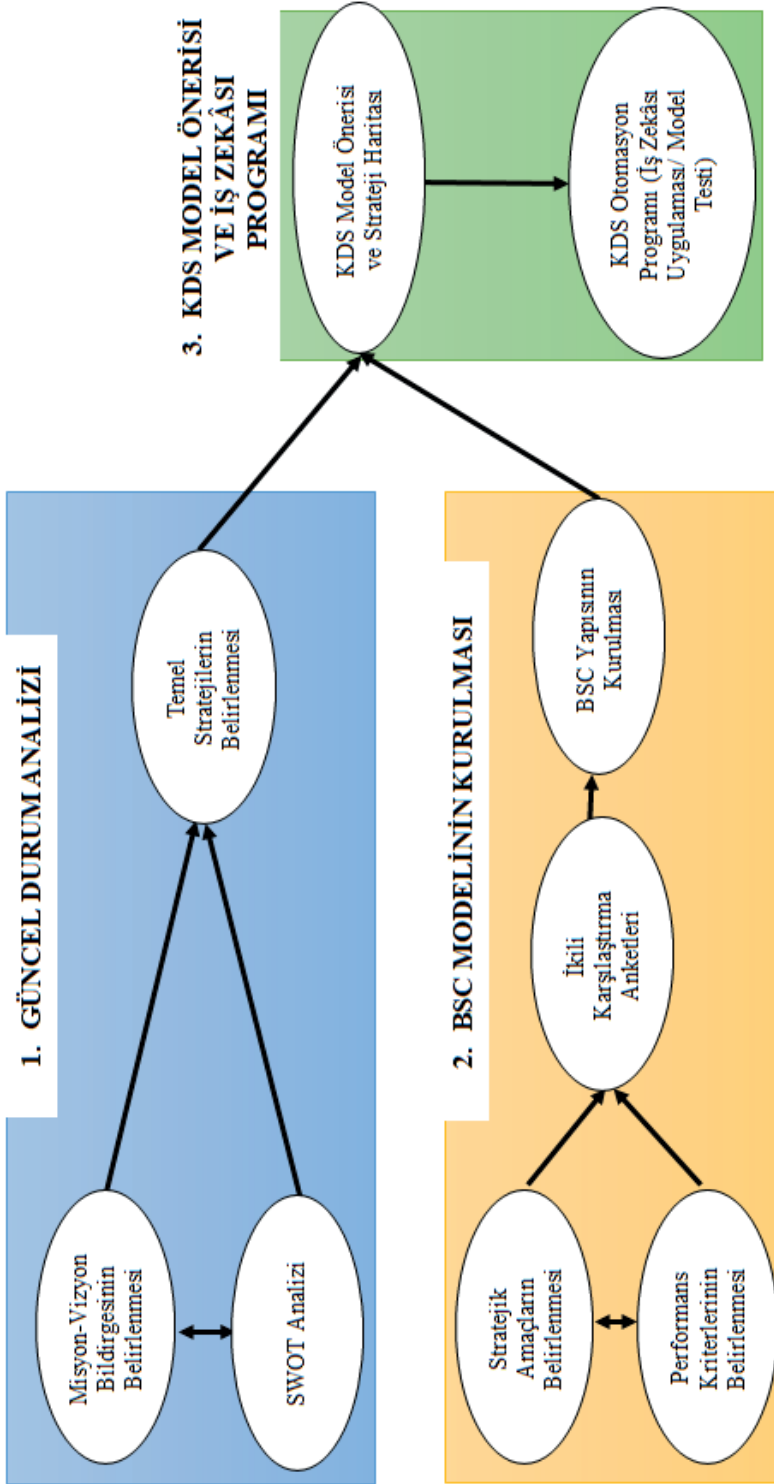
Araştırmanın birinci boyutunda, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin güncel değerlendirmesi (misyon, vizyon, SWOT analizi, temel stratejiler konularında) yapılmıştır. Bu aşamada gerekli olan veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Hastane üst düzey yöneticilerine uygulanan anket başlıca 3 bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde hastanenin misyon ve vizyonunu belirlemek üzere 2 adet açık uçlu soru katılımcılara yöneltilmiştir. Anketin ikinci bölümünde hastanenin SWOT analizini yapabilmek ve bu analiz sonuçlarına göre hastanenin stratejik yönetimini şekillendirecek temel stratejilerini belirlemek üzere yöneticilerin yine açık uçlu sorular yardımıyla hastaneyi değerlendirmeleri ve bu değerlendirmelerine göre strateji önerisinde bulunmaları istenmiştir. Bu kapsamda hastanenin güçlü yönlerini belirlemek için 5 adet, zayıf yönlerini belirlemek için 4 adet, fırsatlarını belirlemek için 3 adet ve tehditlerini belirlemek için de 6 adet açık uçlu soru katılımcılara yöneltilmiştir. Anketin üçüncü bölümünde ise hastanenin kurumsal karnesinin oluşturulmasına zemin hazırlayacak stratejik amaç ve performans kriterlerini belirleyebilmek için katılımcılara seçmeli sorular yöneltilmiştir. Bu kapsamda literatür araştırmaları, ulusal/uluslararası balanced scorecard örnekleri, Sağlık Bakanlığı SUT ve mevzuatlar ile Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin faaliyetleri incelenerek hasta ve personel memnuniyeti (müşteri) boyutu için 16 adet stratejik amaç ve 26 adet performans kriteri, finansal boyut için 19 adet stratejik amaç ve 20 adet performans kriteri, iç süreçler (hizmet sunumu ve kalitesi) boyutu için 19 stratejik amaç ve 43 adet performans kriteri, öğrenme ve gelişme boyutu için de 18 adet stratejik amaç ve 39 adet performans kriteri arasından seçim yapılması istenmiştir. Bu noktada katılımcılar her bir boyut altında birden fazla stratejik amaç ve performans kriterini seçebilme konusunda serbest bırakılmıştır. Ayrıca her bir boyut için katılımcıların ilave stratejik amaç ve performans kriteri önerileri de açık uçlu sorular yardımıyla toplanmıştır. Hastane üst düzey yöneticilerinin görüşlerine dayanılarak elde edilen veriler içerik ve frekans analizi yöntemiyle analiz edilmiş ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Ankette yer alan soru, performans kriterleri ve stratejik amaçlar için yararlanılan temel kaynaklar aşağıda listelenmiştir:

- Sunnybrook's Strategic Balanced Scorecard (2015)
- Humber River Hospital's Balanced Scorecard (2013)
- Lin vd. (2013)
- Grigoroudis vd. (2012)
- Dilmaç (2011)
- Erzurumlu (2012)
- Yıldız vd. (2013)
- Mousakhani vd. (2010)

Araştırmanın ikinci boyutunda hastanenin stratejik planına yön verecek stratejik amaç ve performans kriterlerini içeren BSC yapısı kurulmuştur. Bu aşamada gerekli olan veriler ikili karşılaştırma anketi vasıtasıyla toplanmıştır. İkili karşılaştırma anketleri oluşturulurken araştırmanın ilk bölümünde elde edilen stratejik amaçlar ve performans kriterleri (yöneticiler tarafından en çok tercih edilen ilk beş performans kriteri) birbirleri ile kıyaslanmıştır. Bu kapsamda toplam 136 ikili karşılaştırma sorusu ile katılımcıların balanced scorecard boyutları ve bu boyutlar için stratejik amaç ve performans kriterlerini birbirlerine göre değerlendirmeleri istenmiştir. İkili karşılaştırma anketlerinden elde edilen veriler Buckley'in Geometrik Ortalama yöntemi ile analiz edilmiş ve sonuçlar yorumlanmıştır.

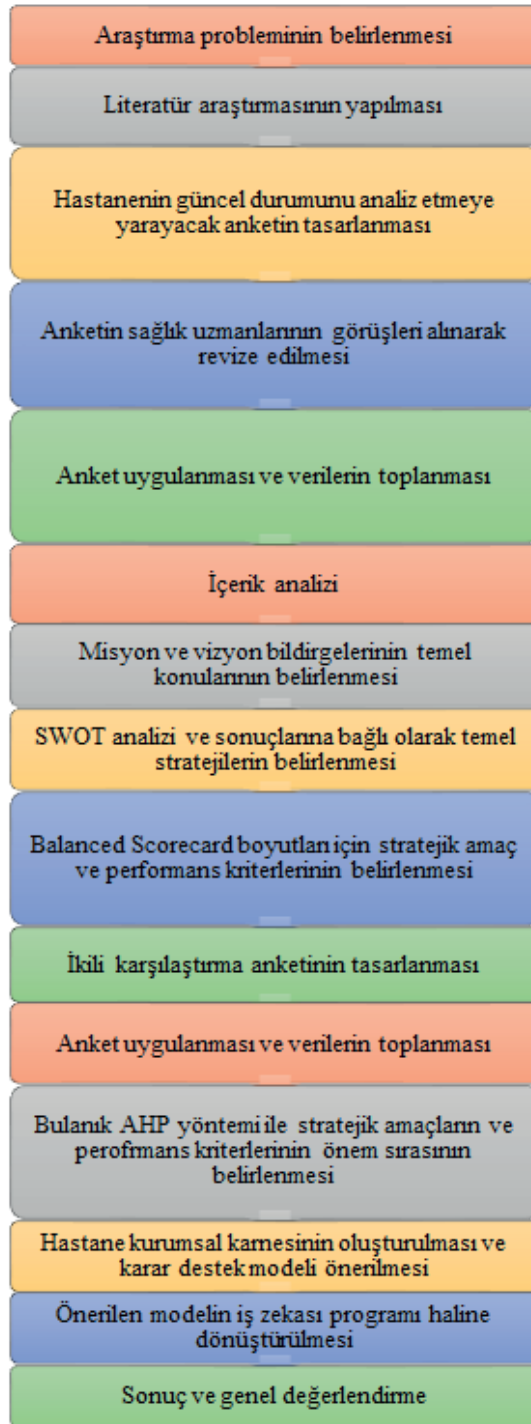
Araştırmanın üçüncü boyutunda hastanenin güncel performansını ölçmeye, artırmaya ve iyileştirmeye zemin hazırlayacak, hastane yöneticileri için karar almayı ve raporlamayı kolaylaştırıcı verileri sağlayacak, hastanenin tüm alt birimlerinin bir network ile dâhil edildiği, hastanedeki tüm ana ve destek süreçleri, faaliyetleri dikkate alan karar destek modeli tabanlı balanced scorecard performans yönetim sistemi modeli önerilmiştir. Önerilen modelde ikinci aşamada elde edilen performans kriterlerinin öncelikleri ve ilk aşamada elde edilen sonuçlar dikkate alınmıştır. Önerilen model bir yazılım programı haline dönüştürülmüş ve hastanenin son 6 yıllık (2010-2015) verisi kullanılarak önerilen model test edilmiştir. Ayrıca hastanenin strateji haritası çıkarılmıştır. Çalışmanın temel aşamaları şekil 4-1'de, araştırma yöntemi ise şekil 4-2'de gösterilmektedir.

Şekil 4-1. Araştırmanın Temel Aşamaları



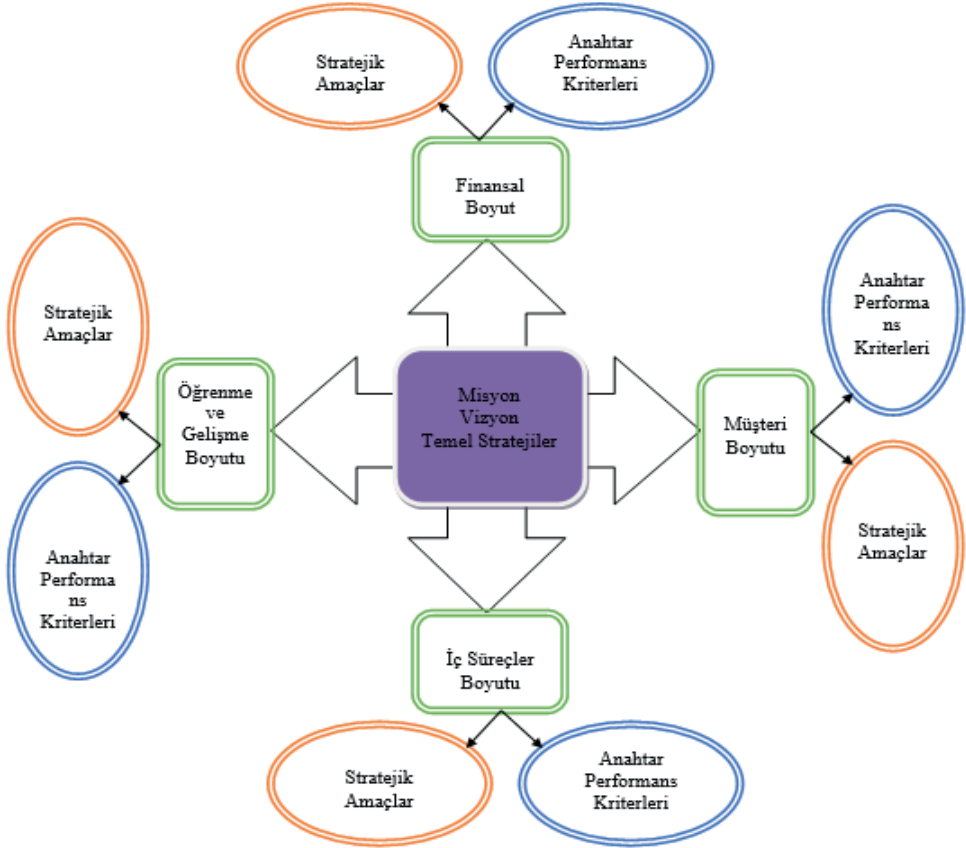


Şekil 4-2. Araştırma Yöntemi



Çalışmanın temel amacı, konusu ve yöntemi dikkate alındığında araştırmanın ve araştırma sonrasında önerilen karar destek sistemi tabanlı performans yönetim sisteminin temel modeli şekil 4-3'deki gibi çizilebilir:

Şekil 4-3. Araştırma Modeli

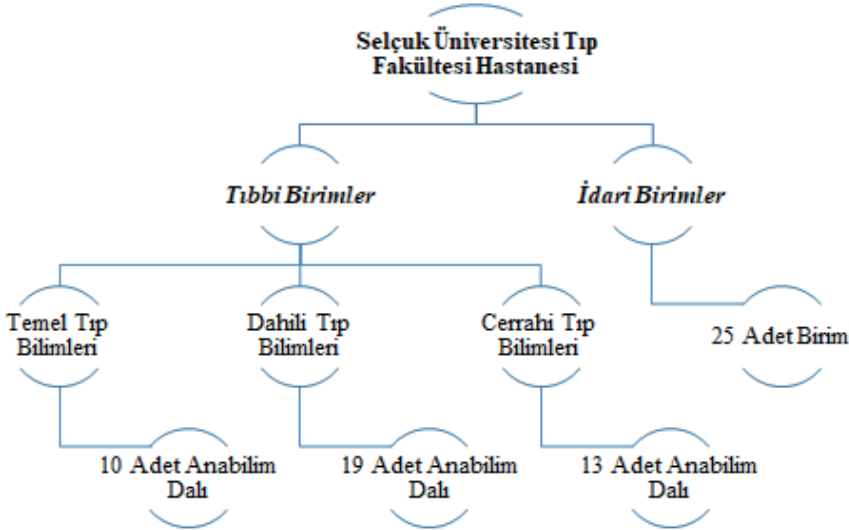


Araştırmada Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi örnek olay olarak ele alınmıştır. Selçuk Üniversitesi'nin 2001 yılında kurulmasına karar verilmiş ve 2009 yılında hasta kabul edilmeye başlanmıştır. 2009 yılından bugüne kadar geçen yaklaşık 7 yıllık süreçte hastane büyük ilerleme ve gelişme göstermiştir. Hastane şu anda 130.000 m<sup>2</sup> kapalı ve 160.000 m<sup>2</sup> açık alan olmak üzere 934 yatak kapasitesine sahiptir ([www.hastane.selcuk.edu.tr/hastane/](http://www.hastane.selcuk.edu.tr/hastane/)).

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi temelde tıbbi ve idari bölümleri olan bir hastanedir. Hastanede Temel Tıp Bilimleri altında 10 adet anabilim dalı, Dâhili Tıp Bilimleri altında 19 adet anabilim dalı ve Cerrahi Tıp Bilimleri altında ise 13 adet anabilim dalı ile sağlık hizmetleri yürütülmektedir. Ayrıca verilen sağlık hizmetlerinin sorunsuz ve kaliteli bir şekilde yürütülmesi için hastanede 25 adet idari birim de faaliyetlerine devam etmektedir. Hastanenin idari kısmında faaliyet gösteren Eğitim Birimi, Kalite Yönetim Birimi, İstatistik Birimi ve Halkla İlişkiler

Birimi faaliyetleri ile kaliteli bir sağlık hizmeti sunmanın ve bu hizmetin sürekli iyileştirmelerle devam etmesini sağlamanın yöneticiler için ne derece önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Şekil 4-4. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sistem Yapısı



## 4.2. Araştırma Verilerinin Analiz ve Bulguları

Bu başlık altında çalışmanın yöntemine uygun olarak yapılan analizlerin sonuçlarına yer verilmiştir. Bu kapsamda ilk bölümde hastanenin güncel durum analizi başlığı altında misyon-vizyon belirleme, SWOT analizi ve buna dayalı temel stratejilerin belirlenmesi ve stratejik amaç ve performans kriterlerinin belirlenmesi konuları ile ilgili içerik ve frekans analizi sonuçları verilmiştir. İkinci olarak sağlık kurumlarında kurumsal karne yapısını oluşturmaya zemin hazırlayacak stratejik amaçların ve performans göstergelerinin önem sırasının belirlenmesi konusunda bulanık mantık sonuçları verilmiştir. Son olarak ilk iki aşamada elde edilen bulgulardan yola çıkılarak kurulan karar destek sistemi yazılımı tanıtılmış ve güncel hastane verileri ile model test edilmiştir.

### 4.2.1. Güncel Durum Analizi

Araştırmada ilk olarak Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin güncel durumunu analiz etmek üzere hastane yöneticilerine uygulanan anket verileri analiz edilmiştir. Verilerin analiz edilmesiyle ilk olarak hastane için misyon ve vizyon bildirgelerinde olması gerektiği düşünülen temel konular maddeler halinde belirlenmiş ve hastanenin SWOT analizi (hastanenin güçlü ve zayıf yönleri ile tehdit ve fırsatlarını belirleme) yapılarak bu sonuçlara dayalı temel stratejiler belirlenmiştir. Bu kapsamda hastanenin misyon ve vizyonunun belirlenmesi, hastanenin SWOT analizinin yapılması ve SWOT analizine bağlı olarak belirlenen temel stratejilerin balanced scorecard boyutları bağlamında gruplandırılması için içerik analizi yönteminden faydalanılmıştır.

Araştırma kapsamında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde üst yönetici konumunda görev yapan, alanında eğitim almış, yönetsel süreçlerle doğrudan ilişki içerisinde olan kişiler belirlenmiştir. Aranılan şartlara uygun anket yapılacak toplam 30 yönetici tespit edilmiştir. Bu 30 yöneticinin pozisyonlarına göre dağılımı ise şöyledir: 1 Rektör, 1 Tıp Fakültesi Dekanı, 1 Başhekim, 2 Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı, 4 Başhekim Yardımcısı, 1 Hastane Müdürü, 8 Müdür Yardımcısı, 1 Hemşire Hizmetleri Müdürü, 3 Hemşire Hizmetleri Müdür Yardımcısı, 8 İdari Birim baş Sorumlusu. Fakat belirlenen 30 yöneticiden 2 tanesi (1 Başhekim Yardımcısı ve 1 Müdür Yardımcısı) anket uygulama döneminde izinli oldukları için toplam 28 yönetici ile yüz yüze görüşme yoluyla veriler toplanmıştır. Yöneticilerle görüşmeler 1-15 Haziran 2015 tarihleri arasında önceden randevu almak suretiyle yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Yöneticilere görüşmenin başında çalışmanın amacı, görüşmenin içeriği ve görüşülecek temel başlıklarla (milyon-vizyon-strateji) ilgili yazılı metin şeklinde ve sözlü olarak açıklamalar yapılmıştır. Yöneticilere görüşmelerin ilk aşamasında buldukları pozisyonu, faaliyetlerini ve hastanenin mevcut yapısını dikkate alarak Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için milyon ve vizyonu tanımlamaları, milyon ve vizyon bildirgesinde mutlaka olması gerektiğini düşündükleri ifadeleri belirtmeleri istenmiştir. Görüşmenin ikinci aşamasında yine yönetsel bilgilerine dayanarak hastanenin güçlü ve zayıf yönleri ile tehdit ve fırsatlar hakkındaki görüşleri sorulmuştur. Devamında yöneticilere birinci aşamada belirledikleri milyon ve vizyon ifadelerini de dikkate alarak SWOT analizi ile uyumlu, hastaneyi hedefledikleri geleceğe taşıyacak yönetsel stratejilerin neler olması gerektiği sorulmuştur.

Görüşmeler sonunda elde edilen veriler içerik analizine tabi tutulmuş ve bu süreçte stratejik yönetim ve sağlık kurumları yönetimi alanında çalışan 3 akademisyenden de destek alınmıştır.

İçerik analizi kapsamında ilk olarak milyon ve vizyon ifadeleri incelemeye alınmış ve ifadeler belirlenen temel başlıklara göre kodlanmıştır. Dana sonra her bir kodun ifadelerdeki kullanım sıklıkları hesaplanarak milyon ve vizyon ifadesini oluşturan temel kodlar önceliklerine göre sıralanmıştır.

İçerik analizi kapsamında ikinci olarak katılımcıların SWOT boyutlarına verdiği cevaplar incelenerek hastanenin SWOT analizi yapılmıştır. Araştırmanın bu aşamasında son olarak stratejiler dikkate alınmış ve yöneticiler tarafından önerilen her bir strateji konularına göre gruplandırılarak benzer olan stratejiler bir araya getirilmiş, bu doğrultuda hastane için temel stratejiler belirlenmiştir. Temel stratejiler gruplandırılırken stratejik yönetim alanında son yılların güncel başlıklarından olan ve yönetsel süreçlere bütüncül yaklaşımı sağlayan balanced scorecard boyutları dikkate alınmıştır. Bu kapsamda stratejiler müşteri (hasta ve personel) boyutu, finansal boyut, öğrenme gelişme boyutu ve iç süreçler boyutu için ayrı ayrı belirlenmiştir.

#### 4.2.1.1. Misyon-Vizyon Bildirgesi İçerik Analizi Sonuçları

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yönetici görüşlerine göre içerik analizi yöntemi ile belirlenen, misyon ve vizyon ifadelerini oluşturacak temel kodlar şekil 4-5’de gösterilmiştir.

Şekil 4-5. Misyon-Vizyon Temel Kodlar

MİSYON	VİZYON
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaliteli Hizmet ve Personel (21)</li> <li>• Hasta Memnuniyeti (hasta odaklılık, hasta hakları)(14)</li> <li>• Yetkinlik (fiziki ve teknik)(11)</li> <li>• Ar-Ge(9)</li> <li>• İleri Teknoloji(9)</li> <li>• Bölgede En İyi (Marka Olma, Sağlık Güvencesi ve Gücü Olma)(8)</li> <li>• Güler Yüzlü, Pozitif Çalışan(7)</li> <li>• Güvenilir Olma(6)</li> <li>• Etik İlkeler(5)</li> <li>• Çalışan Memnuniyeti(5)</li> <li>• Uzmanlaşma(4)</li> <li>• Yenilikçi(3)</li> <li>• Kolay Ulaşılabilme(2)</li> <li>• Çevreye Duyarlı Olma(1)</li> <li>• Farkındalık Oluşturma(1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Örnek ve Öncü Hastane(14)</li> <li>• Eşit ve Kaliteli Hizmet(14)</li> <li>• Bilinirlik(11)</li> <li>• Hasta Memnuniyeti(9)</li> <li>• Personel Yetkinliği ve Niteliği(9)</li> <li>• Yenilikçi(9)</li> <li>• Tıbbi Gelişimi Destekleme(8)</li> <li>• Araştırma, Teknolojik Gelişim(7)</li> <li>• Çalışan Memnuniyeti(5)</li> <li>• Altyapı(3)</li> <li>• Uzmanlaşma(2)</li> <li>• Güvenilirlik(2)</li> </ul>

Şekil 4-5’e göre Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi misyon ifadesinde yöneticilerce olması gerektiği düşünülen 15 konu bulunmaktadır. Bu konulardan kaliteli hizmet ve kaliteli personel katılımcıların %75’ince, hasta memnuniyetini sağlama (hasta odaklı olma, hasta haklarını gözetme) katılımcıların %50’since ve hastanenin fiziki ve teknik yetkinliğinin tam olması katılımcıların % 39,3’ünce önerilen en önemli üç konu olmuştur. Bununla birlikte ar-ge çalışmaları, ileri teknoloji kullanımı, bölgenin sağlık güvencesi olma, güler yüzlü ve pozitif çalışanların olması, güvenilir olma, etik ilkelere sahip olma ve çalışan memnuniyetini önemseme öne çıkan diğer başlıklardandır.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nin mevcut misyon bildirgesi şu şekildedir: “*Güler yüzlü insani değerleri her şeyin üstünde tutan, bilimsel donanımlı personelimize sağlığımızı ve sağlıklı geleceğinizi emin ellere teslim almayı hedeflemekteyiz*” ([www.hastane.selcuk.edu.tr/hastane/](http://www.hastane.selcuk.edu.tr/hastane/)). Bu misyon bildirgesi incelendiğinde güler yüzlü, pozitif çalışan; etik ilkeler, fiziki ve teknik yetkinlik ve kaliteli personel konularını içerdiği görülmüştür. Bununla birlikte bu araştırma sonucunda ortaya çıkan ve yöneticilerce misyon bildirgesinde mutlaka olması gerektiği düşünülen kaliteli hizmet, hasta memnuniyeti, Ar-Ge, ileri teknoloji,

bölgede en iyi marka olma, sağlık güvencesi ve gücü olma gibi temel konuların mevcut misyon bildirgesinde yer almadığı görülmüştür.

Şekil 4-5'e göre Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi vizyon ifadesinde yöneticilerce olması gerektiği düşünülen 12 konu bulunmaktadır. Bu konulardan örnek ve öncü hastane olma katılımcıların %50'since, eşit ve kaliteli hizmet sunma katılımcıların %50'since ve hastanenin bilinir olması katılımcıların % 39,3'ünce önerilen en önemli üç konu olmuştur. Bununla birlikte hasta memnuniyetini ön planda tutma, personelin yetkin ve nitelikli olması, yenilikçi olma, tıbbi gelişimi destekleme, araştırma, teknolojik gelişim faaliyetlerini önemseme, çalışan memnuniyetini sağlama öne çıkan diğer başlıklardandır.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin mevcut vizyon bildirgesi şu şekildedir: *“Kurumsal olarak hedefimiz bölgenin sağlık güvencesi olmaktır. Bu hedefi gerçekleştirecek, teknik ve fiziki altyapı ile insan gücüne sahip olan hastanemiz dünya tıbbında ki her türlü gelişme ve yenilikleri takip ederek kendisini yenilemekte ve buna paralel olarak uluslararası açılımları da hedeflemektedir ”* (www.hastane.selcuk.edu.tr/hastane/). Bu vizyon bildirgesi incelendiğinde altyapı, personel yetkinliği ve niteliği, yenilikçi konularını içerdiği görülmüştür. Bununla birlikte bu araştırma sonucunda ortaya çıkan ve yöneticilerce vizyon bildirgesinde mutlaka olması gerektiği düşünülen örnek ve öncü hastane, eşit ve kaliteli hizmet, bilinirlik, hasta memnuniyeti gibi temel konuların mevcut vizyon bildirgesinde yer almadığı görülmüştür.

#### 4.2.1.2. SWOT Analizi

Hastanenin güncel değerlendirmesi aşamasında ikinci olarak yöneticilerin görüşlerinin içerik analizi sonucunda hastanenin SWOT analizi yapılmıştır.

İşletmelerdeki varlık ve yeteneklerin analiz edilmesi stratejilerin geliştirilmesi için en önemli unsurlardan birisidir. Varlık ve yeteneklerin analiz edilmesinin bir yolu iç çevre analizidir. İç çevre analizi işletmede farklı birim ve faaliyet alanları ile ilgili güçlü ve zayıf yönlerin belirlenmesini sağlayan bir analizdir. İşletmede yapılacak kapsamlı bir araştırma ve değerlendirme sonucunda güçlü ve zayıf yönlerin tanımlanabilmesi mümkündür. İşletmelerde iç çevre analizi stratejik yönetim sürecinde tek başına yeterli değildir. İç çevre analizinin yanı sıra işletmenin yakın ve geniş çevresinin, faaliyette bulunduğu pazar yapısının, rakiplerin, içinde bulunulan endüstrinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu analiz sonucunda belirlenecek güçlü yönler işletmenin sektördeki mevcut ve potansiyel rakiplerine göre daha iyi, kuvvetli yapabileceği alanları ifade eder. Zayıf yönler ise işletmenin sektördeki mevcut ve potansiyel rakiplerine göre daha yetersiz olduğu alanları ifade etmektedir. (Wheelen ve Hunger, 1992:124'den aktaran Eren,2010:175)

İşletmelerin iç çevre analizi sonucunda belirledikleri güçlü ve zayıf yönlerini dış çevre analizi ile belirleyecekleri tehditleri fırsatlarla düşünmesi ve stratejik planlamayı bu çerçevede yapması gerekmektedir. Dış çevre analizi sonucunda

işletme için çevredeki çeşitli fırsatlar ve tehditler ortaya çıkar. Buradaki fırsatlar, işletmenin gelişmesine, ilerlemesine, yenilenmesine ve güçlenmesine imkân tanıyan olumlu çevre göstergeleridir. Tehditler ise işletmenin varlığı ve faaliyetlerinin sürdürülebilirliği için tehlike oluşturabilecek, ilerlemeyi engelleyen dolayısıyla önlem alınmasını gerektirecek olumsuz çevre göstergeleridir. (Şimşek ve Çelik; 2008: 45-46)

SWOT analizi sürecinde işletmelerin güçlü ve zayıf yönleri ile tehdit ve fırsatlarının belirlenmesi (şekil 4-6), yani hem iç çevre hem de dış çevre analizi eşgüdümlü bir şekilde yapılmaktadır. Bu sayede mevcut durumunu ortaya seren işletme misyon ve vizyon bildirgesini de dikkate alarak daha doğru stratejik planlama yapma imkânına kavuşmaktadır.

Şekil 4-6. SWOT Analizi



Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin SWOT analizi yapılırken güçlü yönleri belirlemek için 5 adet, zayıf yönleri belirlemek için 4 adet, fırsatları belirlemek için 3 adet ve tehditleri belirlemek için de 6 adet açık uçlu soru katılımcılara yöneltilmiştir. Bu çalışma kapsamında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yönetici görüşlerine göre içerik analizi yöntemi ile belirlenen SWOT analizi sonuçları tablo 4-1-tablo 4-4 arasında gösterilmiştir.

**Tablo 4-1.** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi SWOT Analizi-Güçlü Yönler

<b>GY1</b>	Hastane fiziki binasının yeterli kapalı alana sahip ve mono blok yapısında koordine (bütüncül) olması
<b>GY2</b>	Tıbbi cihaz ve donanımın (görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, vs.) güncel, yeni teknolojilere dayalı olması
<b>GY3</b>	Hastane konumunun ulaşım, otopark gibi problemlerinin olmayışı
<b>GY4</b>	Hastanede özellikle cerrahi alanda başarılı ve güncel uygulamaların olması ve bu sayede hastane imajının desteklenmesi
<b>GY5</b>	Hastane ortamının sağlık hizmetlerine uygun hijyende düzenlenmesi, teknik hizmet, bakım ve onarım hizmetlerine önem verilmesi
<b>GY6</b>	Selçuk Üniversitesi'nin marka değeri nedeniyle toplum gözünde güvenilirliği olması
<b>GY7</b>	Maliyeti düşürme, sosyal sorumluluk projeleri vb. etkinlikler yapılarak hasta memnuniyetinin desteklenmesi
<b>GY8</b>	Tedavi hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerini de sağlaması
<b>GY9</b>	Toplum yapısını destekleyici ve toplumun kötü alışkanlıklarını önlemeye yönelik hizmet sunulması
<b>GY10</b>	Ağır vakalara müdahale ve tedavi imkânlarının olması
<b>GY11</b>	Obezite cerrahisi, pediatrik uygulamalar, girişimsel radyoloji, radyasyon onkolojisi, el cerrahisi gibi bölgede az ve/veya tek spesifik alanlarda hizmet sunulabilmesi
<b>GY12</b>	Hastane personeline yönelik hizmet için eğitimin çeşitliliği
<b>GY13</b>	Hastane personelinin genç, dinamik, güler yüzlü ve deneyimli olmaları
<b>GY14</b>	Hemşirelik hizmetlerinde kalite odaklı çalışma
<b>GY15</b>	Hastane hemşireleri tarafından geliştirilen yoğun bakım hasta yıkama sistemi
<b>GY16</b>	Hastane çalışanları arasındaki pozitif ve güçlü iletişim ortamı
<b>GY17</b>	Yönetim birimleri arasında destek verici, uyumlu çalışma ortamı
<b>GY18</b>	Tıp bilimindeki ve teknolojideki gelişmeleri tıp eğitimi ve hizmet sunumuna dönüştürmedeki başarılı uygulamalar

Tablo 4-1'de görüldüğü gibi 28 yöneticinin belirttiği görüşlere göre hastanenin güçlü olduğu 18 temel özellik ön plana çıkmıştır. Bu özellikler genel olarak hastanenin fiziki yapısı, konumu, altyapısı, yenilikçi, sürekli değişen ve öğrenen bir kurum olma, personelin nitelikleri, sağlık hizmeti sunumunda öncü olunan alanlar konularına odaklanmıştır.



**Tablo 4-2.** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi SWOT Analizi-Zayıf Yönler

<b>ZY1</b>	Mali görünümün negatif olması, borçlanma oranının yüksek olması
<b>ZY2</b>	SGK kesintilerinin fazla olması
<b>ZY3</b>	ICD tanı kodu gibi veri girişlerinin kontrollü ve doğru olmaması nedeniyle fatura kesintilerinin çok olması
<b>ZY4</b>	Personele yönelik ek ödeme oranlarının düşük olması
<b>ZY5</b>	Hastanenin şehir merkezinden uzak olması nedeniyle ulaşımın zaman alıcı ve yorucu olması
<b>ZY6</b>	Patoloji gibi bazı alanlarda yetişmiş, deneyimli eleman eksikliği
<b>ZY7</b>	Travma, nakil ve yanık ünitelerinin bulunmaması
<b>ZY8</b>	Zaman zaman hizmet sunum süresinin uzaması
<b>ZY9</b>	İş bölümü ve çok detaylı uzmanlaşmanın yapısal karmaşıklığa yol açması
<b>ZY10</b>	Sağlık hizmeti sunumunda personel sayısının iş yüküne göre az olması
<b>ZY11</b>	Hasta başına düşen sağlık personeli sayısının az olması
<b>ZY12</b>	Personel yönetiminde idari personelin görüşlerine çok yer verilmemesi
<b>ZY13</b>	Personel alımında belirli bir insan kaynakları politikasının olmayışı
<b>ZY14</b>	Personel sayısının az olması nedeniyle iş yükünün çok olması ve motivasyon eksikliği
<b>ZY15</b>	Personelin içerisinde sözleşmeli personel oranının çok olması nedeniyle aidiyet problemi
<b>ZY16</b>	Tanıtım, reklam gibi pazarlama faaliyetlerinin düşük olması
<b>ZY17</b>	Özellikle hastalarla doğrudan iletişim kuran idari personelin iletişiminin zayıf olması
<b>ZY18</b>	Hasta sayısı artışına bağlı olarak poliklinik ve laboratuvar sayısının yetersiz olması
<b>ZY19</b>	Birimlerin ihtiyaç duyduğu verilere ulaşılabilecek ortak bir veri tabanı olmayışı
<b>ZY20</b>	Randevu sisteminde oluşan aksaklıklar
<b>ZY21</b>	Radyoloji ve patoloji sonuç verme süresinin uzun oluşu

Tablo 4-2’de görüldüğü gibi 28 yöneticinin belirttiği görüşlere göre hastanenin zayıf olduğu 21 temel özellik ön plana çıkmıştır. Bu özellikler genel olarak hastanenin mali yapısı, iş yüküne karşılık personel yetersizliği, idari personel ve hasta/hasta yakını iletişim bozukluğu, hastane imkânlarının artan hizmet talebini karşılamada yetersiz kalması konularına odaklanmıştır.

**Tablo 4-3.** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi SWOT Analizi-Fırsatlar

<b>F1</b>	Bölgenin önde gelen sağlık kuruluşlarından biri olması ve bölgede travma merkezi bulunmaması
<b>F2</b>	Türkiye'nin en köklü ve kurumsal üniversitelerinden biri olan Selçuk Üniversitesi'ne bağlı olarak sağlık hizmeti sunması
<b>F3</b>	Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin geniş ve donanımlı eğitimci kadrosuna sahip olması
<b>F4</b>	Üniversite personelinin sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi artırıcı yeni patent ve buluşları
<b>F5</b>	Özellikle dezavantajlı guruplara yönelik sosyal sorumluluk projeleri ile (sağlık taramaları, hasta ve hasta yakınlarına yardım programları, yaşlı ve çocuklara yönelik etkinlikler, vb.) topluma hizmet imkânının yerel yönetimlerce de desteklenmesi
<b>F6</b>	Genç bir hastane olmasına rağmen tam donanımlı fiziki, teknik, akademik ve idari altyapı
<b>F7</b>	Teknolojik altyapısının güçlü olması nedeniyle ağır ve nadir görülen vakalara müdahale edilebilmesi
<b>F8</b>	Orta Anadolu'nun merkezinde bir üniversite hastanesi olması
<b>F9</b>	Konya'nın diğer illerle ulaşım ağının kolay, ucuz ve çeşitli olması
<b>F10</b>	Üniversitenin uluslararasılaşmaya önem vermesi nedeniyle tıp alanında da uluslararası uygulama ve işbirliklerine daha kolay ulaşma imkânı
<b>F11</b>	Bir kampüs ortamında bulunması sebebiyle hasta ve hasta yakınlarının pek çok ihtiyacını giderebileceği sosyal alanlara yakın olması
<b>F12</b>	Sağlık turizmi ve inanç turizmini birleştiren bir şehirde bulunması

Tablo 4-3'de görüldüğü gibi 28 yöneticinin belirttiği görüşlere göre hastane için fırsat olarak nitelendirilebilecek 12 temel özellik ön plana çıkmıştır. Bu özellikler genel olarak hastanenin Selçuk Üniversitesi'nin kurumsal kimliği altında hizmet vermesi, bulunduğu şehrin ülkenin merkezi konumunda olması ve ulaşım ağının genişliği, sağlık çalışanlarının büyük bölümünün bir tıp fakültesinin donanımlı akademik kadrosundan oluşması, sağlık alanındaki uluslararası gelişmeleri takip edebilme imkânı olması konularına odaklanmıştır.

**Tablo 4-4.** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi SWOT Analizi-Tehditler

<b>T1</b>	Döner sermaye gelirlerinde yaşanan problemler
<b>T2</b>	Hastane yönetim yapısının başhekimlik ve müdürlük şeklinde ikili otorite hattı üzerine kurulmasının doğuracağı eş güdümlenme, denetim ve çatışma sorunları
<b>T3</b>	Performansı ölçmeye ve buna bağlı olarak doğru kaynak aktarımı yapmaya imkân tanıyacak yönetsel ve kurumsal bir performans ölçme ve denetim mekanizmasının olmayışı
<b>T4</b>	Nakit akış problemleri
<b>T5</b>	Bölgede sağlık hizmeti sunan kurum sayısının artması
<b>T6</b>	Tıbbi teknoloji alanındaki gelişmelerin hızlı ve maliyetli olması nedeniyle teknolojik yenilenmenin doğuracağı mali sorunlar
<b>T7</b>	Firma ödemelerindeki sorunlar
<b>T8</b>	Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) sürekli değişme olması
<b>T9</b>	Devlet hastaneleri ve Kamu Hastaneler Birliği'nce kullanılan performans ölçme ve değerlendirme sisteminin daha avantajlı sonuçlar doğurması
<b>T10</b>	Bölgede birden fazla üniversite hastanesinin olması
<b>T11</b>	Personelin dışarıda eğitimi için yeterli bütçenin olmaması
<b>T12</b>	SGK ve SUT'da yapılan fiyat değişimlerinden hastanenin negatif yönde etkilenmesi
<b>T13</b>	Sağlık sektöründe sunulan hizmetin niteliği itibarıyla sürekli güncelleme ve değişim ihtiyacı
<b>T14</b>	Rakiplerin tanıtımı destekleyici projelerle reklam yapmaları
<b>T15</b>	Toplum genelinde etik değerlerin yıpranmasının hekim-hasta ilişkisi ve tedavi sürecinde güven kayıplarına neden olması
<b>T16</b>	Hasta ve yakınlarının sağlık hizmetinden beklentilerinin sürekli artması ve değişmesi
<b>T17</b>	Finansal sürdürülebilirlik sıkıntıları

Tablo 4-4'de görüldüğü gibi 28 yöneticinin belirttiği görüşlere göre hastane için tehdit olarak nitelendirilebilecek 17 temel özellik ön plana çıkmıştır. Bu özellikler genel olarak hastanenin mali ve finansal konularda yaşadığı sıkıntılar (nakit akış problemi, ödemelerdeki problemler, SGK kesintileri, vb.), sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan hızlı teknolojik değişim, rakiplerin sayısı ve niteliğinin gün geçtikçe artması konularına odaklanmıştır.

**Tablo 4-5.** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi SWOT Analizi

<b>GÜÇLÜ YÖNLER</b>	<b>ZAYIF YÖNLER</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hastane fiziki binasının yeterli kapalı alana sahip ve mono blok yapısında koordine (bütüncül) olması</li> <li>2. Tıbbi cihaz ve donanımın (görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, vs.) güncel, yeni teknolojilere dayalı olması</li> <li>3. Hastane konumunun ulaşım, otopark gibi problemlerinin olmayışı</li> <li>4. Hastanede özellikle cerrahi alanda başarılı ve güncel uygulamaların olması ve bu sayede hastane imajının desteklenmesi</li> <li>5. Hastane ortamının sağlık hizmetlerine uygun hijyende düzenlenmesi, teknik hizmet, bakım ve onarım hizmetlerine önem verilmesi</li> <li>6. Selçuk Üniversitesi'nin marka değeri nedeniyle toplum gözünde güvenilirliği olması</li> <li>7. Maliyeti düşürme, sosyal sorumluluk projeleri vb. etkinlikler yapılarak hasta memnuniyetinin desteklenmesi</li> <li>8. Tedavi hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerini de sağlaması</li> <li>9. Toplum yapısını destekleyici ve toplumun kötü alışkanlıklarını önlemeye yönelik hizmet sunulması</li> <li>10. Ağır vakalara müdahale ve tedavi imkânlarının olması</li> <li>11. Obezite cerrahisi, pediatrik uygulamalar, girişimsel radyoloji, radyasyon onkolojisi, el cerrahisi gibi bölgede az ve/veya tek spesifik alanlarda hizmet sunulabilmesi</li> <li>12. Hastane personeline yönelik hizmet için eğitimin çeşitliliği</li> <li>13. Hastane personelinin genç, dinamik, güler yüzlü ve deneyimli olmaları</li> <li>14. Hemşirelik hizmetlerinde kalite odaklı çalışma</li> <li>15. Hastane hemşireleri tarafından geliştirilen yoğun bakım hasta yıkama sistemi</li> <li>16. Hastane çalışanları arasındaki pozitif ve güçlü iletişim ortamı</li> <li>17. Yönetim birimleri arasında destek verici, uyumlu çalışma ortamı</li> <li>18. Tıp bilimindeki ve teknolojideki gelişmeleri tıp eğitimi ve hizmet sunumuna dönüştürmedeki başarılı uygulamalar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mali görünümün negatif olması, borçlanma oranının yüksek olması</li> <li>2. SGK kesintilerinin fazla olması</li> <li>3. ICD tanı kodu gibi veri girişlerinin kontrollü ve doğru olmaması nedeniyle fatura kesintilerinin çok olması</li> <li>4. Personele yönelik ek ödeme oranlarının düşük olması</li> <li>5. Hastanenin şehir merkezinden uzak olması nedeniyle ulaşımın zaman alıcı ve yorucu olması</li> <li>6. Patoloji gibi bazı alanlarda yetişmiş, deneyimli eleman eksikliği</li> <li>7. Travma, nakil ve yanık ünitelerinin bulunmaması</li> <li>8. Zaman zaman hizmet sunum süresinin uzaması</li> <li>9. İş bölümü ve çok detaylı uzmanlaşmanın yapısal karmaşıklığa yol açması</li> <li>10. Sağlık hizmeti sunumunda personel sayısının iş yüküne göre az olması</li> <li>11. Hasta başına düşen sağlık personeli sayısının az olması</li> <li>12. Personel yönetiminde idari personelin görüşlerine çok yer verilmemesi</li> <li>13. Personel alımında belirli bir insan kaynakları politikasının olmayışı</li> <li>14. Personel sayısının az olması nedeniyle iş yükünün çok olması ve motivasyon eksikliği</li> <li>15. Personelin içerisinde sözleşmeli personel oranının çok olması nedeniyle aidiyet problemi</li> <li>16. Tanıtım, reklam gibi pazarlama faaliyetlerinin düşük olması</li> <li>17. Özellikle hastalarla doğrudan iletişim kuran idari personelin iletişiminin zayıf olması</li> <li>18. Hasta sayısı artışına bağlı olarak poliklinik ve laboratuvar sayısının yetersiz olması</li> <li>19. Birimlerin ihtiyaç duyduğu verilere ulaşılabilecek ortak bir veri tabanı olmayışı</li> <li>20. Randevu sisteminde oluşan aksaklıklar</li> <li>21. Radyoloji ve patoloji sonuç verme süresinin uzun oluşu</li> </ol>

**Tablo 4-5. Devam:** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi SWOT Analizi

<i>FIRSATLAR</i>	<i>TEHDİTLER</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bölgenin önde gelen sağlık kuruluşlarından biri olması ve bölgede travma merkezi bulunmaması</li> <li>2. Türkiye'nin en köklü ve kurumsal üniversitelerinden biri olan Selçuk Üniversitesi'ne bağlı olarak sağlık hizmeti sunması</li> <li>3. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin geniş ve donanımlı eğitimci kadrosuna sahip olması</li> <li>4. Üniversite personelinin sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi artırıcı yeni patent ve buluşları</li> <li>5. Özellikle dezavantajlı guruplara yönelik sosyal sorumluluk projeleri ile (sağlık taramaları, hasta ve hasta yakınlarına yardım programları, yaşlı ve çocuklara yönelik etkinlikler, vb.) topluma hizmet imkânının yerel yönetimlerce de desteklenmesi</li> <li>6. Genç bir hastane olmasına rağmen tam donanımlı fiziki, teknik, akademik ve idari altyapı</li> <li>7. Teknolojik altyapısının güçlü olması nedeniyle ağır ve nadir görülen vakalara müdahale edilebilmesi</li> <li>8. Orta Anadolu'nun merkezinde bir üniversite hastanesi olması</li> <li>9. Konya'nın diğer illerle ulaşım ağının kolay, ucuz ve çeşitli olması</li> <li>10. Üniversitenin uluslararasılaşmaya önem vermesi nedeniyle tıp alanında da uluslararası uygulama ve işbirliklerine daha kolay ulaşma imkânı</li> <li>11. Bir kampüs ortamında bulunması sebebiyle hasta ve hasta yakınlarının pek çok ihtiyacını giderebileceği sosyal alanlara yakın olması</li> <li>12. Sağlık turizmi ve inanç turizmini birleştiren bir şehirde bulunması</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Döner sermaye gelirlerinde yaşanan problemler</li> <li>2. Hastane yönetim yapısının başhekimlik ve müdürlük şeklinde ikili otorite hattı üzerine kurulmasının doğuracağı eş güdümlenme, denetim ve çatışma sorunları</li> <li>3. Performansı ölçmeye ve buna bağlı olarak doğru kaynak aktarımı yapmaya imkân tanyacak yönetsel ve kurumsal bir performans ölçme ve denetim mekanizmasının olmayışı</li> <li>4. Nakit akış problemleri</li> <li>5. Bölgede sağlık hizmeti sunan kurum sayısının artması</li> <li>6. Tıbbi teknoloji alanındaki gelişmelerin hızlı ve maliyetli olması nedeniyle teknolojik yenilenmenin doğuracağı mali sorunlar</li> <li>7. Firma ödemelerindeki sorunlar</li> <li>8. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) sürekli değişme olması</li> <li>9. Devlet hastaneleri ve Kamu Hastaneler Birliği'nce kullanılan performans ölçme ve değerlendirme sisteminin daha avantajlı sonuçlar doğurması</li> <li>10. Bölgede birden fazla üniversite hastanesinin olması</li> <li>11. Personelin dışarıda eğitimi için yeterli bütçenin olmaması</li> <li>12. SGK ve SUT'da yapılan fiyat değişimlerinden hastanenin negatif yönde etkilenmesi</li> <li>13. Sağlık sektöründe sunulan hizmetin niteliği itibarıyla sürekli güncelleme ve değişim ihtiyacı</li> <li>14. Rakiplerin tanıtımı destekleyici projelerle reklam yapmaları</li> <li>15. Toplum genelinde etik değerlerin yıpranmasının hekim-hasta ilişkisi ve tedavi sürecinde güven kayıplarına neden olması</li> <li>16. Hasta ve yakınlarının sağlık hizmetinden beklentilerinin sürekli artması ve değişmesi</li> <li>17. Finansal sürdürülebilirlik sıkıntıları</li> </ol>

### 4.2.1.3. Balanced Scorecard Boyutlarına Göre Stratejilerin Belirlenmesi

Çalışmanın ilk bölümünde yönetici görüşlerine dayanılarak hastanenin SWOT analizi yapılmıştır. Bu kapsamda hastane için güçlü ve zayıf yönler ile tehdit ve fırsatlar belirlenmiştir. Kurumların kendilerine uygulanabilir, anlaşılabilir, analiz edilebilir ve gerçekçi yapıda bir stratejik yol haritası belirleyebilmeleri için mevcut durumları ile gelecekte olmak istedikleri hedefi iyi analiz edip anlamaları gerekmektedir. Misyon ve vizyon bildirgesine paralel olarak SWOT analizi üzerine şekillendirilecek stratejiler kurumları buldukları konumdan daha ileriye götürecektir. Bu bağlamda çalışmada hastanenin stratejik planını doğru bir şekilde yapabilmek için yöneticilerin ilk olarak misyon, vizyon ve SWOT analizi kapsamında belirttikleri görüşlerine dayanarak hastane için temel stratejiler önermeleri istenmiştir. Bu sayede hastanenin güçlü yönlerini daha da kuvvetlendirebilecek, zayıf yönlerini hastane için olumlu yönde destekleyebilecek, fırsatları değerlendirebilecek, tehditleri elimine edebilecek, misyon ve vizyon bildiregilerindeki görüşlere paralel yapıda stratejiler belirlenerek eylem planları hazırlanabilecektir.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yönetici görüşmelerine göre içerik analizi yöntemi ile balanced scorecardın dört temel boyutuna göre belirlenen temel stratejiler tablo 4-6 – tablo 4-10 arasında gösterilmiştir.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde sağlık hizmeti sunumunda hizmet sunan ve hizmet alan olmak üzere iki taraf söz konusudur: Sağlık hizmeti alan ve dış müşteri olarak nitelendirilen hastalar; sağlık hizmeti sunan ve iç müşteriler olarak nitelendirilen personel. Bu bağlamda balanced scorecardın müşteri boyutu kapsamında stratejiler hasta ve personele yönelik olmak üzere iki bölümde ele alınmıştır.

**Tablo 4-6.** Dış Müşterilere (Hastalara) Yönelik Temel Stratejiler

MÜŞTERİ BOYUTU / HASTA	
1	Hasta ve hasta yakını memnuniyetini ön planda tutmak ve memnuniyeti artırıcı önlemler almak
2	Hasta ve hasta yakınlarının psikolojisine göre diyalog kurabilme yeteneğine sahip personel çalıştırılmak ve hasta-hekim iletişiminin üst düzey olmasını sağlamak
3	Hizmet sunumunda önceliği hasta gereksinimlerine vermek
4	Hasta güvenliğini sağlamak
5	Alternatif sağlık sunucular arasında tanı, teşhis ve tedavi işlemleri için hastaların tercih sıralamasında birinci sırada yer almak
6	Kaliteli hizmet sunulan hasta ve hasta yakını sayısını artırmak
7	Hastaların kolay ulaşabileceği ve 24 saat kesintisiz kaliteli sağlık hizmeti sunmak

Tablo 4-6'daki sonuçlara göre yapılan içerik analizi ve uzman görüşleri doğrultusunda hastalara yönelik 7 temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejilerde genel olarak hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini sağlamak, hasta-personel arasında

güçlü pozitif ilişki kurmak, hastaların öncelikli tercih edeceği kaliteli hizmet sunmak gibi konular ön plana çıkmaktadır.

**Tablo 4-7. İç Müşterilere (Personele) Yönelik Temel Stratejiler**

<b>MÜŞTERİ BOYUTU / PERSONEL</b>	
1	Kalite standartlarını uygulayabilecek yeterli sayıda sağlık çalışanını istihdam etmek ve çalışan sayısını artırmak
2	Personel memnuniyeti ön planda tutmak ve memnuniyeti artırıcı önlemler almak
3	Psiko-sosyal yönden iyi iletişim kuran, sosyal yönü kuvvetli, empati yeteneği olan, etik değerlere saygılı doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personeline sahip olmak
4	Personel alımında seçici olarak vasıflı, yetenekli, özverili, ufku açık, işini severek yapan, yeterli ve profesyonel akademik ve idari personel temin etmek
5	Personelin kuruma güven duymasını sağlamak ve çalışan güvenliğini artırmak
6	Hastane yönetiminde sağlık yönetimi ve idari konularda bilgi ve becerisi yüksek yöneticilere sahip olmak
7	Hastalarla doğrudan ilk iletişimi kuran birimlerde (başta danışma, hasta hakları ve poliklinik sekreterlikleri olmak üzere) çalışan personelin iletişim gücünü artırmak

Tablo 4-7'deki sonuçlara göre yapılan içerik analizi ve uzman görüşleri doğrultusunda hastanede çalışan personele yönelik 7 temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejilerde genel olarak personel memnuniyetini sağlamak, nitelikli personel istihdamı, personelin kurumsal bağlılığını sağlamak gibi konular ön plana çıkmaktadır.

**Tablo 4-8. Finansal Boyut Stratejiler**

<b>FİNANSAL BOYUT</b>	
1	SGK kesintilerinin azaltılması gibi mali tedbirlerle çalışanlara yeterli ek ödeme verilebilmek
2	Uzun vadeli ve gerçeğe dönük bir bakış açısı ile hastane bütçesini amaç ve hedefler doğrultusunda hazırlamak
3	Kaynak tahsislerini birimler arasında önem ve öncelik sıralamasına göre yapmak
4	Personele maaş, mesai ücreti, döner sermaye ve ek ödeme gibi tüm konularda çalışmasının karşılığı olacak, tatmin edici mali destek sağlamak
5	Çalışanların kurumsal aidiyetini artırıcı sosyal ve maddi olanakları sağlamak
6	Kesintisiz ilave mali destek ve mali disiplini sağlamak
7	Hizmet sunumunda en son sağlık teknolojileri kullanımının öneminden hareketle teknolojik yatırıma ayrılan mali kaynakları artırmak
8	Kaynak dağılımını birimlerin hesap verebilme sorumluluğu ve kurumsal yönetim ilkeleri kapsamında planlamak

Tablo 4-8'deki sonuçlara göre yapılan içerik analizi ve uzman görüşleri doğrultusunda hastanenin finansal konularına yönelik 8 temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejilerde genel olarak hastane gelirini artırıcı önlemler almak, mali konularda personel tatminini sağlamak, kaynak tahsisi ve bütçelemenin adil ve amaçlara göre planlanması vb. konular ön plana çıkmaktadır.

**Tablo 4-9. Öğrenme Gelişme Boyutu Stratejiler**

<b>ÖĞRENME GELİŞME BOYUTU</b>	
1	Her seviyeden personelin nitelik ve gereksinimlerine uygun eğitim ve araştırma imkânları geliştirmek
2	Personel eğitimlerinde sürekliliği sağlamak ve hizmet içi eğitim uygulamalarını artırmak
3	Bilim ve teknolojideki gelişme ve yenilikleri takip ederek hastanedeki tüm süreçlerde en üst düzeyde uygulamaya geçirmek
4	Kaliteli, güler yüzlü bir hizmet için sağlık çalışanlarını eğitmek ve iş yapış şekilleriyle ilgili çalışan bilinci ve kurum kültürü oluşturmak
5	Sağlık hizmeti sunumunda yeni ve hastanenin teknik ve fiziki yeterliliklerine uygun teknolojik alt yapıyı kullanmak
6	Öğrenen organizasyon bilinciyle sağlık hizmetleri sunumunu şekillendirmek
7	Çalışanlarını alanlarında meydana gelen ulusal ve uluslararası gelişmeleri, yenilikleri takip etmeleri konusunda desteklemek ve öncü olmak
8	Özellikle yakın coğrafik bölgede hizmet sunan ve/veya belirli bir uzmanlık alanı olan, isim yapmış diğer hastanelerle koordinasyonu sağlayarak idari ve akademik personeller eğitimler ve işbirliği programları düzenlemek
9	Hastanenin teknik ve fiziki altyapısını hasta, hasta yakını ve personel gereksinimlerini dikkate alarak tasarlamak ve güçlendirmek

Tablo 4-9'daki sonuçlara göre yapılan içerik analizi ve uzman görüşleri doğrultusunda hastanenin öğrenme ve gelişmesine yönelik 9 temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejilerde genel olarak hizmet içi eğitime önem vermek ve personeli sürekli eğitimlere tabi tutmak, sağlık hizmeti sunumundaki teknolojik yenilikleri takip ederek hizmetlere uygulamak, hastane paydaşlarının gereksinimine göre teknik ve fiziki alt yapıyı oluşturmak vb. konular ön plana çıkmaktadır.

**Tablo 4-10. İç Süreçler Boyutu Stratejiler**

<b>İÇ SÜREÇLER BOYUTU</b>	
1	Travma, nakil, yanık üniteleri gibi diğer sağlık sunuculardan farklılaşmayı sağlayacak eksik olan yan dallara ilişkin birimleri kurmak
2	Kalite standartlarını Sağlık Bakanlığı mevzuatı ve gerekliliklere uygun olarak belirleyerek tüm birimlerin bu doğrultuda çalışmasını sağlamak
3	Kaliteli, modern, etik değerleri olan, donanımlı sağlık hizmeti sunabilecek altyapıyı geliştirmek
4	Birimler ve anabilim dalları arasında koordinasyonu ve işbirliği yüksek ekip çalışması gerçekleştiren ve kurumsallaşmış bir sağlık kuruluşu olmak
5	Hastane doluluk oranı, yattış süresi, yatak doluluk oranı vb. operasyonel göstergeleri iyileştirecek tedbirler almak
6	Uluslararası ve ulusal çapta alanında uzman, güvenilirliği ve bilinirliği yüksek dünyanın önde gelen sağlık kurumlarını takip ederek bu kurumlarla idari ve akademik işbirlikleri yapmak
7	Tetkik, sonuç ve randevu sürelerini kısaltacak tedbirler almak
8	Tanı ve tedavi hizmetlerinde uluslararası standartlarda hizmet vermek
9	Çağın yönetim gereklerine uygun, yenilenebilir bir organizasyon şeması oluşturmak



10	Kaynak tahsislerini öncelik sıralamasına göre yapmak
11	Tıbbi cihaz parkını ihtiyaca ve küresel teknolojik gelişmelere göre sürekli yenilemek
12	Yönetim, tanıtım, performans gibi stratejik süreçlerde profesyonel kişi ya da kuruluşlardan destek almak
13	Fiziksel altyapı eksikliklerini kısa sürede tamamlamak
14	Sağlık hizmeti sunumunun vazgeçilmez bir parçası olan otelcilik hizmetlerini hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerine göre geliştirmek

Tablo 4-10'daki sonuçlara göre yapılan içerik analizi ve uzman görüşleri doğrultusunda hastanenin iç süreçlerine yönelik 14 temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejilerde genel olarak hastane altyapısını güncel gelişmelere paralel olarak güçlendirmek ve donanımı artırmak, hastanenin zayıf olduğu alanlara yönelik eksiklikleri gidermek, performansı artırıcı, operasyonel göstergeleri iyileştirici, memnuniyeti ve kaliteyi sağlayan önlemler almak vb. konular ön plana çıkmaktadır.

#### 4.2.1.4. Balanced ScoreCard Bileşenlerine Göre Stratejik Amaç ve Performans Göstergelerini Belirleme

Hastanenin güncel değerlendirmesi aşamasında son olarak yöneticilerin görüşlerinden elde edilen verilerin frekans analizi sonucunda hastanenin stratejik yönetim sürecinin planlanmasında kilit rol oynayacak stratejik amaç ve performans göstergeleri belirlenmiştir. Çalışma kapsamında yöneticilere uygulanan birinci anketin son bölümünde sağlık kurumlarında balanced scorecarda dayalı literatürde yer alan çalışmalar ve ulusal/uluslararası balanced scorecard örnekleri incelenerek hasta ve personel memnuniyeti (müşteri) boyutu için 16 adet stratejik amaç ve 26 adet performans kriteri, finansal boyut için 19 adet stratejik amaç ve 20 adet performans kriteri, iç süreçler (hizmet sunumu ve kalitesi) boyutu için 19 stratejik amaç ve 43 adet performans kriteri, öğrenme ve gelişme boyutu için de 18 adet stratejik amaç ve 39 adet performans kriteri olmak üzere toplam 72 stratejik amaç ve 128 performans göstergesi arasından seçim yapılması istenmiştir. Ayrıca BSC'nin her bir boyutu için yöneticilerin eklemek istedikleri stratejik amaç ve performans göstergeleri de açık uçlu sorular yardımıyla toplanmıştır. Çalışmada 28 yönetici anketinden elde edilen veriler toplanmış ve her bir stratejik amaç ve performans göstergesi frekans analizine tabi tutulmuştur. Frekans analizi sonuçları tablo 4-11-4-14 arasında verilmiştir.<sup>16</sup>

16 Frekans analizi sonuçları yüzdelik dilimler üzerinden değil sayılar üzerinden yorumlanmıştır. Çünkü bir katılımcı birden fazla işaretleme yapabileceği için frekans analizi yüzde toplamı %100'ü geçmektedir.

**Tablo 4-11.** BSC Boyutları Stratejik Amaçlar ve Performans Göstergeleri Frekans Analizi -Müşteri Boyutu

SIRA	MÜŞTERİ BOYUTU STRATEJİK AMAÇLAR	FREKANS
1	Hasta Ve Toplum Beklentilerini Karşulamak	21
2	Hastaların Yüksek Seviyede, Kaliteli Ve Güvenli Hizmete Erişimini Sağlamak	21
3	Kuruma Duyulan Güveni Ve İyileştirmek Kurumun Tanınırlığını Artırmak	21
4	Doğru Ve Zamanında Teşhis Ve Tedavi Uygulamak	21
5	Hasta Bekleme Ve Kalış Surelerini Azaltmak	20
6	Hasta Ve Hasta Yakınları Memnuniyetini Artırmak	20
7	Hasta Ve Hasta Yakınlarının Bilgilendirilmesi Oranını Ve Hastalıkla İlgili Verilen Eğitimin Kalitesini Artırmak	20
8	Hasta Şikâyetlerini Azaltmak	18
9	Hastanenin Toplumla İlgili Konularda Gerçekleştirdiği Faaliyet (Eğitimler Seminerler Televizyon Programları) Sayısını Artırmak	17
10	Fiziki Şartları İyileştirmek	16
11	Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunmak Ve Hasta Hakları Biriminin Etkin Şekilde Hizmet Vermesini Sağlamak	13
12	Hasta Güvenliğini Artırmak	11
13	Hasta Haklarında Standartları Aşmak	11
14	Hastaların Hekim Seçebilmelerine Yönelik Düzenlemeler	10
15	Hasta Kayıtları Ve Dosyaları Çalışmalarının İyileştirilmesi	8
16	Danışma Biriminin Hizmet Sunumu İçin Gerekli Şartları Karşılması	7

**Tablo 4-11. Devam:** BSC Boyutları Stratejik Amaçlar ve Performans Göstergeleri Frekans Analizi  
-Müşteri Boyutu

SIRA	MÜŞTERİ BOYUTU PERFORMANS KRİTERLERİ	FREKANS
1	Muayene Ve Tetkik Randevu Süreleri	24
2	Yatan Hasta Memnuniyet Oranı	23
3	Muayene Ve Tetkik Bekleme Süreleri	22
4	Personel Memnuniyeti	22
5	Hasta Memnuniyet Oranları	20
6	Poliklinik Hasta Memnuniyet Oranı	19
7	Muayene Ve Tetkik İşlem Süreleri	18
8	Mahremiyete Saygı	18
9	Sağlık Durumu/Tedavi Hakkında Yeterli Bilginin Verilmesi	16
10	Hastaneyi Tavsiye Etme Oranı	16
11	Hasta Yakını Memnuniyet Oranı	16
12	Acil Hasta Memnuniyeti	16
13	İletişim Eğitimi Alan Personel Oranı	15
14	Şikâyetlerin Çözüm Süresi	15
15	Yeni Kazanılan Hasta Sayısı	15
16	Hasta Şikâyet Oranı	14
17	Hemşirelerin Hasta Çağırısına Ortalama Cevap Verme Süresi	12
18	Hekim Seçme Hakkı Çalışmaları	12
19	Basında Çıkan Haber Sayısı	10
20	Hastalara Yönelik Sosyal Aktivite Sayısı	8
21	Hastalara Ayrılan Otopark Sayısı/Poliklinik Hasta Sayısı Oranı	8
22	Sevk Edilen Hasta Oranları	8
23	Hasta Kayıt Ve Hasta Dosyaları Çalışmaları	8
24	Muayene Ve Tetkik Randevularına Gelme Oranı	7
25	Tekerlekli Sandalye\Sedyeye Sayısı/Poliklinik Hasta Sayısı Oranı	7
26	Personel Devir Hızı	7

Tablo 4-11 müşteri boyutuna ilişkin stratejik amaç ve performans göstergelerinin yöneticilerce tercih edilme sıklıklarının göstermektedir. Buna göre 16 stratejik amaçın 11'i ve 26 performans göstergesinin 16'sı yöneticilerin en az %50'since tercih edilmiş ve hastanenin hasta / hasta yakını ve personel memnuniyeti için performans sisteminde yer alması gerektiği belirtilmiştir. Müşterilerle ilgili olarak yöneticilerin en çok olmasını istedikleri stratejik amaçlar “*Hasta Ve Toplum Beklentilerini Karşulamak*”, “*Hastaların Yüksek Seviyede, Kaliteli Ve Güvenli Hizmete Erişimini Sağlamak*”, “*Kuruma Duyulan Güveni Ve İyileştirmek Kurumun Tanınırlığını Artırmak*” ve “*Doğru Ve Zamanında Teşhis Ve Tedavi Uygulamak*”

olmuştur. Diğer yandan yine müşteri boyutunda performansı ölçmeye en yardımcı gösterge “*Muayene Ve Tetkik Randevu Süreleri*” olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4-12.** BSC Boyutları Stratejik Amaçlar ve Performans Göstergeleri Frekans Analizi –Finansal Boyut

SIRA	FİNANSAL BOYUT STRATEJİK AMAÇLAR	FREKANS
1	Gelirleri Arttırmak	26
2	Hastane Doluluk Oranını Arttırmak	24
3	Finansal Sürdürülebilirliği Ve Hesap Verebilirliği Sağlamak	20
4	Maliyet-Etkili Bir Hastane Olmak	19
5	Uzun Vadede Hastanenin Değerini Arttırmak	19
6	Yatan Hasta Sayısını Arttırmak	19
7	Ayakta Hasta (Poliklinik) Sayısını Arttırmak	17
8	Hizmet Verilen Hasta Sayısını Arttırmak	16
9	Genel Maliyetlerin Azaltılması	16
10	Hastanenin Değerli Varlıklarının Verimli Kullanımını Sağlamak	14
11	Hasta Maliyetlerinin Azaltılması	14
12	Ciro Karlılığını Arttırmak	13
13	Yatırımın Geri Dönüş Süresini Kısaltmak	13
14	Teşhis Ve Tedavi Sonrası Kurumlara Kesilen Fatura Tutarı	13
15	Döner Sermaye, Muhasebe Ve Finansman İşlemleri Kayıtlarının Düzenli Ve Zamanında Tutulması	13
16	Kalite-Maliyet Oranlarını Arttırmak	12
17	Kurum Performansını Arttırmak Ve Büyütmek	12
18	Sermaye Karlılığını Arttırmak	9
19	Pazar Payı Oranı Arttırmak	5

**Tablo 4-12. Devam:** BSC Boyutları Stratejik Amaçlar ve Performans Göstergeleri Frekans Analizi  
-Finansal Boyut

SIRA	FİNANSAL BOYUT PERFORMANS KRİTERLERİ	FREKANS
1	Gelir Artış Oranı	22
2	Dönem Net Karı	19
3	Personel Harcamaları	18
4	Tıbbi Malzeme Gideri	18
5	Hizmet, Tıbbi Sarf, İlaç, Demirbaş, Personel Ve Diğer Maliyetlerin Değerlendirilmesi	18
6	Toplam Borcun Toplam Gelire Oranı	17
7	Hasta Sayısı Yıllık Artış Oranı	17
8	Toplam Giderin Toplam Gelire Oranı	16
9	Hasta Günü Maliyeti, Yatak Maliyeti, Yatan Hasta Maliyeti Ve Poliklinik Maliyetleri Değerleri	14
10	Fatura Tutarı Yıllar Arası Seyir Ve Oranları	14
11	Toplam Tahsilâtın Toplam Tahakkuka Oranı	13
12	Poliklinik Hastası Başına Ortalama Maliyet	13
13	Sermayenin Kârlılığı	12
14	Hasta Günü Maliyeti	12
15	Yatan Hastanın Ortalama Günlük Maliyeti	12
16	Ek Ödeme Dağılımı	12
17	Hasta Bakım Hizmetinin Direkt Maliyeti	11
18	Kurum Finansal Analizleri Ve Mali Durum Toplantıları	11
19	Varlıkların Devir Hızı	8
20	Hastane Etkinlik Oranları	8

Tablo 4-12 finansal boyuta ilişkin stratejik amaç ve performans göstergelerinin yöneticilerce tercih edilme sıklıklarını göstermektedir. Buna göre 19 stratejik amaçın 11'i ve 20 performans göstergesinin 10'u yöneticilerin en az %50'since tercih edilmiş, finansal performansın ölçülebilmesi ve izlenebilmesi için performans sisteminde yer alması gerektiği belirtilmiştir. Finansal açıdan yöneticilerin en çok olmasını istedikleri stratejik amaç “Gelirleri Arttırmak” olmuştur. Diğer yandan yine finansal açıdan performansı ölçmeye en yardımcı gösterge “Gelir Artış Oranı” olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4-13.** BSC Boyutları Stratejik Amaçlar ve Performans Göstergeleri Frekans Analizi –İç Süreçler Boyutu

SIRA	İÇ SÜREÇLER BOYUTU STRATEJİK AMAÇLAR	FREKANS
1	Hasta Ve Çalışan Güvenliğini Sağlamak	22
2	Hastaların Kurumda Ortalama Bekleme Sürelerinin Azaltılması	19
3	Kurum İçi Süreçlerin Güvenilir Ve Güvenli Olmasını Sağlamak	18
4	Hizmet Sunumunun Kalite Ve Sürekliliğini; Sorgulama, Yenilik Ve Öğrenme İle Destekleyerek Mükemmelleştirmek	18
5	Hekim Başına Düşen Hasta Oranının Optimizasyonu	17
6	Yeni Ve Modern Tıbbi Cihaz Ve Cihazlarla Hizmet Sunmak, Cihaz Verimliliğini Arttırmak Ve Teknolojik Cihazların Kullanım Düzeylerini Arttırmak	17
7	Hizmet Verimliliğini Arttırmak	17
8	Tıbbi Cihazların Arıza Bakım Oranlarının Optimizasyonu	16
9	Yanlış Tanı-Teşhis Oranlarının Azaltılması	16
10	Hizmet Çeşidini Arttırmak	15
11	Enfeksiyon Oranların Azaltılması	15
12	Verimli Ve Kaliteli Hasta Hizmet Süreçlerini Sağlamak	14
13	Kurum İçi Sorunların Tespiti Ve Çözüm Sürelerini Kısaltmak	14
14	İçsel Ve Dışsal (Sağlık Sistemi) Süreçlerde Hasta Odaklı Bütünleşmenin Sağlanması	12
15	Sağlık Sistemine Entegrasyon Tam Sağlanması	10
16	Fiziki Alanların Ve Alt Yapıların, Çalışma Ortamının Vatandaş Odaklı Kamu Hizmeti Programı Kapsamında İyileştirilmesi	10
17	Atık Yönetiminin Sağlanması	10
18	Ambulans Ve Hizmet Araçlarının Yeterli Donanım Ve Sayıya Ulaştırılması	9
19	Muayene Odalarının Gereken Şartları Karşılması	9

**Tablo 4-13. Devam:** BSC Boyutları Stratejik Amaçlar ve Performans Göstergeleri Frekans Analizi  
–İç Süreçler Boyutu

SIRA	İÇ SÜREÇLER BOYUTU PERFORMANS KRİTERLERİ	FREKANS
1	Yıllık Doktor Başına Düşen Yatan Hasta Sayısı	18
2	Tetkik Raporlarının Hazırlanma Süresi	17
3	Enfeksiyon Oranları	17
4	Yatak Doluluk Oranı	17
5	Yıllık Doktor Başına Düşen Ayakta Hasta Sayısı	17
6	Ameliyat Tarihi İçin Bekleme Süresi	17
7	Konsültasyona Cevap Verme Süresi	16
8	Yıllık Doktor Başına Düşen Acil Hasta Sayısı	16
9	Hemşire Hasta Oranı	14
10	Yıllık Malpraktis Ve Tıbbi Hata Sayısı	12
11	Laboratuvar Tetkik Sayısı	12
12	İlaç Uygulama Hataları	11
13	Hasta Taburcu Süresi	11
14	Yeni Cihaz Sayısı/Toplam Cihaz Sayısı	11
15	Planlanan Bakım Ve Kalibrasyonların Gerçekleştirilme Oranı	10
16	Cerrahi İşlem Sonrası Planlanmamış Kalış Günü	10
17	Ölüm Oranı	10
18	Bası Yarası Oranı	10
19	İki Kez Alınmak Zorunda Kalınan Örneklerin Sayısı	10
20	Hasta Düşme Oranı	10
21	İş Kazaları Sayısı	10
22	Cihaz Arızası Nedeniyle Yapılamayan Tetkik Sayısı Ve Maliyeti	10
23	Ameliyat Sonrası Yatış Süresi	10
24	Günlük Cerrah Başına Düşen Ortalama Ameliyat Sayısı	10
25	Poliklinik Oda Sayısı/ Poliklinik Doktor Sayısı	10
26	Oda Şartları	10
27	Komplikasyon (İnfiltrasyon, Tromboflebit Vb) Oranı	9
28	Yeniden Yatış Oranı	9
29	Sezaryen Oranı	9
30	Mortalite Oranı	9
31	Satın Alınan Malzemelerin Hatalı Çıkma Oranı	8
32	Kan Transfüzyon Reaksiyonlarının Sayısı	8
33	Hatalı Verilen\Alınan Hekim İstemi Oranı	8
34	Arızalan Cihaz Sayısı	8
35	Cihaz Arıza Süresi	8
36	Arıza Cevap Verme Süresi	8

37	Ambulans Ve Diğer Hizmet Araçlarının Sayısı Ve Kullanım Oranları	8
38	El Yıkama Oranı	7
39	İş Kazalarında Kaybolan Süre	7
40	Bilgisayar Ve Diğer Büro Makineleri Sayısı Ve Kullanım Oranları	7
41	Atık Yönetimi Çalışmaları	7
42	Hasta Bilekliği Takılmayan Hasta Oranı	6
43	İş Kazaları Nedeniyle Alınan Rapor Sayısı	5

Tablo 4-13 iç süreçler boyuta ilişkin stratejik amaç ve performans göstergelerinin yöneticilerce tercih edilme sıklıklarını göstermektedir. Buna göre 19 stratejik amacın 13'ü ve 43 performans göstergesinin 9'u yöneticilerin en az %50'since tercih edilmiş, iç süreçlerle ilgili performansın ölçülebilmesi ve izlenebilmesi için performans sisteminde yer alması gerektiği belirtilmiştir. İç süreçler açısından yöneticilerin en çok olmasını istedikleri stratejik amaç "*Hasta Ve Çalışan Güvenliğini Sağlamak*" olmuştur. Diğer yandan yine finansal açıdan performansı ölçmeye en yardımcı gösterge "*Yıllık Doktor Başına Düşen Yatan Hasta Sayısı*" olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4-14.** BSC Boyutları Stratejik Amaçlar ve Performans Göstergeleri Frekans Analizi –Öğrenme ve Gelişme Boyutu

SIRA	ÖĞRENME VE GELİŞME BOYUTU STRATEJİK AMAÇLAR	FREKANS
1	Çalışan Memnuniyetini Ve Motivasyonunu Sağlamak	25
2	Verimli, Uyumlu Ve Adanmış Çalışanlara Sahip Olmak	19
3	Kurumsal Hedeflere Ulaşmak İçin Kurumsal Yetkinlikleri Geliştirmek	18
4	Çalışma Ortamı Ve Araçlarının Kalitesini Artırmak	18
5	Liderlik Yeteneklerini Geliştirmek Ve Beslemek	17
6	Kurumsal Bağlılığı Ve Ekip Çalışmasını Artırmak	17
7	Personel Ve Yöneticilerin Yetenek Ve Yeterliliklerinin Arttırılması, Eğitilmesi	17
8	Çalışanların Kendilerini Geliştirmelerini Sağlamak Ve Kariyer Olanakları	17
9	Öğrenen Hastane Olma Kültürünü Güçlendirerek Devam Ettirmek	16
10	Araştırma, Öğrenme Ve Yenilik İçin Çalışan Yeteneklerini Geliştirmek	15
11	Süreçleri, Çıktıları Ve Sonuçları İş Zekâsı, Bilgi Teknolojileri, Araçlar Ve Sistemlerle Desteklemek	14
12	Eğitim Ve Araştırmada Lider Bir Kurum Olarak Tanınmak	14
13	Tamamlayıcı Fiziksel Hizmetler Ve Alt Yapı Hizmetlerini İyileştirme	12
14	Bilgiye Ulaşım Ve Bilgi Kullanılarak Verimliliğin Arttırılması	12
15	Yeni Hizmetleri Kullanan Hasta Oranının Arttırılması,	11
16	Hastanenin Kişi Başına Yıllık Ortalama Eğitim Süresinin Arttırılması,	10
17	Ortalama Yeni Hizmetler Geliştirme Süresinin Kısaltılması,	8
18	Çalışanların Yeniliklere Adapte Olma Zamanının Kısaltılması	7



**Tablo 4-14. Devam: BSC Boyutları Stratejik Amaçlar ve Performans Göstergeleri Frekans Analizi –Öğrenme ve Gelişme Boyutu**

SIRA	ÖĞRENME VE GELİŞME BOYUTU PERFORMANS KRİTERLERİ	FREKANS
1	Yöneticiden Memnuniyet Oranı	20
2	İş Memnuniyeti Oranı	19
3	Çalışma Ortamından Memnuniyet Oranı	17
4	Çalışanlardan Gelen Şikâyet Sayısı	16
5	Meslektaş Memnuniyeti	16
6	Çalışan Başına Düşen Eğitim Saati	15
7	Çalışan Öğrenim Düzeyleri	14
8	İletişim Memnuniyeti	14
9	Hizmet İçi Eğitim Oranı	13
10	Yayınlanmış Makalelerin Sayısı	13
11	Tedavide Bulunan Yeni Yöntem	12
12	Kalite İyileştirme Takımları Sayısı (Veya Hastane İçinde Kurulan Komite Ve Komisyonların Sayısı)	12
13	Kurum Dışı Kongre Ve Konferans Katılım Sayısı	11
14	Ödül Ve Ceza Oranları	11
15	Kurumsal Bağlılık Oranı	11
16	Yıllık Kongre Ve Konferansa Katılmış Personel Sayısı (Hastanenin Gönderdiği)	11
17	Hijyen, Isı, Işık Ve Havalandırma Yeterlilikleri	11
18	Oryantasyon Eğitimine Katılım Oranı	10
19	Araştırma Projelerinin Sayısı	10
20	Sosyal Aktivite Sayısı	10
21	TUS'ta Tercih Edilme Sırası	10
22	Uluslararası Yayın Sayısı	10
23	Çalışanlar Tarafından Gönüllü Yürütülen Proje Sayısı	10
24	Çalışanların Hizmet İçi Eğitimi Gideri	10
25	Eğitim Sayıları	9
26	Çalışanların Ortalama Hizmet Süreleri	9
27	Kapasite Kullanımı	9
28	Yapılan Araştırma Sayısı	9
29	Düzenlenen Tıbbi Etkinlik Sayısı	8
30	Tıbbi Araştırma Giderleri	8
31	Hastane İçinde Kurulan Komite Ve Komisyonların Sayısı	8
32	İşgücü Devir Hızı	7
33	Devamsızlık Oranı	7

34	Rapor Oranı	7
35	Toplam Atıf Yapılan Yayın Sayısı	7
36	Bilgi İşlem Sistemlerine Yapılan Yıllık Yatırım Tutarı	7
37	Eğitim Başvurusu Ve Önerileri HBYS Kullanım Oranları	7
38	Klinikler Arası Personel Değişim Oranı	6
39	Katılınan Fuar Sayısı	6

Tablo 4-14 öğrenme ve gelişme boyuta ilişkin stratejik amaç ve performans göstergelerinin yöneticilerce tercih edilme sıklıklarının göstermektedir. Buna göre 18 stratejik amacın 12'si ve 39 performans göstergesinin 8'i yöneticilerin en az %50'since tercih edilmiş ve öğrenme gelişme ile ilgili performansın ölçülebilmesi ve izlenebilmesi için performans sisteminde yer alması gerektiği belirtilmiştir. Öğrenme ve gelişme açısından yöneticilerin en çok olmasını istedikleri stratejik amaç “Çalışan Memnuniyetini Ve Motivasyonunu Sağlamak” olmuştur. Diğer yandan yine finansal açıdan performansı ölçmeye en yardımcı gösterge “Yöneticiden Memnuniyet Oranı” olarak belirlenmiştir.

#### 4.2.2. Balanced Scorecarda Dayalı Performans Yönetim Sistemi

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın ilk kısmından elde edilen balanced scorecard boyutları için stratejik amaçlar ve performans kriterleri kullanılarak hazırlanan ikili karşılaştırma anketinin sonuçları bulanık AHP yöntemi ile değerlendirilmiştir. Bu kapsamda ilk olarak bulanık AHP yöntemi kullanılarak her bir boyut için (müşteri boyutu, finansal boyut, iç süreçler boyutu ve öğrenme gelişme boyutu) yöneticiler tarafından önerilen stratejik amaç ve performans kriterleri bulanık AHP yöntemi ile önceliklendirilmiştir. Çalışmanın devamında ise bu öncelikler kullanılarak Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için Balanced Scorecard modeli kurulmuştur.

##### 4.2.2.1. Bulanık AHP Yöntemi İle Stratejik Amaçların ve Performans Kriterlerinin Önceliklendirilmesi

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için performansı en iyi şekilde ve bütüncül bir yaklaşımla ölçmeye yardımcı olacak bir performans yönetim sistemi modeli önermek bu araştırmanın temel amacıdır. Bu kapsamda önerilecek performans yönetim sistemindeki stratejik amaç ve performans kriterlerini önceliklendirmek amacıyla oluşturulan ikili karşılaştırma anketlerinden faydalanılmıştır. Bu anketler oluşturulurken araştırmanın ilk bölümünde yöneticiler tarafından en çok önerilen ilk beş stratejik amaç ve performans kriteri birbirleri ile kıyaslanmıştır.

Yöneticiler tarafından ilk bölümde müşteri boyutu için 16 stratejik amaç ve 26 performans kriteri, finansal boyut için 19 stratejik amaç ve 20 performans kriteri, iç süreçler boyutu için 19 stratejik amaç ve 43 performans kriteri ile öğrenme ve gelişme boyutu için 18 stratejik amaç ile 39 performans kriteri önerilmiştir. Stratejik amaç

ve performans kriterlerinin kendi içlerinde önceliklendirilmesinde veri oluşturmak için kullanılacak olan ikili karşılaştırma anketleri, yapısı itibariyle tüm göstergelerin tek tek diğerlerinin tamamı ile karşılaştırılmasını gerektirmektedir. Çalışmada ele alınan stratejik amaç ve performans kriterlerinin sayıca çok olması nedeniyle tüm göstergelerin birbirleri ile kıyaslanması, karşılaştırma anketindeki soru sayısını oldukça artırmakta ve anketin tamamlanma süresini fazlasıyla uzatmaktadır. Anket sonucu elde edilecek verilerin güvenilirliğini sağlamak ve katılımcıların ikili karşılaştırma anketlerini sonuna kadar bilinçli ve objektif bir şekilde, kısa sürede cevaplayabilmesi amacıyla karşılaştırma anketlerine stratejik amaç ve performans kriterleri birinci anket sonucunda belirlenen frekans tablosundan seçilerek koyulmuştur. Karşılaştırma anketinde yer alacak stratejik amaçlar ve performans kriterleri belirlenirken tablo 4-11-4-14 'de yer alan frekans analizi sonuçları dikkate alınmıştır. Buna göre müşteri boyutu için ilk 7 stratejik amaç ve 5 performans kriteri, finansal boyut için 6 stratejik amaç ve 5 performans kriteri, iç süreçler boyutu için 7 stratejik amaç ve 6 performans kriteri ile öğrenme ve gelişme boyutu için 8 stratejik amaç ve 5 performans kriteri alınarak<sup>17</sup> 136 ikili karşılaştırma sorusundan oluşan anket tasarlanmıştır. Ankette kullanılan stratejik amaç ve performans kriterleri tablo 4-15'de verilmiştir.

17 Stratejik amaç ve performans kriterleri belirlenirken Pareto Analizi'nin mantığından yola çıkılarak en yüksek frekansa sahip ilk 5 değer dikkate alınmıştır. Beşinci frekans değeri ile aynı frekansa sahip stratejik amaç ve performans kriterleri de ankete dâhil edilmiştir.

**Tablo 4-15.** İkili Karşılaştırmada Kullanılan Stratejik Amaç ve Performans Kriterleri

BSC Boyutu	Stratejik Amaç		Performans Kriteri	
	Kodu	Adı	Kodu	Adı
Müşteri Boyutu (MB)	MBSA1	Hasta Ve Toplum Beklentilerini Karşılama	MBPK1	Muayene Ve Tetkik Randevu Süreleri
	MBSA2	Hastaların Yüksek Seviyede, Kaliteli Ve Güvenli Hizmete Erişimini Sağlama	MBPK2	Yatan Hasta Memnuniyet Oranı
	MBSA3	Kuruma Duyulan Güveni Ve İyileştirmek Kurumun Tanınırlığını Artırma	MBPK3	Muayene Ve Tetkik Bekleme Süreleri
	MBSA4	Doğru Ve Zamanında Teşhis Ve Tedavi Uygulamak	MBPK4	Personel Memnuniyeti
	MBSA5	Hasta Bekleme Ve Kalış Sürelerini Azaltma	MBPK5	Hasta Memnuniyet Oranları
	MBSA6	Hasta Ve Hasta Yakınları Memnuniyetini Artırma		
	MBSA7	Hasta Ve Hasta Yakınlarının Bilgilendirilmesi Oranını Ve Hastalıkla İlgili Verilen Eğitimin Kalitesini Artırma		
Finansal Boyut (FB)	FBSA1	Gelirleri Arttırmak	FBPK1	Gelir Artış Oranı
	FBSA2	Hastane Doluluk Oranını Artırma	FBPK2	Dönem Net Karı
	FBSA3	Finansal Sürdürülebilirliği Ve Hesap Verebilirliği Sağlama	FBPK3	Personel Harcamaları
	FBSA4	Maliyet-Etkili Bir Hastane Olmak	FBPK4	Tıbbi Malzeme Gideri
	FBSA5	Uzun Vadede Hastanenin Değerini Artırma	FBPK5	Hizmet, Tıbbi Sarf, İlaç, Demirbaş, Personel Ve Diğer Maliyetlerin Değerlendirilmesi
	FBSA6	Yatan Hasta Sayısı Artırma		

**Tablo 4-15. Devam:** İkili Karşılaştırmada Kullanılan Stratejik Amaç ve Performans Kriterleri

İç Süreçler Boyutu (İSB)	İBSBA1	Hasta Ve Çalışan Güvenliğini Sağlamak	İSBPK1	Yıllık Doktor Başına Düşen Yatan Hasta Sayısı
	İBSBA2	Hastaların Kurumda Ortalama Bekleme Sürelerinin Azaltılması	İSBPK2	Tetkik Raporlarının Hazırlanma Süresi
	İBSBA3	Kurum İçi Süreçlerin Güvenilir Ve Güvenli Olmasını Sağlamak	İSBPK3	Enfeksiyon Oranları
	İBSBA4	Hizmet Sunumunun Kalite Ve Sürekliliğini; Sorgulama, Yenilik Ve Öğrenme İle Destekleyerek Mükemmelleştirmek	İSBPK4	Yatak Doluluk Oranı
	İBSBA5	Hekim Başına Düşen Hasta Oranının Optimizasyonu	İSBPK5	Yıllık Doktor Başına Düşen Ayakta Hasta Sayısı
	İBSBA6	Yeni Ve Modern Tıbbi Cihaz Ve Cihazlarla Hizmet Sunmak, Cihaz Verimliliğini Arttırmak Ve Teknolojik Cihazların Kullanım Düzeylerini Arttırmak	İSBPK6	Ameliyat Tarihi İçin Bekleme Süresi
	İBSBA7	Hizmet Verimliliğini Arttırmak		
Öğrenme ve Gelişme Boyutu (ÖGB)	ÖGBSA1	Çalışan Memnuniyetini Ve Motivasyonunu Sağlamak	ÖGBPK1	Yöneticiden Memnuniyet Oranı
	ÖGBSA2	Verimli, Uyumlu Ve Adanmış Çalışanlara Sahip Olmak	ÖGBPK2	İş Memnuniyeti Oranı
	ÖGBSA3	Kurumsal Hedeflere Ulaşmak İçin Kurumsal Yetkinlikleri Geliştirmek	ÖGBPK3	Çalışma Ortamından Memnuniyet Oranı
	ÖGBSA4	Çalışma Ortamı Ve Araçlarının Kalitesini Arttırmak	ÖGBPK4	Çalışanlardan Gelen Şikâyet Sayısı
	ÖGBSA5	Liderlik Yeteneklerini Geliştirmek Ve Beslemek	ÖGBPK5	Meslektaş Memnuniyet Oranı
	ÖGBSA6	Kurumsal Bağlılığı Ve Ekip Çalışmasını Arttırmak		
	ÖGBSA7	Personel Ve Yöneticilerin Yetenek Ve Yeterliliklerinin Arttırılması, Eğitilmesi		
	ÖGBSA8	Çalışanların Kendilerini Geliştirmelerini Sağlamak Ve Kariyer Olanakları		

Gerçek hayatta kişiler birden fazla faktörü dikkate alarak karar verme durumu ile karşı karşıyadırlar. Bu süreçte karar vermenin amacı da çeşitlenmekte ve karar verme durumu belirsiz, karmaşık bir hal almaktadır. Gerek yapısı gerekse niteliği itibariyle karar verici için oldukça kompleks olan bu problemlerin çözümünde farklı noktaları dikkate alan bilimsel yaklaşımlar geliştirilmiştir. Çok Kriterli Karar Verme Teknikleri olarak bilinen bu yaklaşımlar bir karar verme durumunda birden fazla kriteri dikkate alarak optimum çözüme ulaşmayı hedeflemektedir. Bu bağlamda problem çözüme ve karar vermede izlenen yöntemlerin yaklaşımı ve yapısı itibariyle çeşitli çok kriterli karar verme metodu bulunmaktadır: Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP), TOPSİS, ELECTRE, Genetik Algoritmalar, vs. (Yetkin, 2004:13).

Günümüzde araştırmacılar tarafından sıklıkla kullanılan ve çok kriterli karar verme yöntemlerinden birisi olan Bulanık Analitik Hiyerarşi süreci (BAHP) insani düşünme tarzını yansıtmaya sebebiyle tercih edilmektedir. Ayrıca herhangi iki faktörün birbiri ile kıyaslanması sırasında kıyaslamayı yapan kişinin zihninde oluşabilecek belirsizlik ve kararsızlık durumlarını karara yansıtma konusunda da diğer yöntemlerin yetersiz kaldığı noktaları tamamlamaktadır. Bulanık Analitik Hiyerarşi süreci (BAHP) karar vericiye ikili karşılaştırma yaparken net bir değer yerine bir değer aralığında karar verebilme imkânı sağlamaktadır. Bu sayede karar verme sürecindeki belirsizliğin azalması ve karar verme işleminin güvenilirliği sağlanmaktadır (Karakaşoğlu, 2008).

Literatürde, farklı araştırmacılar bulanık AHP ile karar verme için çeşitli yöntemler geliştirmişlerdir. Van Laarhoven ve Pedrcyz (1983), Buckley (1985) ve Chang (1996) tarafından geliştirilen BAHP yöntemleri bunlardan bazılarıdır. BAHP yöntemi yapısı itibarıyla AHP yönteminin bulanık küme teorisi yaklaşımıyla ele alınmasından oluşan bir yaklaşımdır.

Çalışmada ikili karşılaştırma anketlerinden elde edilen veriler Buckley'in Geometrik Ortalama yöntemi (bulanık AHP yöntemi) ile analiz edilmiş ve sonuçlar yorumlanmıştır.

Buckley'in geliştirdiği yöntem yamuksal bulanık sayılara dayalı bir yöntemdir. Geometrik ortalama yöntemi, AHP yöntemindeki kesinliği belirsizlikleri de ele alacak şekilde genişletmek için bulanık dilsel değişkenler ile işlem yapar. Dilsel değişkenlerin ikili karşılaştırmalardaki değerlere karşılık gelen bulanık üyelik fonksiyonları tablo 4-16'da verilmiştir.

**Tablo 4-16.** BAHP Dilsel Değişken Skalası

Bulanık Sayı Skalası	Dilsel Değişkenlerin Tanımlanması	Bulanıklık Numarası	Kullanıcı Tanımlaması
1̄	Eşit Derecede Önem	(L, M, U)	(1,1,1)
3̄	Orta Derecede Önem	(L, M, U)	(2,3,4)
5̄	Kuvvetli Derecede Önem	(L, M, U)	(4,5,6)
7̄	Çok Kuvvetli Derecede Önem	(L, M, U)	(6,7,8)
9̄	Mutlak Derecede Önem	(L, M, U)	(7,8,9)
2̄, 4̄, 6̄, 8̄	Orta Değerler	(L, M, U)	(-, -, -) Kullanıcı tanımlı

**Not:** L (low): Minimum değer; M (medium): Orta değer; U (upper): Maksimum değer anlamına gelmektedir.

Geometrik ortalama yönteminde ikili karşılaştırmaların tablo 4-16'daki karşılıkları kullanılarak elde edilen bulanık ikili karşılaştırma matrisi,

$$A = \begin{bmatrix} \widetilde{a}_{11} & \cdots & \widetilde{a}_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ \widetilde{a}_{n1} & \cdots & \widetilde{a}_{nn} \end{bmatrix} \quad (\text{Formül 4.1})$$

ve

$$\widetilde{a}_{ij} * \widetilde{a}_{ji} \approx 1 \text{ ve } \widetilde{a}_{ij} \cong w_i/w_j \quad (\text{Formül 4.2})$$

olmak üzere yöntemin temel aşamaları şunlardır:

$$\widetilde{r}_i = (\widetilde{a}_{i1} * \widetilde{a}_{i2} * \dots * \widetilde{a}_{in})^{1/n} \quad (\text{Formül 4.3})$$

her bir kriterin ağırlığı;

$$\widetilde{w}_i = \widetilde{r}_i * (\widetilde{r}_1 \oplus \widetilde{r}_2 \oplus \dots \oplus \widetilde{r}_n)^{-1} \quad (\text{Formül 4.4})$$

eşitliğinden hesaplanır. Burada  $\widetilde{r}_k = (l_k, m_k, u_k)$  olmak üzere  $(\widetilde{r}_k)^{-1} = (1/u_k, 1/m_k, 1/l_k)$ 'dir ve \* bulanık çarpma işlemi,  $\oplus$  ise bulanık toplama işlemi göstermektedir.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi BSC modeli için stratejik amaç ve performans kriterlerinin önceliklendirilmesinde Buckley'in geometrik ortalama yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde yönetici görüşleri ile belirlenen stratejik amaç ve performans göstergeleri BAHF yöntemi bağlamında değerlendirilmiştir. İkili karşılaştırmaları için hastanedeki birimlere ikili karşılaştırma anketleri uygulanmıştır. Bu kapsamda hastanedeki tüm birimlere (aktif olarak hasta kabul edip tedavi yapan tıbbi birimler ve idari birimler) bir üst yazı ile anketler gönderilmiş ve 30 Aralık 2015 tarihine kadar 1 aylık bir sürede anketlerin yapılması istenmiştir. Anketleri ilgili anabilim dallarında anabilim dalı başkanı/başkan yardımcısı doktor, sorumlu hemşire, sorumlu idari personel/bölüm sekreteri ve idari birimlerde de birim yöneticisi konumundaki kişiler cevaplamıştır. Hastane genelinde 39 farklı birimden ankete geri dönüş yapılmıştır. Çalışma kapsamında 7 anabilim dalı başkanı, 6 anabilim dalı başkan yardımcısı, 12 sorumlu başhemşire, 28 idari personel/sekreter ve 18 idari yönetici tarafından anketler cevaplanmıştır. Uygulanan 72 anket sonucu elde edilen veriler tablo 4-16'daki dilsel değişkenler kullanılarak bulanıklaştırılmıştır. Daha sonra bulanık işlemler ile her bir gösterge için verilerin geometrik ortalaması alınmış ve her bir gösterge için tek bir bulanık değer hesaplanmıştır. Bu bulanık değerler kullanılarak ikili karşılaştırma matrisleri oluşturulmuş ve matrisler Buckley'in geometrik ortalama yöntemine göre değerlendirilmiştir. Daha sonra her bir matriste göstergeler için hesaplanan bulanık ağırlıklar ağırlık merkezi yöntemine göre durulaştırılmıştır. Bu durulaştırılmış değerler her bir göstergenin o boyut içerisindeki önem derecesini vermektedir.

**Tablo 4-17.** BSC Boyutlarının Bulanık İkili Karşılaştırma Matrisi

	Müşteri			Finansal			İç Süreçler			Öğrenme ve Gelişme		
	L	M	U	L	M	U	L	M	U	L	M	U
<b>Müşteri</b>	1,00	1,00	1,00	1,28	1,58	1,88	0,66	0,81	1,01	0,69	0,87	1,10
<b>Finansal</b>	0,53	0,63	0,78	1,00	1,00	1,00	0,59	0,75	0,95	0,58	0,73	0,92
<b>İç Süreçler</b>	0,99	1,23	1,51	1,06	1,34	1,68	1,00	1,00	1,00	0,59	0,74	0,95
<b>Öğrenme ve Gelişme</b>	0,91	1,16	1,44	1,09	1,36	1,71	1,05	1,35	1,70	1,00	1,00	1,00

Formül 5.4 kullanılarak BSC boyutlarının bulanık ağırlıkları hesaplanmıştır. Daha sonra bulanık aralıkların ağırlık merkezi yöntemine göre ortalamaları alınarak her bir boyut için durulaştırılmış ağırlıklar (önem dereceleri) bulunmuştur.

**Tablo 4-18.** BSC Boyutlarının Bulanık Ağırlıkları ve Durulaştırılmış Değerler

	L	M	U	Önem Derecesi
<b>Müşteri</b>	0,255468	0,253086	0,251326	0,25
<b>Finansal</b>	0,191227	0,189544	0,18936	0,19
<b>İç Süreçler</b>	0,258555	0,259267	0,26063	0,26
<b>Öğrenme ve Gelişme</b>	0,29475	0,298103	0,298683	0,30

Tablo 4-18'deki değerler incelendiğinde hastanenin kurumsal performansında en önemli boyutun öğrenme gelişme boyutu olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla iç süreçler boyutu, müşteri boyutu ve finansal boyut takip etmektedir. Yani hastane performansının %30'unu öğrenme gelişme süreçleri, %26'sını iç süreçler ve hizmet sunum süreçleri, %25'ini hasta ve personel ile ilgili süreçler ve %19'unu da finansal süreçler oluşturmaktadır. Bu sonuçlar performans ölçümü için sadece sayısal göstergelerin değil sayısal olmayan göstergelerin de dikkate alınması gerektiğini iddia eden balanced scorecard yönteminin uygulamada da gerekli görüldüğü ve faydalı olacağını göstermektedir.



**Tablo 4-19.** BSC Boyutları Stratejik Amaçlar ve Performans Kriterleri Bulanık Ağırlıkları ve Durulaştırılmış Değerler (Önem Dereceleri)

		L	M	U	Önem Derecesi(%)
<b>Müşteri Boyutu Stratejik Amaçlar</b>	<b>MBSA1</b>	0,072176	0,071938	0,073644	7,26
	<b>MBSA2</b>	0,126218	0,12648	0,127839	12,68
	<b>MBSA3</b>	0,117417	0,117073	0,117445	11,73
	<b>MBSA4</b>	0,21365	0,211908	0,207355	21,10
	<b>MBSA5</b>	0,149883	0,150318	0,150683	15,03
	<b>MBSA6</b>	0,132108	0,132257	0,132905	13,24
	<b>MBSA7</b>	0,188548	0,190026	0,190129	18,96
<b>Müşteri Boyutu Performans Kriterleri</b>	<b>MBPK1</b>	0,177273	0,178789	0,181046	17,90
	<b>MBPK2</b>	0,186265	0,183585	0,180935	18,36
	<b>MBPK3</b>	0,193214	0,194487	0,19638	19,47
	<b>MBPK4</b>	0,210104	0,209356	0,208681	20,94
	<b>MBPK5</b>	0,233144	0,233784	0,232959	23,33
<b>Finansal Boyut Stratejik Amaçlar</b>	<b>FBSA1</b>	0,112366	0,111655	0,112418	11,21
	<b>FBSA2</b>	0,133237	0,133132	0,134608	13,37
	<b>FBSA3</b>	0,186004	0,187079	0,185574	18,62
	<b>FBSA4</b>	0,187929	0,187826	0,186887	18,75
	<b>FBSA5</b>	0,220861	0,221644	0,220653	22,11
	<b>FBSA6</b>	0,159603	0,158664	0,159861	15,94
<b>Finansal Boyut Performans Kriterleri</b>	<b>FBPK1</b>	0,154487	0,156723	0,158296	15,65
	<b>FBPK2</b>	0,196687	0,197475	0,197597	19,73
	<b>FBPK3</b>	0,196013	0,194812	0,195055	19,53
	<b>FBPK4</b>	0,211903	0,211062	0,210607	21,12
	<b>FBPK5</b>	0,24091	0,239928	0,238445	23,98
<b>İç Süreçler Boyutu Stratejik Amaçlar</b>	<b>İSBSA1</b>	0,115655	0,115485	0,116104	11,57
	<b>İSBSA2</b>	0,081119	0,081344	0,082903	8,18
	<b>İSBSA3</b>	0,13651	0,135755	0,134266	13,55
	<b>İSBSA4</b>	0,145715	0,146589	0,147424	14,66
	<b>İSBSA5</b>	0,141461	0,142021	0,142229	14,19
	<b>İSBSA6</b>	0,181814	0,180936	0,180513	18,11
	<b>İSBSA7</b>	0,197725	0,197871	0,19656	19,74
<b>İç Süreçler Boyutu Performans Kriterleri</b>	<b>İSBPK1</b>	0,107337	0,106446	0,108132	10,73
	<b>İSBPK2</b>	0,140715	0,141267	0,142983	14,17
	<b>İSBPK3</b>	0,224043	0,22683	0,224946	22,53
	<b>İSBPK4</b>	0,156123	0,15519	0,155521	15,56
	<b>İSBPK5</b>	0,18729	0,186591	0,18627	18,67
	<b>İSBPK6</b>	0,184491	0,183676	0,18215	18,34

<b>Öğrenme ve Gelişme Boyutu Stratejik Amaçlar</b>	ÖGBSA1	0,11896	0,118076	0,116489	11,78
	ÖGBSA2	0,101245	0,102046	0,103659	10,23
	ÖGBSA3	0,081726	0,081222	0,081931	8,16
	ÖGBSA4	0,120572	0,12121	0,12141	12,11
	ÖGBSA5	0,109578	0,109736	0,111094	11,01
	ÖGBSA6	0,141428	0,140751	0,139974	14,07
	ÖGBSA7	0,157309	0,157158	0,156607	15,70
	ÖGBSA8	0,169181	0,169801	0,168835	16,93
<b>Öğrenme ve Gelişme Boyutu Performans Kriterleri</b>	ÖGBPK1	0,139953	0,138182	0,138069	13,87
	ÖGBPK2	0,174044	0,174028	0,174036	17,40
	ÖGBPK3	0,219676	0,221354	0,2207	22,06
	ÖGBPK4	0,206303	0,20738	0,209779	20,78
	ÖGBPK5	0,260023	0,259056	0,257415	25,88

Tablo 4-19 ikili karşılaştırma anketleri sonucunda elde edilen verilere Buckley'in geometrik ortalama yönteminin uygulanması sonucu elde edilen bulanık ve duru ağırlıkları göstermektedir. BSC'nin 4 boyutu için ayrı ayrı stratejik amaç ve performans kriteri olmak üzere toplam 8 karşılaştırma matrisi üzerinde çalışılarak hesaplamalar yapılmıştır. Bunun sonucunda her boyut içerisinde stratejik amaçlar ve performans kriterleri önem derecelerine göre sıralanmıştır. Bu göstergelerin sıralı halleri tablo 4-20'de verilmiştir.

**Tablo 4-20.** BSC Boyutları Stratejik Amaçlar ve Performans Kriterlerinin Önem Derecelerine Göre Sıralanması

<b>MÜŞTERİ BOYUTU STRATEJİK AMAÇLAR</b>	<b>AĞIRLIK</b>
Doğru Ve Zamanında Teşhis Ve Tedavi Uygulamak	21%
Hasta Ve Hasta Yakınlarının Bilgilendirilme Oranını Ve Hastalıkla İlgili Verilen Eğitimin Kalitesini Artırmak	19%
Hasta Bekleme Ve Kalış Sürelerini Azaltmak	15%
Hasta Ve Hasta Yakınlarının Memnuniyetini Artırmak	13%
Hastaların Yüksek Seviyede, Kaliteli Ve Güvenli Hizmete Erişimini Sağlamak	13%
Kuruma Duyulan Güveni İyileştirmek ve Kurumun Tanınırlığını Artırmak	12%
Hasta Ve Toplum Beklentilerini Karşılama	7%
<b>MÜŞTERİ BOYUTU PERFORMANS KRİTERLERİ</b>	<b>AĞIRLIK</b>
Hasta Memnuniyet Oranları	23%
Personel Memnuniyet Oranı	21%
Muayene Ve Tetkik Bekleme Süreleri	19%
Yatan Hasta Memnuniyet Oranı	18%
Muayene Ve Tetkik Randevu Süreleri	18%
<b>FİNANSAL BOYUT STRATEJİK AMAÇLAR</b>	<b>AĞIRLIK</b>

Uzun Vadede Hastanenin Değerini Artırmak	22%
Maliyet Etkin Bir Hastane Olmak	19%
Finansal Sürdürülebilirliği Ve Hesap Verebilirliği Sağlamak	19%
Yatan Hasta Sayısını Artırmak	16%
Hastane Doluluk Oranını Artırmak	13%
Gelirleri Arttırmak	11%
<b>FİNANSAL BOYUT PERFORMANS KRİTERLERİ</b>	<b>AĞIRLIK</b>
Hizmet, Tıbbi Sarf, İlaç, Demirbaş, Personel Ve Diğer Maliyetleri	24%
Tıbbi Malzeme Gideri	21%
Dönem Net Karı	20%
Personel Harcamaları	20%
Gelir Artış Oranı	16%
<b>İÇ SÜREÇLER BOYUTU STRATEJİK AMAÇLAR</b>	<b>AĞIRLIK</b>
Hizmet Verimliliğini Arttırmak	20%
Yeni Ve Modern Tıbbi Cihazlarla Hizmet Sunmak, Cihaz Verimliliğini Arttırmak Ve Teknolojik Cihazların Kullanım Düzeylerini Arttırmak	18%
Hizmet Sunumunun Kalite Ve Sürekliliğini; Sorgulama, Yenilik Ve Öğrenme İle Destekleyerek Mükemmelleştirmek	15%
Hekim Başına Düşen Hasta Oranını Optimize Etmek	14%
Kurum İçi Süreçlerin Güvenilir Ve Güvenli Olmasını Sağlamak	14%
Hasta Ve Çalışan Güvenliğini Sağlamak	12%
Hastaların Kurumda Ortalama Bekleme Sürelerinin Azaltılması	8%
<b>İÇ SÜREÇLER BOYUTU PERFORMANS KRİTERLERİ</b>	<b>AĞIRLIK</b>
Enfeksiyon Oranları	23%
Yıllık Doktor Başına Düşen Ayakta Hasta Sayısı	19%
Ameliyat Tarihi İçin Bekleme Süresi	18%
Yatak Doluluk Oranı	16%
Tetkik Raporlarının Hazırlanma Süresi	14%
Yıllık Doktor Başına Düşen Yatan Hasta Sayısı	11%
<b>ÖĞRENME VE GELİŞME BOYUTU STRATEJİK AMAÇLAR</b>	<b>AĞIRLIK</b>
Çalışanların Kendilerini Geliştirmelerini Ve Kariyer Olanakları Sağlamak	17%
Personel Ve Yöneticilerin Yetenek Ve Yeterliliklerinin Eğitim Yolu İle Arttırılması	16%
Kurumsal Bağlılığı Ve Ekip Çalışmasını Arttırmak	14%
Çalışma Ortamı Ve Araçlarının Kalitesini Arttırmak	12%
Çalışan Memnuniyetini Ve Motivasyonunu Sağlamak	12%
Liderlik Yeteneklerini Geliştirmek Ve Beslemek	11%
Verimli, Uyumlu Ve Adanmış Çalışanlara Sahip Olmak	10%
Kurumsal Hedeflere Ulaşmak İçin Kurumsal Yetkinlikleri Geliştirmek	8%

ÖĞRENME VE GELİŞME BOYUTU PERFORMANS KRİTERLERİ	AĞIRLIK
Meslektaş Memnuniyet Oranı	26%
Çalışma Ortamından Memnuniyet Oranı	22%
Çalışanlardan Gelen Şikâyet Sayısı	21%
İş Memnuniyet Oranı	17%
Yöneticiden Memnuniyet Oranı	14%

Tablo 4-20'deki sonuçlara göre Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin performansını bütüncül bir yaklaşımla ele alacak olan BSC modelinde müşteri boyutu için en önemli stratejik amaç *“Doğru Ve Zamanında Teşhis Ve Tedavi Uygulamak”* ve en önemli performans kriteri *“Hasta Memnuniyet Oranları”*, finansal boyut için en önemli stratejik amaç *“Uzun Vadede Hastanenin Değerini Artırmak”* ve en önemli performans kriteri *“Hizmet, Tıbbi Sarf, İlaç, Demirbaş, Personel Ve Diğer Maliyetleri”*, iç süreçler boyutu için en önemli stratejik amaç *“Hizmet Verimliliğini Arttırmak”* en önemli performans kriteri *“Enfeksiyon Oranları”*, öğrenme ve gelişme boyutu için en önemli stratejik amaç *“Çalışanların Kendilerini Geliştirmelerini Ve Kariyer Olanakları Sağlamak”* en önemli performans kriteri *“Meslektaş Memnuniyet Oranı”* olmalıdır.

#### 4.2.2.2. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İçin Balanced Scorecard Modeli Önerisi

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin temel önceliği topluma sağlık hizmeti sunmaktır. Fakat bu hizmeti sunarken sunulan hizmetin kalitesini artırabilmek ve hastanenin sürdürülebilirliğini sağlamak için etkin bir stratejik yönetim sürecine sahip olmalıdır. Stratejik yönetim sürecinde verimliliği sağlayabilmek, kaynak yönetimini etkin bir şekilde yapabilmek için hastaneyi bütüncül bir yaklaşımla ele alan aktif bir performans değerlendirme sistemine sahip olması gereklidir. Bu gereklilikten hareketle başlatılan bu çalışmanın buraya kadar olan bölümünde hastane üst yönetiminin ve birimlerde çalışan hem sağlık hem de idari personelin görüşleri dikkate alınarak hastane için gerekli olan performans sisteminin içeriğinin nasıl olması gerektiği çeşitli sayısal ve sayısal olmayan yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm bu analizler sonucunda hastaneyi tüm yönleriyle değerlendirmeye imkân tanıyan balanced scorecard modeli tablo 4-21'deki gibi kurulmuştur.

Tablo 4-21. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi BSC Modeli

ÖĞRENME GELİŞME BOYUTU (0,30)		İÇ SÜREÇLER BOYUTU (0,26)	
STRATEJİK AMAÇLAR	PERFORMANS KRİTERLERİ	STRATEJİK AMAÇLAR	PERFORMANS KRİTERLERİ
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Çalışanların Kendilerini Geliştirmelerini Ve Kariyer Olanakları Sağlamak</li> <li>✓ Personel Ve Yöneticilerin Yetenek Ve Yeterliliklerinin Eğitim Yolu İle Arttırılması</li> <li>✓ Kurumsal Bağlılığı Ve Ekip Çalışmasını Arttırmak</li> <li>✓ Çalışma Ortamı Ve Araçlarının Kalitesini Arttırmak</li> <li>✓ Çalışan Memnuniyetini Ve Motivasyonunu Sağlamak</li> <li>✓ Liderlik Yeteneklerini Geliştirmek Ve Beslemek</li> <li>✓ Verimli, Uyumlu Ve Adanmış Çalışanlara Sahip Olmak</li> <li>✓ Kurumsal Hedeflere Ulaşmak İçin Kurumsal Yetkinlikleri Geliştirmek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Meslektaş Memnuniyet Oranı (0,26)</li> <li>✓ Çalışma Ortamından Memnuniyet Oranı (0,22)</li> <li>✓ Çalışanlardan Gelen Şikâyet Sayısı (0,21)</li> <li>✓ İş Memnuniyet Oranı(0,17)</li> <li>✓ Yöneticiden Memnuniyet Oranı(0,14)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hizmet Verimliliğini Arttırmak</li> <li>✓ Yeni Ve Modern Tıbbi Cihazlarla Hizmet Sunmak, Cihaz Verimliliğini Arttırmak Ve Teknolojik Cihazların Kullanım Düzeylerini Arttırmak</li> <li>✓ Hizmet Sunumunun Kalite Ve Sürekliliğini; Sorgulama, Yenilik Ve Öğrenme İle Destekleyerek Mükemmelleştirmek</li> <li>✓ Hekim Başına Düşen Hasta Oranını Optimize Etmek</li> <li>✓ Kurum İçi Süreçlerin Güvenilir Ve Güvenli Olmasını Sağlamak</li> <li>✓ Hasta Ve Çalışan Güvenliğini Sağlamak</li> <li>✓ Hastaların Kurumda Ortalama Bekleme Sürelerinin Azaltılması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enfeksiyon Oranları (0,23)</li> <li>✓ Yıllık Doktor Başına Düşen Ayakta Hasta Sayısı (0,19)</li> <li>✓ Ameliyat Tarihi İçin Bekleme Süresi (0,18)</li> <li>✓ Yatak Doluluk Oranı (0,16)</li> <li>✓ Tetkik Raporlarının Hazırlanma Süresi (0,14)</li> <li>✓ Yıllık Doktor Başına Düşen Yatan Hasta Sayısı (0,11)</li> </ul>
MÜŞTERİ BOYUTU (0,25)		FİNANSAL BOYUT (0,19)	
STRATEJİK AMAÇLAR	PERFORMANS KRİTERLERİ	STRATEJİK AMAÇLAR	PERFORMANS KRİTERLERİ
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Doğru Zamanında Teşhis Ve Tedavi Uygulamak</li> <li>✓ Hasta Ve Hasta Yakınlarının Bilgilendirilme Oranını Ve Hastalıkla İlgili Verilen Eğitimin Kalitesini Arttırmak</li> <li>✓ Hasta Bekleme Ve Kalış Sürelerini Azaltmak</li> <li>✓ Hasta Ve Hasta Yakınlarının Memnuniyetini Arttırmak</li> <li>✓ Hastaların Yüksek Seviyede, Kaliteli Ve Güvenli hizmete erişimini Sağlamak</li> <li>✓ Kuruma Duyulan Güveni İyileştirmek ve Kurumun Tanınırlığını Arttırmak</li> <li>✓ Hasta Ve Toplum Beklentilerini Karşılama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hasta Memnuniyet Oranları (0,23)</li> <li>✓ Personel Memnuniyet Oranı (0,21)</li> <li>✓ Muayene Ve Tetkik Bekleme Süreleri (0,19)</li> <li>✓ Yatan Hasta Memnuniyet Oranı (0,18)</li> <li>✓ Muayene Ve Tetkik Randevu Süreleri (0,18)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Uzun Vadede Hastanenin Değerini Arttırmak</li> <li>✓ Maliyet Etkin Bir Hastane Olmak</li> <li>✓ Finansal Sürdürülebilirliği Ve Hesap Verebilirliği Sağlamak</li> <li>✓ Yatan Hasta Sayısını Arttırmak</li> <li>✓ Hastane Doluluk Oranını Arttırmak</li> <li>✓ Gelirleri Arttırmak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hizmet, Tıbbi Sarf, İlaç, Demirbaş, Personel Ve Diğer Maliyetleri (0,24)</li> <li>✓ Tıbbi Malzeme Gideri (0,21)</li> <li>✓ Dönem Net Karı (0,20)</li> <li>✓ Personel Harcamaları (0,20)</li> <li>✓ Gelir Artış Oranı (0,16)</li> </ul>
NOT: Parantez içerisindeki değerler kriterlerin önem derecelerini göstermektedir.			

Hastanenin bütüncül bir yaklaşımla performans değerlendirmesi yapabilmesine olanak sağlayacak BSC modeli tablo 4-21’de önerilmiştir. Bu modele göre hastanede performans ölçümü yapılması için izlenmesi gereken temel yöntem aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- i. İlk olarak her bir boyut altında yer alan performans kriterlerinin değerleri hastane ve/veya bir bölüm için hesaplanır. ( $PK_i$ : i. Performans kriterinin ölçülen değeri)
- ii. İkinci olarak her bir boyut altında ölçülen performans kriterleri o kriterin önem derecesi (ağırlıkları- $W_i$ ) ile çarpılarak toplanır ve her bir boyutun ağırlıklı performans değeri hesaplanır.

BSC<sub>j</sub>: Boyutun ağırlıklı performans değeri

$$BSC_j = \sum (W_i * PK_i) \quad (5)$$

- iii. Son olarak her bir boyut için hesaplanan ağırlıklı performans değeri o boyutun önem derecesi (ağırlığı) ile çarpılarak toplanır ve bu sayede hastanenin toplam performansı hesaplanır.

Toplam performans

$$P = \sum (W_j * BSC_j) \quad (6)$$

#### **4.2.3. BSC Tabanlı Performans Ölçümüne Dayalı Karar Destek Sistemi (İş Zekâsı) Uygulanması<sup>18</sup>**

Çalışmanın buraya kadarki bölümlerinde Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nin güncel durumu analiz edilmiş ve hastane performansını bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeye imkân tanıyacak BSC tabanlı bir performans ölçme modeli geliştirilmiştir. Gerek geliştirilen modelin test edilebilmesi, gerekse yapılan araştırmanın uygulamaya dönük çıktılarını elde edebilmek amacıyla web tabanlı bir iş zekâsına ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir. Bu ihtiyaçtan hareketle çalışmanın bu bölümünde, önerilen model üniversite bilgi işlem alt yapısı kullanılarak bir sisteme dönüştürülmüş ve kurulan karar destek sisteminin işleyişi, sistemden elde edilebilecek çıktılar ve bu çıktıların hastanelerde karar süreçlerinde nasıl kullanılacağı açıklanmıştır.

İş zekâsı sistemi, hastane(ler)den gerekli verilerin toplanarak bu verilerin bilgiye dönüşmesini sağlayan sistemdir. Bu sistem ilgili birimlerde mevcut durumu analiz etmek, çeşitli istatistiksel bilgiler elde etmek, performansı ölçeklendirmek, artırmak, ileriye dönük stratejik kararlar alabilmek, kaynakları daha doğru kullanmak, finansal fayda elde etmek gibi amaçlarla kullanılır. İş zekâsı,

- Verilerin dağınık ortamlarda tutulması,
- Geniş hacimli verilerin anlamlandırılmaması,

<sup>18</sup> İş zekâsı sistemi ile ilgili genel bilgiler Akgün Yazılım’ın İş Zekâsı ile ilgili doküman ve açıklamalarından derlenmiştir.

- Farklı formatlarda (Excel, XML, Oracle, my-sql vb..) tutulan verilerin tek bir noktadan yorumlanması,
- Veriye hızlı erişememe,
- Son kullanıcının gereksiz verilere erişmesi,
- Veri paylaşmada güvenlik riski,
- Tüm ortamlara hızlı bilgi paylaşımı,
- WEB ortamından ortak erişim

gibi sorunlara çözüm olur. İş zekâsı raporları ile bu sorunlar aşılabılır, hızlı bir şekilde ihtiyaç duyulan bilgiye ulaşılabilmektedir. Bu bilgi hem o anı yorumlamak hem de o an ile geçmişi kıyaslama imkânı vermektedir. Bu kıyaslama zamana göre geçmiş ve şimdi olabileceği gibi, sistem içerisindeki birim, personel, malzeme, hasta, tanı gibi alanlarda da yapılabilmektedir. Elde edilen bu bilgiler ışığında yöneticiler gelecek planlarını daha objektif ve etkili bir şekilde yapabilme, kaynakların etkili bir şekilde kullanılması, karar verme süreçlerinde gerekli olan bilgiyi elde edebilme imkânına kavuşurlar ([www.akgunyazilim.com.tr](http://www.akgunyazilim.com.tr))

Genel olarak hastane karar destek sistemlerinde hastane başhekimliği ve/veya müdürlüğü bünyesindeki bir sunucuda birimlerden gelen verilerin tutulacağı veri ambarı bulunmaktadır. Veri ambarı için birimlerden gerekli veriler yine aynı sunucu üzerine kurulan web servis ile alınır. Alınan veriler iş zekâsı modellemesi yapılarak dashboard (gösterge paneli/kontrol paneli) üzerinden kullanıcıların izlemesine sunulur. Kullanıcılar internet ve browser'ı (tarayıcı) olan pc, notebook, tablet, telefon gibi cihazlardan sisteme erişirler. Sistem kullanıcıları yetkilendirmeye bağlı olarak başhekim ve yardımcıları, hastane müdürü ve yardımcıları, idari hizmetler başkanı, tıbbi hizmetler başkanı, mali hizmetler başkanı, bilgi işlem uzmanları, diğer yetkililer şeklinde çeşitlendirilebilir. Kullanıcılar yetkileri dâhilinde sisteme erişirler. İş zekâsı sisteminde hem rapor bazında hem de aynı rapor üzerinde veri bazında erişim yetkisi vermek mümkündür (Şekil 25).

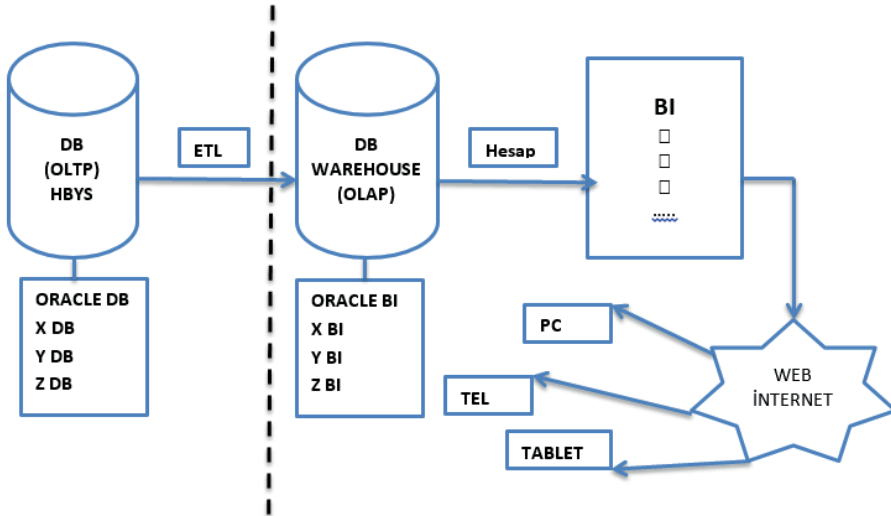
İş zekâsı modelleri yetkili yöneticinin mevcut durumu izleyebileceği, performansı ölçeklendirebileceği, verimliliği artırabileceği ve birçok farklı konuda ölçüm alabilmesini sağlayacak şekilde geliştirilmektedir. Bu sayede yöneticinin karar verme süreçlerine destek olacak bilgi en doğru şekilde üretilmiş olur. Mevcut durumun izlenmesini ve ölçüm alınabilmesini sağlamak için dashboardlar hazırlanmıştır. Bu dashboardlar ve alt sekmeleri sistem kurucuları tarafından ön görülüp hazırlanan çıktılar ve raporlardır. Veri ambarı üzerine hazırlanan iş zekâsı modeli ile kullanıcılar kendi raporlarını herhangi bir kod ve database bilgisi olmadan sürükleyip bırak veya seç ile kendileri hazırlayabilme, anlık durum analizi yapıp raporlar oluşturabilme gibi avantajlara sahip olurlar.

İş zekâsı sisteminde kullanıcılar belirlenen hedeflerin gerçekleşip gerçekleşmediğini kontrol ederek performans değerlendirmesi yapabilirler. Şu anki

değerleri, tanımlanmış hedefleriyle karşılaştırarak otomatik olarak kademelendirilip bu değerler hedefe göre ne durumda bunu görebilirler. İlgili durum sisteme eklenecek Performans Kartları (KPI) ile takip edilebilir. İş zekâsı ile yöneticiler rakamsal değerler, kârlılık durumu, personel performansları gibi kritik durumları ölçerek verimliliği artırır. Bununla birlikte ileri düzey bir İş zekâsı sayesinde;

- ✓ Yöneticiler rakamsal değerler, kârlılık durumu, personel performansları gibi kritik durumları ölçerek verimliliği artıracak kararlar alabilirler.
- ✓ Branşa göre Kar - Zarar durumu dönemlik olarak incelenebilir.
- ✓ Çeşitli performans kriterlerinin kurumlara, gruplara göre dağılımı anlık olarak izlenebilir.
- ✓ Ne kadar fatura kestiği, medula tutarları dönemlik olarak izlenebilir. İstenildiğinde gelir gruplarına göre dağılımı alınabilir.

Şekil 4-7. İş Zekâsı Sisteminin Temel Alt Yapısı



Kurumlarda performansın ölçülmesine ve karar vermeye destek olacak iş zekâsı modeli temel olarak şekil 4-7’de verilen alt yapıya sahiptir.

Bu çalışmada yapılan analizler sonucu oluşturulan balanced scorecard modelinin yöneticilere karar verme sürecini destekleyici çıktı oluşturacak şekilde uygulamaya geçirilmesi planlanmıştır. Bu kapsamda BSC yapısının kurulmasının ardından çalışmanın buraya kadar geçen bölümlerinde elde edilen tüm sonuçlar birleştirilmiş ve BSC tabanlı bir karar destek sistemi önerilmiştir. Önerilen model Selçuk Üniversitesi Bilgi İşlem Daire Başkanlığı alt yapısı kullanılarak bir iş zekâsı programı şeklinde tasarlanmıştır. Tasarlanan bu sistem sonucu hedeflenen temel faaliyetler (çıktılar) aşağıdaki gibi özetlenebilir:



- ✓ Çalışmanın uygulama bölümünde belirlenen performans göstergelerinin belirlenen formüle göre hastane, birim, zaman gibi faktörler bazında hesaplanması, elde edilen sonuçların istatistiksel olarak çıktıya dönüştürülmesi,
- ✓ Hesaplanan performans göstergelerinin hem grafik hem de tablolar yardımıyla raporlanması,
- ✓ Hesaplanan sonuçların hastane, birim, zaman vb. faktörlere göre birbirleriyle ve önceki dönemlerdeki sonuçlarla kıyaslanması ve aradaki değişimin/farkın yorumlanması,
- ✓ Kurulan BSC modelindeki önem dereceleri ve (6) numaralı denklem kullanılarak hastanenin ve birimlerin toplam performansının hesaplanması

Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin performansını ölçmeye ve yönetsel karar verme süreçlerine destek olacak bilgiyi üretmeye yardımcı iş zekâsı sisteminin altyapısının şekil 4-7'deki model esas alınarak planlanmıştır. Buna göre;

- Hastanenin mevcut otomasyon sistemine (HBYS) bağlanılarak tüm verilere online erişim sağlanması hedeflenmiştir. Bu şekilde elde edilen veriler kullanılarak warehouse oluşturulması ve bu warehouse'daki dönüştürülmüş yeni verilerin sistemin hesaplayacağı göstergeler için temel teşkil etmesi planlanmıştır.
- İş zekâsı (BI) tool' u kullanılarak programdan farklı rapor sonuçları elde edilmesi hedeflenmektedir. Örneğin yatak doluluk oranını hesaplamak istediğimizde seçilen birimin yatak doluluk oranı yıllar bazında hesaplanabilecektir. Bu ilk tablolarda yıllar seçildiğinde ilgili yılın ayları bazında hesaplamaların detayı görülebilecektir. İlave olarak programda yapılacak seçimlerle belirli zaman aralıkları ve belirli birimlerin yatak doluluk oranları karşılaştırmalı olarak görülebilecektir.

Çalışmadaki analiz sonuçları kullanılarak hazırlanacak iş zekâsı sistemi için bilgi işlem personeli ile bir ön çalışma yapılmıştır. Sistemin genel yapısının neler olacağı, bu yapı içerisinde hangi bilgilerin nasıl üretileceği, bu bilgileri üretebilmek için gerekli olan verilerin ve dönüşümlerin neler olduğu planlanmıştır. Bu kapsamda çalışmanın ilk bölümünde yöneticiler tarafından önerilen performans kriterleri ile Sağlık Bakanlığı Verimlilik Karne Gösterge Kartları'nda yer alan performans kriterleri birlikte değerlendirilerek performans kriterlerinin ilgili formüllere göre hesaplanması öngörülmüştür.

İş zekâsı sisteminde hesaplanacak göstergeler belirlendikten sonra önerilerin modelin test edilebilmesi için gerekli verilerin temin edilmesi amacıyla hastane üst yöneticileri ile görüşülmüştür. Görüşmeler sonucunda programın HBYS sistemine online olarak bağlanıp veri çekmesinin sistemde aksaklıklar doğurabileceği bu sebeple iş zekâsı için ihtiyaç duyulan verilerin harici bir depolama birimi ile

verilmesi kararına varılmıştır. Bu kapsamda hastane bilgi işlem personeli tarafından 1 Ocak 2010-31 Aralık 2015 tarihleri arasındaki 5 yıllık veriler düzenlenerek iş zekâsı programında kullanılmak üzere temin edilmiştir. Hastane yöneticileri ile yapılan görüşmelerde hasta güvenliği ve verilerin gizliliği konuları üzerinde özellikle durulmuştur. Sağlık sektöründe sunulan hizmetin temelini hasta hakları ve gizlilik üzerine kurulmuş olmasından hareketle model testi için gerçek veriler alınıp model test edilmesine rağmen, hastane ve hastalara ilişkin hiçbir sayısal veri ve bilgi çalışmada belirtilmemiştir. Bu konuda görüşmeler sırasında hastane yönetimine de taahhüt verilmiştir.

Takip eden süreçte planlamalar ve karşılıklı istişareler doğrultusunda “SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANE KARAR DESTEK SİSTEMİ” iş zekâsı programı hazırlanmıştır. Programın taslağı yapıldıktan sonra dashboardlar aracılığıyla bilgilere erişilebilmesi için “<http://tipkds.selcuk.edu.tr/>” adresi üzerinden program yayına sunulmuştur. İlgili adrese ilk girildiğinde yöneticilerin kendilerine tanımlanacak kullanıcı adı ve şifreleri ile program içeriğine erişimini sağlayacak ana sayfa ekrana gelmektedir.

Şekil 4-8. Karar Destek Sistemi Ana Giriş Sayfası

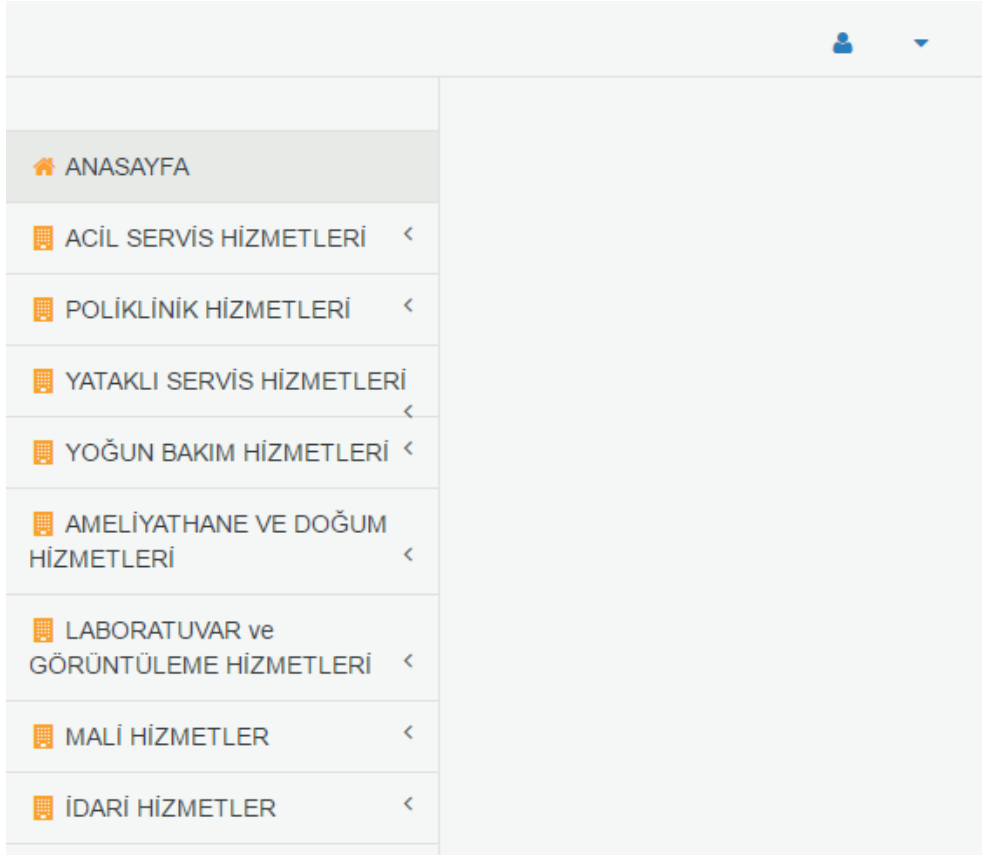


## HASTANE KARAR DESTEK SİSTEMİ

The image is a screenshot of the login page for the Hospital Decision Support System. The page has a green header with the text "Sistem Giriş Bölümünüz". Below the header, there are two input fields: the first is labeled "Kullanıcı Adı ya da Abone Numarası" and the second is labeled "Parola". Below these fields is a blue button with the text "Giriş Yap".

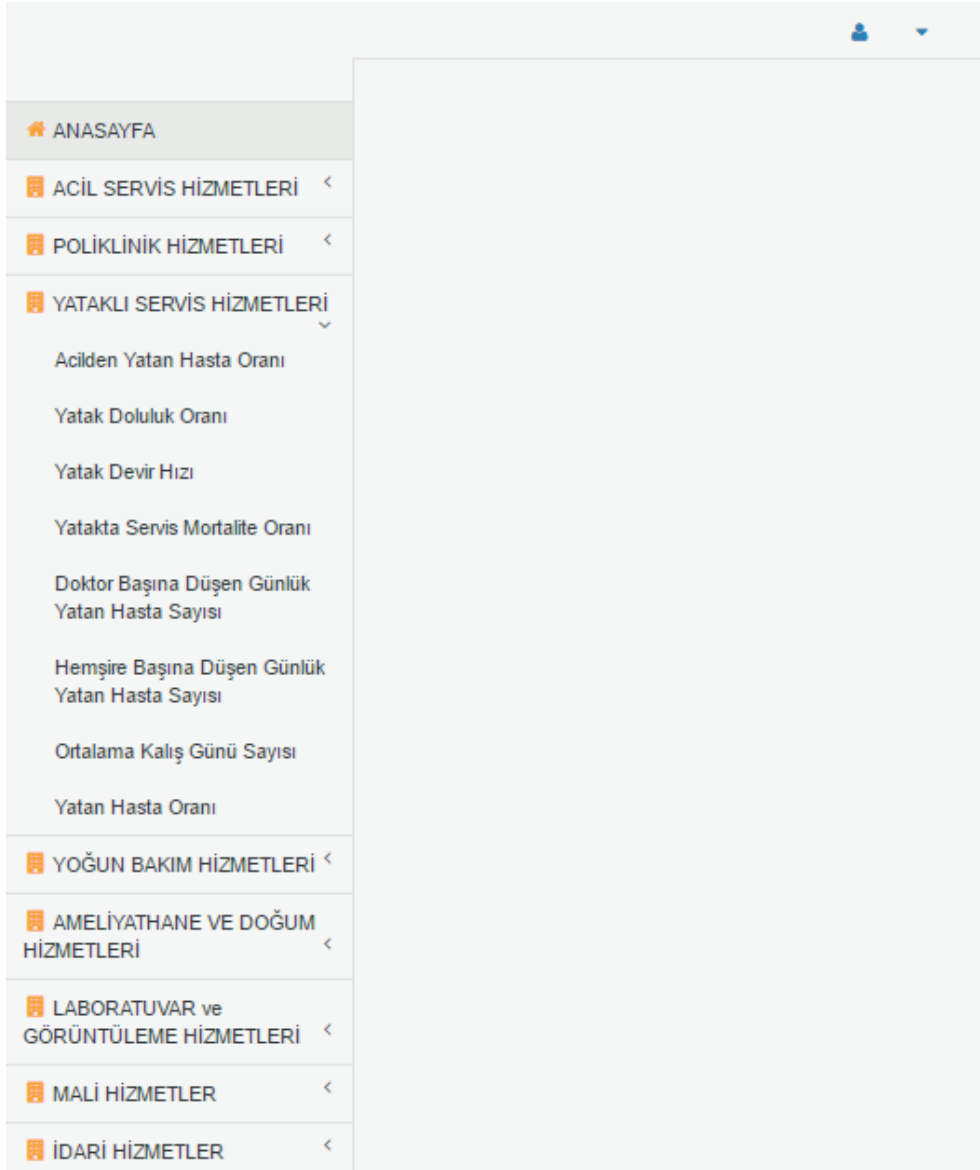
Kullanıcı adı ve şifre ile sisteme giriş yapıldıktan sonra açılan sayfanın sol tarafında program sayesinde içeriğine ulaşılacak menüler bulunmaktadır.

Şekil 4-9. Karar Destek Sistemi Ana Menüleri



Tasarlanan iş zekâsı programında Şekil 4-9'da görüldüğü gibi acil servis hizmetleri, poliklinik hizmetleri, yataklı servis hizmetleri, yoğun bakım hizmetleri, ameliyathane ve doğum hizmetleri, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri, mali hizmetler ve idari hizmetler olmak üzere 8 ana menü bulunmaktadır. Bu menüler altında hesaplanan performans kriterlerini gösteren alt menüler bulunmaktadır.

Şekil 4-10. Karar Destek Sistemi Alt Menüleri

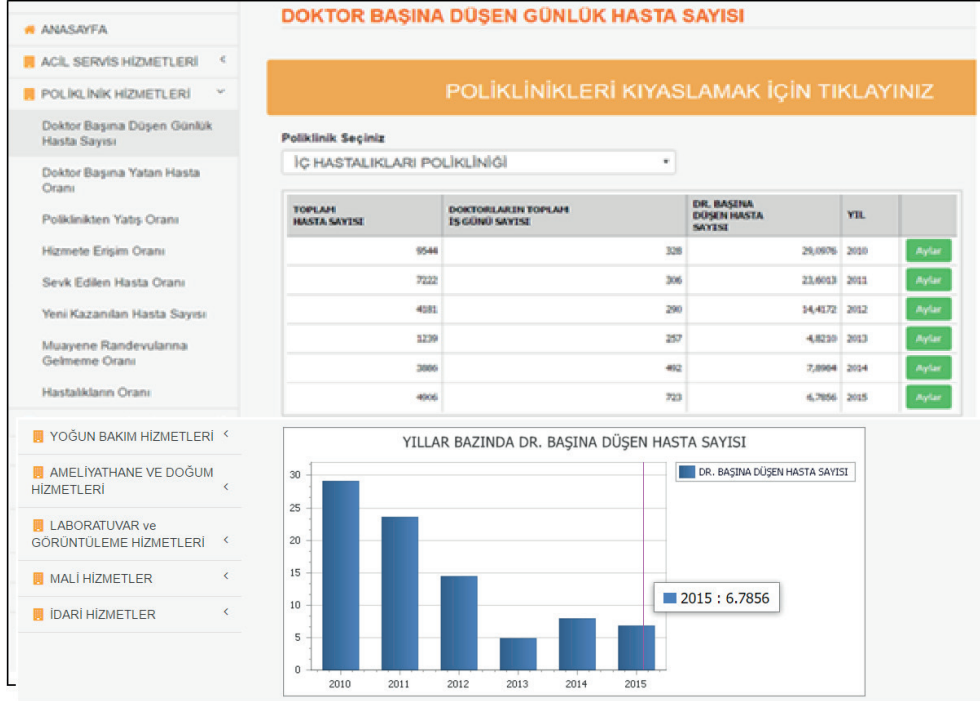


Şekil 4-10'da görüldüğü gibi ana menüler altında hesaplanan performans kriterlerini gösteren alt menüler bulunmaktadır. Bu kapsamda acil servis hizmetleri altında 5, poliklinik hizmetleri altında 8, yataklı servis hizmetleri altında 8, yoğun bakım hizmetleri altında 4, ameliyathane ve doğum hizmetleri altında 3, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri altında 15, mali hizmetler altında 5 ve idari hizmetler altında 8 olmak üzere toplam 56 alt menü bulunmaktadır. İlgili alt menülerin ana menülere göre bölümlendirilmiş listesi performans kriterleridir. Buna göre

programda hastane ve birimleri için 56 farklı performans kriteri hesaplanmaktadır.

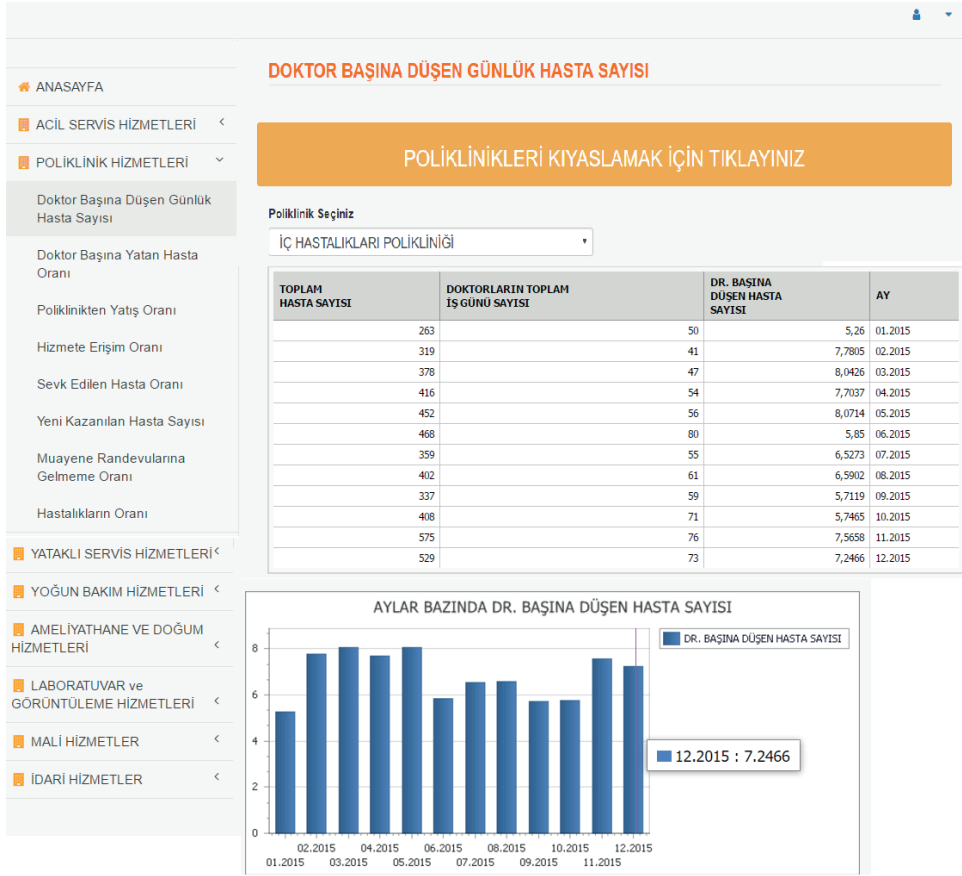
Sistemde herhangi bir alt menünün içeriğinde ilgili performans kriterine ilişkin hesaplamalar yer almaktadır.

Şekil 4-11. Performans Kriterleri Yıl Bazında Hesaplama



Şekil 4-11’de görüldüğü gibi alt menülere girildiğinde ilk olarak seçilen birim için yıllar bazında hesaplanan performans kriterinin değerleri hem tablo hem de grafik olarak sergilenmektedir. Tablolar ayrıca o değeri hesaplamada kullanılan verileri de listelemektedir. Örneğin İç Hastalıkları Polikliniği için Doktora Başına Düşen günlük Hasta Sayısı 2015 yılı için 6,7856 olarak gerçekleşmiştir. Bu değer 2010 yılında 29,0976 olmuştur. Bu sonuca göre yönetici gün içerisinde bir doktorun baktığı hasta sayısının azalmasının hastane için olumlu bir sonuç olduğunu görecektir. Bu sonuç hem doktor sayısının hem de hastalara doktorların sunduğu hizmetin kalitesinin arttığını göstermektedir.

Şekil 4-12. Performans Kriterleri Ay Bazında Hesaplama



Şekil 4-11'deki tabloda yer alan aylar butonuna tıklandığında seçilen yıl için ilgili kriterin aylar bazında detayı şekil 4-12'deki gibi listelenmektedir. Örneğin İç Hastalıkları Polikliniği için Doktora Başına Düşen günlük Hasta Sayısı 2015 yılı Aralık ayı için 7,2466 olarak gerçekleşmiştir. Bu değer aynı yılın Ocak ayında 5,26 olmuştur.

Önerilen iş zekası modelinin göstergeleri hesaplamasının yanı sıra bu göstergeleri birim, zaman gibi faktörler bazında birbirleri ile kıyaslaması da öngörülmüştür. Bu fonksiyona hesaplama sayfasında yer alan “Poliklinikleri Kıyaslamak İçin Tıklayınız” ikonu ile ulaşılmaktadır.

Şekil 4-13. Karar Destek Sistemi Poliklinik Kıyaslama Menüü

ANASAYFA

ACIL SERVİS HİZMETLERİ

POLİKLİNİK HİZMETLERİ

YATAKLI SERVİS HİZMETLERİ

YOŞUN BAKIM HİZMETLERİ

AMELİYATHANE VE DOĞUM HİZMETLERİ

LABORATUVAR ve GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

MALİ HİZMETLER

İDARI HİZMETLER

### DOKTOR BAŞINA DÜŞEN GÜNLÜK HASTA SAYISI (POLİKLİNİK KİYASLAMA)

RAPOR başlangıcı için ay ve yıl seçiniz

Ay: Ocak Yıl: 2010

RAPOR bitişi için ay ve yıl seçiniz

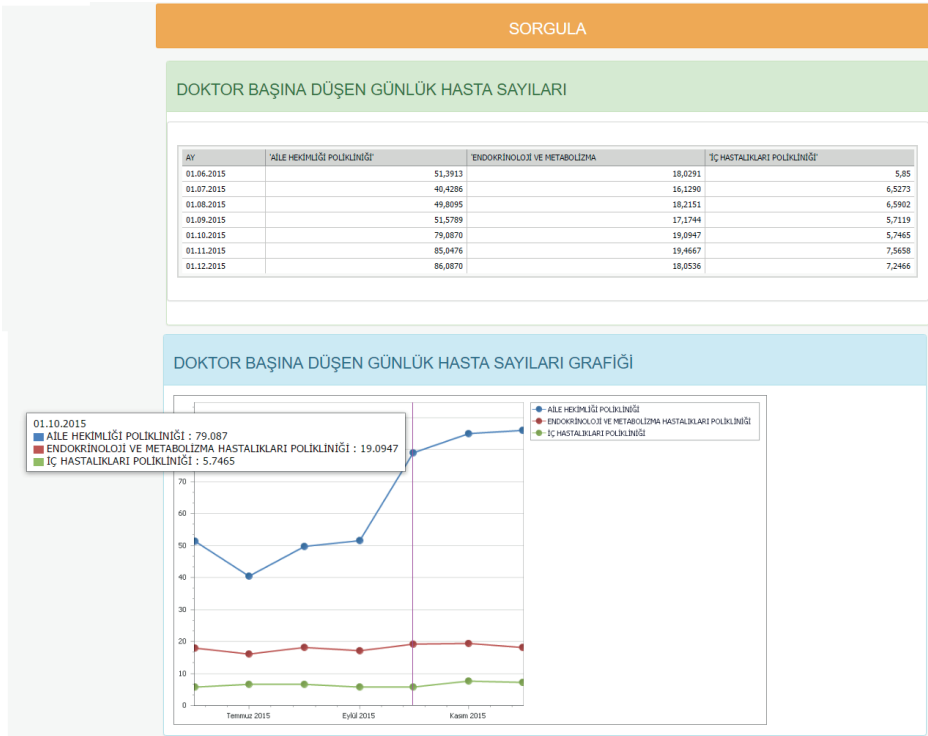
Ay: Ocak Yıl: 2010

KIYASLAMASINI GÖRMEK İSTEDİĞİNİZ POLİKLİNİKLERİ SEÇİNİZ

	POLİKLİNİK ADI
<input type="checkbox"/>	ACIL TIP POLİKLİNİĞİ
<input type="checkbox"/>	ADLI TIP POLİKLİNİĞİ
<input type="checkbox"/>	AĞRI POLİKLİNİĞİ
<input type="checkbox"/>	AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİ
<input type="checkbox"/>	ALERJİ HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİ
<input type="checkbox"/>	AMNEZİYOLOJİ VE REANİMASYON POLİKLİNİĞİ
<input type="checkbox"/>	BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ POLİKLİNİĞİ
<input type="checkbox"/>	ÇOCUK ACIL POLİKLİNİĞİ
<input type="checkbox"/>	ÇOCUK ALERJİSİ VE İMMUNOLOJİSİ POLİKLİNİĞİ
<input type="checkbox"/>	ÇOCUK CERRAHİSİ POLİKLİNİĞİ
<input type="checkbox"/>	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ VE ADÜLSAN POLİKLİNİĞİ

Programda ilgili kriterin birim ve tarih bazında kıyaslanması için şekil 4-13'deki menü kullanılır. Burada kıyaslaması görülmek istenen zaman aralığı ve ilgili poliklinikler seçilerek sorgula butonuna tıklanarak kıyaslamalar yapılır.

Şekil 4-14. Karar Destek Sistemi Kıyaslama



Şekil 4-14 sistemde bir performans kriteri için birim ve zaman bazında kıyaslama sonuçlarını göstermektedir. Örneğin doktor başına düşen günlük hasta sayısı açısından Haziran 2015 ve Aralık 2015 tarihleri arasında “Aile Hekimliği Polikliniği”, “Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği” ve “İç Hastalıkları Polikliniği” birbirleri ile hem tablo hem de grafiksel olarak kıyaslanmıştır. Ekim 2015 tarihinde doktor başına günlük Aile Hekimliği Polikliniğinde 79,087, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniğinde 19,0947 ve İç Hastalıkları Polikliniği’nde 5,7465 hasta düşmüştür.

Görüldüğü gibi karar destek sistemleri yöneticiler için karar vermeye destek olacak birçok faydalı bilginin üretilip raporlanmasını sağlamaktadır. Sağlık sektöründeki yöneticiler de sağlık hizmetlerinin niteliği itibariyle toplumun sağlıklı olmasını sağlama ana görevinin yanı sıra sağlık hizmeti sunarken kullanacağı kaynakların etkili ve verimli bir şekilde dağıtılması, paydaş memnuniyeti, kurumun karlı bir şekilde sürdürülebilirliğini sağlama gibi pek çok stratejik kararlar karşısına kalmaktadır. Bu süreçte doğru karar verebilmek için kullanacakları iş zekâsı sistemlerinin çıktılarını onlara süreç yönetiminde etkinlik sağlayacak önemli unsurlardandır.





## BEŞİNCİ BÖLÜM

### DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER

---

#### 5.1. Araştırmanın Amaçları ve Kuramsal Temelleri

Performans yönetimi işletmelerde mevcut süreçlerdeki başarı durumunu, hedeflere ulaşılma derecesini, sektör içerisinde işletmenin konumunu belirlemeye, var olan olumsuz durumları saptamaya ve ileriye dönük planlamalar için gerekli bilgiyi üretmeye yardımcı bir yönetim şeklidir. Günümüzde performans yönetimini yapabilmek için pek çok farklı alternatif bulunmasına rağmen balanced scorecard yöntemi son yıllarda en çok tercih edilen yöntemlerden birisi olmuştur.

Balanced scorecard yöntemi performansın ölçülmesinin yanı sıra işletmelerde stratejik yönetim sürecinin de şekillenmesine zemin hazırlamaktadır. Yapısı itibarıyla balanced scorecard kurumun misyon, vizyon, strateji ve temel hedefleri üzerine şekillenmekte ve stratejik yönetim sürecinin temel belirleyicileri olan bu kavramların ölçülebilir olmasını sağlamaktadır. Balanced scorecardı oluşturacak performans göstergeleri sayesinde işletme, hedeflerine ulaşma derecesini belirleme imkânına kavuşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde tüm paydaşlar için değerin maksimizasyonu çok önemlidir. Çünkü süreçlerde değer yaratan bir hizmet anlayışı ve stratejik yönetim süreci ön plandadır. Sağlık kurumlarında değerin maksimize edilmesi kurumun yapısı, misyon, vizyon ve temel stratejileri ile uyumlu olarak belirlenecek performans göstergelerinin ölçülmesi neticesinde elde edilecek sonuçların doğru bir şekilde yorumlanması ile mümkündür. Ayrıca sağlık kurumları sundukları hizmetin bir gereği olarak pek çok finansal ve finansal olmayan veriyi bünyesinde barındırmaktadır.

Stratejik yönetim süreci üst yönetimi ilgilendiren bir konu olmakla birlikte sürecin etkin yönetimi için paydaş katılımı, etkinlik, verimlilik ve kaliteyi esas alan bir yaklaşımla hareket edilmesi gereklidir. Bu nedenle stratejik yönetim çalışmalarında hem iç çevrenin hem de dış çevrenin dikkate alınarak sayısal ve sayısal olmayan tüm göstergelerin değerlendirilmesi bir zorunluluk olmaktadır.

Bu zorunluluk ve önemden hareketle çalışmanın temel amacı “Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi özelinde güncel metotlardan faydalanılarak hastaneler için örnek teşkil edebilecek etkili bir performans ölçüm ve değerlendirme sistemi sunmak”tır. Bu amaçla çalışmada nitel ve nicel yöntemlerin entegrasyonu şeklinde bir yöntem izlenmiştir. Çalışmada önerilen performans sistemini oluşturmak için gerekli alt yapı literatür taraması ile oluşturulmuştur. Çalışma konusuna uygun içerikte literatür bilgisi derlendikten sonra araştırmanın analiz bölümüne geçilmiştir.

## 5.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tüm araştırmalarda olduğu gibi akademik amaçlar yürütülen bu çalışmanın da yapısı itibarıyla bazı sınırlılıkları vardır:

- Hastane bilişim altyapısının gerekli tüm veriyi içermemesi ve bütüncül veri sağlamada yetersiz olması.
- Çalışma analizlerinde kullanılan verilerin katılımcıların subjektif görüşlerine dayanması.
- Çalışmada önerilen modelin test edilmesine rağmen test sonuçlarında hesaplanan sayısal değerlere ve hasta verilerine hastaneye verilen taahhüt ve hasta bilgilerinin gizliliğini korumak nedeniyle çalışmada yer verilememesi.
- Çalışmanın bir doktora tezi olması sebebiyle sınırlı zaman olması.

## 5.3. Araştırma Bulguları ve Değerlendirilmesi

Çalışmanın uygulaması birbirini takip eden 3 aşamada tamamlanmıştır: Üst yönetici anketleri, ikili karşılaştırma anketleri ve karar destek sistemi. İlk olarak hastane üst düzey yöneticilerine uygulanan anket yardımıyla elde edilen veriler kullanılarak hastanenin misyon ve vizyonu, SWOT analizi ve temel stratejiler ile hastanenin kurumsal karnesinin oluşturulmasına zemin hazırlayacak stratejik amaç ve performans kriterleri içerik analizi ve frekans analizi ile belirlenmiştir. Bu kapsamda yüz yüze görüşme yöntemi ile 28 üst yöneticiye anket düzenlenmiş ve sonuçlar analiz edilmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre misyon ifadesinde yöneticilerce olması gerektiği düşünülen 15 konu bulunmaktadır. Bu konulardan kaliteli hizmet ve kaliteli personel katılımcıların %75’ince, hasta memnuniyetini sağlama (hasta odaklı olma, hasta haklarını gözetme) katılımcıların %50’since ve hastanenin fiziki ve teknik yetkinliğinin tam olması katılımcıların % 39,3’ünce önerilen en önemli üç konu olmuştur. Bununla birlikte ar-ge çalışmaları, ileri teknoloji kullanımı, bölgenin sağlık güvencesi olma, güler yüzlü ve pozitif çalışanların olması, güvenilir olma, etik ilkelere sahip olma ve çalışan memnuniyetini önemseme öne çıkan diğer başlıklardandır.

Hastanenin mevcut misyon bildirgesi ve analiz sonuçları birlikte değerlendirildiğinde kaliteli hizmet, hasta memnuniyeti, Ar-Ge, ileri teknoloji, bölgede en iyi marka olma, sağlık güvencesi ve gücü olma gibi temel konuların da

misyon bildirgesine eklenerek hastane için yeni bir misyon belirlenmesinin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anketten elde edilen bir diğer sonuca göre vizyon ifadesinde yöneticilerce olması gerektiği düşünülen 12 konu bulunmaktadır. Bu konulardan örnek ve öncü hastane olma katılımcıların %50'since, eşit ve kaliteli hizmet sunma katılımcıların %50'since ve hastanenin bilinir olması katılımcıların % 39,3'ünce önerilen en önemli üç konu olmuştur. Bununla birlikte hasta memnuniyetini ön planda tutma, personelin yetkin ve nitelikli olması, yenilikçi olma, tıbbi gelişimi destekleme, araştırma ve teknolojik gelişim faaliyetlerini önemseme, çalışan memnuniyetini sağlama öne çıkan diğer başlıklardandır.

Hastanenin mevcut vizyon bildirgesi ve analiz sonuçları birlikte değerlendirildiğinde örnek ve öncü hastane, eşit ve kaliteli hizmet, bilinirlik, hasta memnuniyeti gibi temel konuların da vizyon bildirgesine eklenerek hastane için yeni bir vizyon belirlenmesinin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yönetici anketlerinin içerik analizi ile değerlendirilmesi sonucunda hastanenin güncel durumunu saptamak adına SWOT analizi yapılmıştır. Hastanenin güçlü ve zayıf yönleri ile tehdit ve fırsatları yöneticilerin cevaplarına göre belirlenmiştir.

SWOT analizinde hastanenin güçlü olduğu 18 temel özellik ön plana çıkmıştır. Bu özellikler genel olarak hastanenin fiziki yapısı, konumu, altyapısı, yenilikçi, sürekli değişen ve öğrenen bir kurum olma, personelin nitelikleri, sağlık hizmeti sunumunda öncü olunan alanlar konularına odaklanmıştır.

SWOT analizinin ikinci bileşeni olan zayıf yönler altında 21 temel özellik ön plana çıkmıştır. Bu özellikler genel olarak hastanenin mali yapısı, iş yüküne karşılık personel yetersizliği, idari personel ve hasta/hasta yakını iletişim bozukluğu, hastane imkânlarının artan hizmet talebini karşılamada yetersiz kalması konularına odaklanmıştır.

SWOT analizinin üçüncü bileşeni olan fırsatlar altında 12 temel özellik ön plana çıkmıştır. Bu özellikler genel olarak hastanenin Selçuk Üniversitesi'nin kurumsal kimliği altında hizmet vermesi, bulunduğu şehrin ülkenin merkezi konumunda olması ve ulaşım ağının genişliği, sağlık çalışanlarının büyük bölümünün bir tıp fakültesinin donanımlı akademik kadrosundan oluşması, sağlık alanındaki uluslararası gelişmeleri takip edebilme imkânı olması konularına odaklanmıştır.

SWOT analizinin dördüncü bileşeni olan tehditler altında 17 temel özellik ön plana çıkmıştır. Bu özellikler genel olarak hastanenin mali ve finansal konularda yaşadığı sıkıntılar (nakit akış problemi, ödemelerdeki problemler, SGK kesintileri, vb.), sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan hızlı teknolojik değişim, rakiplerin sayısı ve niteliğinin gün geçtikçe artması konularına odaklanmıştır.

Yöneticilere uygulanan anketlerin analiz edilmesiyle ulaşılan bir diğer sonuç SWOT analizi sonuçları üzerine şekillenen temel stratejilerin BSC boyutları

bağlamında belirlenmesi olmuştur. Buna göre hastane için toplam 46 temel strateji belirlenmiştir.

Dış müşteri boyutu (hasta) için 7 temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejiler hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini sağlamak, hasta-personel arasında güçlü pozitif ilişki kurmak, hastaların öncelikli tercih edeceği kaliteli hizmet sunmak konuları temelinde şekillenmiştir.

İç müşteri boyutu (personel) için 7 temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejiler personel memnuniyetini sağlamak, nitelikli personel istihdamı, personelin kurumsal bağlılığını sağlamak konuları temelinde şekillenmiştir.

Finansal boyut için 8 temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejiler hastane geliri artırıcı önlemler almak, mali konularda personel tatminini sağlamak, kaynak tahsisi ve bütçeleme adil ve amaçlara göre planlanması konuları temelinde şekillenmiştir.

Öğrenme ve gelişme boyutu için 9 temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejiler hizmet içi eğitime önem vermek ve personeli sürekli eğitimlere tabi tutmak, sağlık hizmeti sunumundaki teknolojik yenilikleri takip ederek hizmetlere uygulamak, hastane paydaşlarının gereksinimine göre teknik ve fiziki alt yapıyı oluşturmak konuları temelinde şekillenmiştir.

İç süreçler boyutu için 14 temel strateji belirlenmiştir. Bu stratejiler hastane altyapısını güncel gelişmelere paralel olarak güçlendirmek ve donanımı artırmak, hastanenin zayıf olduğu alanlara yönelik eksiklikleri gidermek, performansı artırıcı, operasyonel göstergeleri iyileştirici, memnuniyeti ve kaliteyi sağlayan önlemler almak konuları temelinde şekillenmiştir.

Çalışmanın temelini oluşturacak balanced scorecard modelinde yer alacak performans kriterleri ve stratejik amaçlar yönetici anketlerinden elde edilen son bilgilerdir. Anket verilerinin frekans analizi sonucunda BSC'nin her boyutunda olması istenilen stratejik amaçlar ve performans kriterleri belirlenmiştir.

Müşteri boyutu için 11 stratejik amaç ve 26 performans kriteri belirlenmiştir. Yöneticiler hem iç hem de dış müşteriler için yönetsel süreçlerde en çok *“Hasta Ve Toplum Beklentilerini Karşulamak”*, *“Hastaların Yüksek Seviyede, Kaliteli Ve Güvenli Hizmete Erişimini Sağlamak”*, *“Kuruma Duyulan Güveni Ve İyileştirmek Kurumun Tanınırlığını Artırmak”* ve *“Doğru Ve Zamanında Teşhis Ve Tedavi Uygulamak”* stratejik amaçlarının benimsenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Diğer yandan yine müşteri boyutunda performansı ölçmeye yardımcı gösterge *“Muayene Ve Tetkik Randevu Süreleri”* olarak belirlenmiştir.

Finansal boyut için 19 stratejik amaç ve 20 performans kriteri belirlenmiştir. Yöneticiler hastanenin finansal performansı için en çok *“Gelirleri Arttırmak”* stratejik amacının benimsenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Diğer yandan yine finansal açıdan performansı ölçmeye yardımcı gösterge *“Gelir Artış Oranı”* olarak belirlenmiştir.

İç süreçler boyutu için 19 stratejik amaç ve 43 performans kriteri belirlenmiştir. Yöneticiler hastanenin iç süreçlerdeki performansı için en çok “*Hasta Ve Çalışan Güvenliğini Sağlamak*” stratejik amacının benimsenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Diğer yandan yine finansal açıdan performansı ölçmeye en yardımcı gösterge “*Yıllık Doktor Başına Düşen Yatan Hasta Sayısı*” olarak belirlenmiştir.

Öğrenme ve gelişme boyutu için 18 stratejik amaç ve 39 performans kriteri belirlenmiştir. Yöneticiler hastanenin öğrenme ve gelişme performansı için en çok “*Çalışan Memnuniyetini Ve Motivasyonunu Sağlamak*” stratejik amacının benimsenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Diğer yandan yine finansal açıdan performansı ölçmeye en yardımcı gösterge “*Yöneticiden Memnuniyet Oranı*” olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın ikinci aşamasında ilk bölümden elde edilen stratejik amaç ve performans kriterleri kullanılarak oluşturulan ikili karşılaştırma anketi sonuçları analiz edilmiştir. 4.2.2.1 başlığında sözü edilen kısıtlılıklar nedeni ile bu anketlerde müşteri boyutu için ilk 7 stratejik amaç ve 5 performans kriteri, finansal boyut için 6 stratejik amaç ve 5 performans kriteri, iç süreçler boyutu için 7 stratejik amaç ve 6 performans kriteri ile öğrenme ve gelişme boyutu için 8 stratejik amaç ve 5 performans kriteri dikkate alınmıştır. 40 farklı birimden gelen 72 anketten elde edilen veriler Buckley’in Geometrik Ortalama yöntemine göre analiz edilmiş ve stratejik amaçlar ve performans göstergeleri ağırlıklandırılmıştır.

BSC yapısına göre yapılacak bir performans ölçümünde hastane performansının %30’unu öğrenme gelişme süreçleri, %26’sını iç süreçler ve hizmet sunum süreçleri, %25’ini hasta ve personel ile ilgili süreçler ve %19’unu da finansal süreçler oluşturmaktadır. Bu sonuçlar performans ölçümü için sadece sayısal göstergelerin değil sayısal olmayan göstergelerin de dikkate alınması gerektiğini iddia eden balanced scorecard yönteminin uygulamada da gerekli görüldüğü ve faydalı olacağını göstermektedir.

BSC modelinde müşteri boyutu için en önemli stratejik amaç %21 ağırlıkla “*Doğru Ve Zamanında Teşhis Ve Tedavi Uygulamak*” en önemli performans kriteri %23 ağırlıkla “*Hasta Memnuniyet Oranları*”, finansal boyut için en önemli stratejik amaç %22 ağırlıkla “*Uzun Vadede Hastanenin Değerini Artırmak*” en önemli performans kriteri %24 ağırlıkla “*Hizmet, Tıbbi Sarf, İlaç, Demirbaş, Personel Ve Diğer Maliyetleri*”, iç süreçler boyutu için en önemli stratejik amaç %20 ağırlıkla “*Hizmet Verimliliğini Arttırmak*” ve en önemli performans kriteri %23 ağırlıkla “*Enfeksiyon Oranları*”, öğrenme ve gelişme boyutu için en önemli stratejik amaç %17 ağırlıkla “*Çalışanların Kendilerini Geliştirmelerini Ve Kariyer Olanakları Sağlamak*” ayrıca en önemli performans kriteri %26 ağırlıkla “*Meslektaş Memnuniyet Oranı*” olmalıdır.

Çalışmanın ikinci aşamasında BSC’nin her boyutu için ayrı ayrı stratejik amaçlar ve performans kriterleri ağırlıklandırılmıştır. Bu sonuçlara hastane için bütüncül

bir yaklaşımla performans değerlendirmesi yapabilmesine olanak sağlayacak BSC modeli önerilmiştir. Bu modelden yola çıkılarak hastanenin toplam performansını ölçebileceği hesaplama şu şekilde olmalıdır:

$PK_i$ : i. Performans kriterinin ölçülen değeri

$W_i$ : i. Kriterin ağırlığı

$BSC_j$ : Boyutun ağırlıklı performans değeri

P: Toplam performans

olmak üzere;

$$BSC_j = \sum (W_i * PK_i)$$

$$P = \sum (W_j * BSC_j)$$

Çalışmanın üçüncü aşamasında ilk iki aşamadan elde edilen bulgular ışığında performans yönetim sistemi için bir model önerilmiş ve günümüz bilişim teknolojileri kullanılarak hastane yönetimi-bilgi işlem daire başkanlığı iş birliğinde iş zekâsı programına dönüştürülmüştür. İş zekâsı programı "<http://tipkds.selcuk.edu.tr/>" adresi üzerinden yayına sunulmuştur. Kullanıcı adı ve şifre ile sisteme giriş yapıldıktan sonra açılan sayfanın sol tarafında program sayesinde içeriğine ulaşılabilecek 8 ana menü bulunmaktadır. Bu menüler altında hesaplanan performans kriterlerini gösteren alt menüler bulunmaktadır. Sistemde herhangi bir alt menünün içeriğinde ilgili performans kriterine ilişkin hesaplamalar yer almaktadır. Programda seçilen birim için yıllar bazında hesaplanan performans kriterinin değerleri hem tablo hem de grafik olarak sergilenmektedir. Aylar butonuna tıklandığında seçilen yıl için ilgili kriterin aylar bazında detayı listelenmektedir. Önerilen iş zekâsı programı göstergeleri hesaplamasının yanı sıra bu göstergeleri birim, zaman gibi faktörler bazında birbirleri ile kıyaslama imkânı da sunmaktadır. Önerilen model hastanenin 2010-2015 yıllarına ait gerçek verileri ile test edilmiş fakat hastaneye verilen taahhüt sebebiyle performans kriterlerine ilişkin ölçülen değerlere çalışmada yer verilmemiştir.

Çalışma kapsamın elde edilen tüm sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yönetsel süreçleri yönlendirmede ve karar vermede yardımcı olacak strateji haritası ek 5-1'de sunulmuştur. Buna göre Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi stratejik yönetim sürecini misyon ve vizyon bildirgesi odağında planlamalıdır. Misyon ve vizyonda yer alan öncelikler doğrultusunda hastanede öncelikli olarak öğrenme ve gelişme süreçlerine önem verilmelidir. Daha sonra sırasıyla hastane içi hizmet süreçleri, hasta ve personelle ilgili uygulamalar ve finansal süreçler misyon ve vizyon bildirgesi paralelinde şekillendirilmelidir. Bulanık AHP sonuçlarına göre hastane performansının % 56'sı öğrenme ve gelişme ile iç süreçlerdeki performansa bağlı olarak değişmektedir. Bu nedenle pareto ilkesinden yola çıkarak yönetsel stratejilerin bu alanda ağırlıklandırılması gerektiği söylenebilir.

#### 5.4. Sağlık Kurumları Yöneticileri ve Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçların birlikte değerlendirilmesiyle çalışma neticesinde sağlık kurumları yöneticileri ve gelecek çalışmalar için aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

Finansal ve finansal olmayan tüm göstergeleri bütüncül bir yaklaşımla dikkate alan performans yönetimi günümüz iş ortamlarında zorunlu hale gelmiştir. Bu sebeple bünyesinde pek çok farklı hizmet ve veriyi barındıran sağlık kurumları da yapılarına uygun PATH, BSC tarzı bütüncül performans sistemleri geliştirmeli ve uygulamaya koymalıdır. Bu süreçte de teknoloji ve karar destek sistemlerinden yardım almalıdırlar. Ancak bu yolla etkinlik ve verimlilik ile sağlık kurumlarında giderlerin minimize edilmesi ve faydanın maksimizasyonu sağlanabilir.

Geleneksel performans değerlendirme sistemleri yerine sürdürülebilir bir değerlendirme sistemi kurulmalıdır. Bunun için bu çalışmada da baz alınan BSC modeli ve çoklu kriterlere dayalı göstergelerle çalışmalar yürütülmelidir.

Sağlık kurumlarında belirlenen stratejik yönetim süreçleri ve unsurlarının tüm paydaşlarca benimsenmesi ve daha rahat uygulanabilmesi için eğitimler verilmeli, üst yönetim tarafından sahiplenilmiş ve çalışan tabanında yaygınlaştırılmış bir eğitim ve kalite kültürünün oluşturulması gerekmektedir.

Sağlık kurumlarındaki yöneticiler belirlenirken stratejik yönetim, ekonomi, satın alma gibi yönetsel konularda eğitimi ve tecrübesi olan kişiler arasından tercih yapılmalıdır. Yönetici pozisyonuna getirilen kişilere kurum ve yönetsel süreçleri hakkında bilgi verilmelidir.

İş zekâsı programları ile elde edilen bu bilgiler ışığında yöneticiler gelecek planlarını daha objektif ve etkili bir şekilde yapabilme, kaynakların etkili bir şekilde kullanılması, karar verme süreçlerinde gerekli olan bilgiyi elde edebilme imkânına kavuşurlar. İş zekâsı uygulaması aktif olarak kullanıldığında HBSY ile eşgüdümlü planlamalar dâhilinde yönetsel süreçler desteklenebilecektir. Örneğin ilgili dönemdeki planlamalara göre programa yatak doluluk oranı için %98 üst limit sınırı koyulabilecek ve yatak doluluk oranı %98'e ulaştığında ilgili yöneticiye uyarı bilgilendirme mesajı gidecek veya HBYS sistemi yatışa izin vermeyecektir. Bu nedenle çalışmada önerilen model HBYS'ne online olarak bağlanıp geliştirilerek bu çalışmada veri eksikliği nedeni ile hesaplanamayan tüm göstergelerin hesaplanması sağlanmalıdır. Bu sayede ön görülen model, hastanenin ağırlıklı performansını doğru ve etkili bir şekilde ölçebilecek ve iş zekâsı sistemi hastanenin kurumsal karnesini raporlayabilecektir.

Önerilen iş zekâsı programının geliştirilerek aktif olarak kullanılmasıyla birlikte hem mevcut durum analiz edilebilecek hem de belirlenen hedeflerin gerçekleşip gerçekleşmediğini kontrol ederek (KPI) performans değerlendirmesi yapabilecektir. Geçmiş göstergelerdeki trend analizi ve güncel gelişmeler doğrultusunda takip eden dönemler için anahtar performans kartları (KPI) sisteme eklenerek göstergeler



için hedefler ve bu hedeflerden sapmalar belirlenebilecektir. Bu sebeple iş zekâsı sistemlerine KPI'lar eklenmeli ve sonuçları karar süreçlerinde dikkate alınmalıdır.

Hastanelerin hizmet süreçlerinde kullanılan yönetim bilişim sistemleri sadece verileri toplayıp kayıt altında tutmanın ötesine geçerek bu verileri yönetsel süreçlerde karar vermeye destek olacak bilgi ve raporları oluşturacak iş zekâsı programlarına dönüştürülmelidir. Bu programların kullanılması ve sonuçlarının uygulamaya geçirilmesi ile tüm tarafların yetkinlik, yeterlilik, tatmin ve memnuniyetleri sağlanacak ve süreçlerde performans ve kalite iyileştirmesi yapılabilecektir.

Sundukları hizmetin niteliği itibarıyla aynı işi yapıyor gibi görünen hastaneler organizasyon ve mülkiyet yapılarındaki farklılıklar nedeniyle birbirlerinden ayrılmaktadırlar. Ayrıca kamu hastanesi/özel hastane/üniversite hastanesi ayrımı özelinde de hastanelerin öncelikli strateji, amaç ve performans kriterleri değişebilmektedir. Bu nedenle hastane yöneticilerinin kendi fiziki, hukuki ve yönetsel yapıları doğrultusunda kendilerine özgü bütüncül bir performans sistemini geliştirmeleri gerekmektedir. Hastanede performansı artıracak bu sistem şekillendirilirken her bir boyut içerisindeki temel strateji, stratejik amaç ve performans kriteri uyumuna dikkat edilmelidir. Kendi içerisinde uyumlu çalışan alt sistemlerin birbirleriyle yine bir ahenk içerisinde uyumlaştırılması üzerine kurulacak bir yönetim sistemi günümüz yöneticilerine istedikleri faydayı elde etme imkânını sunacaktır.

**KAYNAKÇA**

- ADU L. M. (2001), A Data Envelopment Analysis-Based Framework For Strategic Group Analysis: Empirical Investigation In The Hospital Industry, Iowa Üniversitesi Doktora Tezi
- AĞIRBAŞ İsmail, ÇELİK Yusuf ve BÜYÜKKAYIKÇI Hüseyin, (2005), Motivasyon Araçları Ve İş Tatmini: Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Hastane Başhekim Yardımcıları Üzerinde Bir Araştırma, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:3, s. 326-350.
- AĞIRBAŞ İsmail, GÖK Haydar, AKBULUT Yasemin ve ÖNDER Ö.Rıfki, (2012), Hastanelerde Maliyet Analizi ve Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetlerinde Birim Maliyet Hesaplanması, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, Sayı: 58, s.103-108.
- AHLER M. (2007), A Balanced Scorecard For The Clinical Laboratory, California State Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
- AKDAL S. E. (2013), Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi Ve Veri Zarflama Analizi Tekniği İle Bölgesel Etkinlik Analizi Uygulaması, Beykent Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
- AKBELEN M.Murat A, (2007), Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme ve Isparta İli Üzerinde Bir Araştırma, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık İşletmeciliği Doktora Tezi, Isparta.
- AKDAĞ Recep (2007), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu-I, 2003-2011 [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye\\_saglikta\\_donusum\\_programi\\_degerlendirme\\_raporu\\_\(2003\\_2011\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf) Erişim: 10.10.2015.
- AKTAN Coşkun Can, (2008) Stratejik Yönetim ve Stratejik Planlama, Çimento İşveren Dergisi, Temmuz-Ağustos 2008, s. 5-21.
- ARAZ Arzu, HARLAK Hacer ve MEŞE Gülgün, (2007), Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Cilt:6, Sayı: 2, s. 112-122.
- ARDIÇ Kadir ve BAŞ Türker, (2001), Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (Müşteri Tatmininin) Ölçülmesi: Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama, Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:4, s.69-78.
- ASUMAN Altay, (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi No: 64, s.33-58.
- AŞGIN Sait, Stratejik Yönetim Kitabı [http://www.strateji.gov.tr/ortak\\_icerik/strateji/yazilar/Yay%C4%B1mlar/STRATEJIKYONETIMKITABI.pdf](http://www.strateji.gov.tr/ortak_icerik/strateji/yazilar/Yay%C4%B1mlar/STRATEJIKYONETIMKITABI.pdf) Erişim: 21.12.2015.
- ATASOY S. (2012), Yapay Sinir Ağları Ve Sinirsel Bulanık Ağlar İle İnsan Kaynaklarında Performans Yönetimi Modellenmesi, Yıldız Teknik Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
- ATEŞ Hamza ve OKUR Yaşar, (2009), Kamu Kurumlarında Performans Ve Denetimin Etkinliğinin Artırılması İçin Bir Alternatif: Yurttaş Şartları, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt: 18, Sayı:2, s.101 – 125.
- AYBAL Tahsin, GÜME Serkan, KAHYAOĞLU Muzaffer, KAÇAR Nida ve ERGİN Şeniz, (2012), Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Deri ve Zührevi Hastalıklar ile İlgili Deneyimleri ve Mezuniyet Öncesi Eğitim Hakkındaki Görüşleri, Türkderm, Sayı: 46, s.67-72.
- AYDIN Oğuz, (2012), Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Cilt:14, Sayı:23, s.91-96.
- AYDIN Sabahattin ve DEMİR Mehmet, (2008), Performance Management In Health, Performance Based Supplementary System, Ministry of Health of Republic of Turkey, Ankara.
- AYDIN S. ve DEMİR M. (2007), Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Serisi-2, Ekim
- BARAZ Barış Baraz, (2010), İşletme Politikası (Stratejik Yönetim Süreci), [http://bbaraz.home.anadolu.edu.tr/ISL\\_POL\\_2.pdf](http://bbaraz.home.anadolu.edu.tr/ISL_POL_2.pdf) Erişim: 21.12.2015.

- BARDAK N. (2011), Performans Değerlendirme Yaklaşımı Olarak Dengeli Ölçüm Kartı Modeli: Isparta'daki Hastaneler Üzerinde Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
- BARUTÇUGİL İ. (2002), Performans Yönetimi, Kariyer Yayınları, İstanbul
- BAŞARAN İ. M. (2011), Sağlık Hizmetlerinde Faaliyet Tabanlı Performans Yönetimi: Ankara İli Eğitim Ve Araştırma Hastanelerinde Uzman Hekim Algıları, Anadolu Üniversitesi Doktora Tezi
- BATE Lorraine M., (1993), The UK Clearing House For Information on the Assessment of Health Outcomes: Information Transfer-Research in the Action, Information Transfer: New Age-New Ways, Kluwer Academic Publishers, s. 225-226, [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-011-1668-8\\_53#page-1](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-011-1668-8_53#page-1) Erişim: 12.11.2015.
- BEHDİOĞLU Selma ve ÖZCAN Gözde, (2009), Veri Zarflama Analizi ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:14, Sayı: 3 s.301-326.
- BEKMEZCİ Mustafa, (2010), Stratejik Bir Yönetim Yaklaşımı Olan Dengeli Başarı Göstergesi (Balanced Scorecard)'nin Türkiye'nin En Büyük 500 Firmasına Uygulanması, Yönetim Bilimleri Dergisi, Cilt:8, Sayı:2, s. 203-227.
- BERWICK Donald M. ve HACKBARTH Andrew D., (2012), Eliminating Waste in US Health Care, The Journal of The American Medical Association, Cilt: 307, Sayı: 14, s. 1513-1516.
- BİLGİN K. Ufuk, (2007), Kamuda Ölçülebilir Denetime Hazırlık "Performans Yönetimi", Sayıştay Dergisi, Sayı: 65, s.53-87.
- BOWLING Ann, (2014), Research Methods in Health, Investigating Health and Health Services, Open University Press, 4. Baskı, İngiltere.
- BUCK Jeffrey A., (2003), Medicaid, Health Care Financing Trends, and the Future of State-Based Public Mental Health Services, Journal of Psychiatric Services, Cilt:54, No:7, s. 969-975.
- BUZALKO R. J. (2013), A Performance Improvement Evaluation Of Crew Resource Management In A Midwest Regional Hospital, Doktora Tezi
- CAN Ali ve İBİCİOĞLU Hasan, (2008), Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 13, Sayı: 3 s.253-275.
- CAN Ali, (2008), Örgüt Kültürünün Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Uygunluğunun Testine Yönelik Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 13, Sayı: 3, s. 293-307.
- CANPOLAT Dudu (2013), Hastane Yönetimi, MKÜ Hatay Sağlık Yüksekokulu [www.mku.edu.tr/files/304\\_dosya\\_1336547164.docx](http://www.mku.edu.tr/files/304_dosya_1336547164.docx) Erişim: 22.08.2015.
- CANTÜRK Özlem, (2012), Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği, T.C. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- CHRISTESEN D. A. (2008), The Impact of Balanced Scorecard Usage on Organization Performance, Minnesota Üniversitesi Doktora Tezi
- ÇALIŞKAN Zafer, (2009), Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemi Olarak Maliyet-Etkililik Analizi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:14, Sayı: 2, s.311-332.
- ÇINAR Yetkin, (2004), Çok Nitelikli Karar Verme Ve Bankaların Mali Performanslarının Değerlendirilmesi Örneği, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- ÇINAROĞLU S. ve ŞAHİN B. (2012), Yönetici Değerlendirmelerine Göre Hastanelerde Performans Ölçümü, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15, 1, 59-78

- DEMİRBILEK Sevda ve ÇOLAK Murat, (2008), Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı:2, s.91-111.
- DEVEBAKAN Nevzat ve AKSARAYLI Mehmet, (2003), Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 5, Sayı:1, s. 38-54.
- DİNLER Arzu Meltem, (2009), Stratejik Yönetim Sürecinde Misyön ve Vizyon, Paradoks Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi, Yıl:5 Sayı:2, 2009, s. 1-8, <http://home.anadolu.edu.tr/~naksu/vizyonstrateji.pdf> Erişim: 20.12.2015.
- DOCTEUR Elizabeth ve BERENSON Robert A., (2009), How Does the Quality of U.S. Health Care Compare Internationally?, Timely Analysis of Immediate Health Policy Issues August 2009 <http://www.urban.org/sites/default/files/alfresco/publication-pdfs/411947-How-Does-the-Quality-of-U-S-Health-Care-Compare-Internationally-.PDF> Erişim: 24.10.2015.
- DURUSOY Raika, DAVAS Aslı, ERGİN Işıl, HASSOY Hür ve AKSU Feride, (2011), İzmir’de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Gebelerin Aile Hekimi Tarafından İzlenme Sıklıkları ve Etkileyen Etmenler, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, Cilt:9, Sayı:1, s.1-15.
- ENER Meliha ve DEMİRCAN Esra, (2008), Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Y.2008, Cilt:13, Sayı:1 s.57-82.
- ENGİN Ediz ve SUCU Yaşar, (2005), İşletmelerin Uluslararası Rekabet Stratejileri ve Uygulamalı Bir Araştırma, T.C. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- ERBAŞI A. (2011), Performans Esaslı Bütçeleme Sisteminde Balanced Scorecard Kullanımı Ve Bir Model Yaklaşımı, Selçuk Üniversitesi Doktora Tezi
- ERDOĞAN Muammer ve YILDIZ Bülen, (2015), Sağlık İşletmelerinde Finansal Oranlar Aracılığıyla Performans Ölçümü: Hastanelerde Bir Uygulama, KAÜ İİBF Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 9, s. 129-148.
- EREN Erol Eren, Editör: Necdet Timur, (2003), Stratejik Yönetim, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın no: 1491, Eskişehir.
- EREN Erol (2010), “Stratejik Yöntemi Ve İşletme Politikası”, 8. Baskı, Beta Yayıncılık
- EREN Veysel (2003), Kamu Yönetiminde Yeni Meşruluk Temeli Olarak Müşteri Odaklı Yönetim Yaklaşımı, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 58, Sayı 1, s. 56-70.
- ERGÜL F. Hüseyin, (2006), Kurumlarda Ücret, Ücret Sistemleri ve Ücret Başarı İlişkisi, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi [www.e-sosder.com](http://www.e-sosder.com), Cilt: 5, Sayı: 18, s.92-105.
- ERKAN Arslan, (2011), Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması, Maliye Dergisi, Sayı: 160, s. 423-438.
- ERZURUMLU S. (2012), Hastanelerde Dengeli Performans Karnesine Dayalı Strateji Haritalarının Geliştirilmesi: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İçin Bir Model Önerisi, Akdeniz Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
- FEİLİ H. R., FARAHAÑI N. V. ve VESAGHI N. (2011), Integration Of Fuzzy Analytic Hierarchy Process (FAHP) With Balance Score Card (BSC) In Order To Evaluate The Performance Of Information Technology In Industry, The Journal Of Mathematics And Computer Science, 2, 2, 271-283
- FELDPUSH B. C. (2009), Hospital Quality Performance As Assessed By Ideal Care Measures, George Washington Üniversitesi Doktora Tezi
- FİXLER T. (2008), A Data Envelopment Analysis Approach For Measuring The Efficiency Of Canadian Acute Care Hospitals, Toronto Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi

- GARBER Alan M. ve PHELPS Charles E.,(1997), Economic Foundations of Cost-Effectiveness Analysis, Journal of Health Economics, Sayı: 16, s. 1- 31, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10167341> Erişim: 10.10.2015.
- GARCIA ALTES Anna, ZONCO Lauriane, BORREL Carme ve PLASENCIA Antoni, (2006), Measuring the Performance of Health Care Services: a Review of International Experiences and Their Application to Urban Contexts, Gac Sanit Journal, Cilt: 20, Sayı: 4, s. 316-324.
- GÖKTÜRK İbrahim Emre, (2012), Sağlık İşletmelerinde Sorumluluk Muhasebesi Sisteminin Uygulanabilirliği: Konya Bölge Hastaneleri Uygulaması, T.C. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Bilim Dalı, Doktora Tezi.
- GÖNEN Burcu, (2013), Stratejik Yönetim Dersinin Öğrencilere İş Dünyasında Gerekli Nitelikler Kazandırma Düzeyi: Ankara Üniversitelerinde Bir Araştırma, T.C. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara.
- GREENWALD Leslie M., (2011), Who Gets the Payment Under Pay for Performance? <https://www.rti.org/pubs/bk-0002-1103-mitchell.pdf> Erişim: 23.10.2015.
- GRİGOROUDİS E., ORFANOUDAKİ E. ve ZOPOUNİDİS C. (2012), Strategic Performance Measurement In A Healthcare Organisation: A Multiple Criteria Approach Based On Balanced Scorecard, Omega, 40, 104–119
- GUNNARSDOTTİR A. L. (2000), Performance Management In Health Care In Iceland, Güney California Üniversitesi Doktora Tezi
- GÜÇLÜ Nezahat, (2003), Stratejik Yönetim, G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt 23, Sayı 2, s.61-85.
- GÜNGÖREN Muaz, ORHAN Fatih ve KURUTKAN Nurullah, (2013), Mikro Rekabetçilikte Yeni Yaklaşımlar, Hastanelerde Oluşan Etik İklimin Kalite ve Akreditasyon Açısından Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 18, Sayı: 1, s.221-241.
- HASSAN D. K. (2006), Measuring Quality Performance in Health Care: The Effect of Joint Commission International Standards on Quality Performance, Walden Üniversitesi Doktora Tezi
- HASTÜRK Mesut, (2012), Stratejik Planlama ve Performans Esaslı Bütçeleme, <http://www.erkankaraarslan.org/wp-content/uploads/2012/10/4.1-Stratejik-Planlama-ve-Performans-Esasli-C4%B1-B%C3%BCt%C3%A7eleme2.pdf> Erişim: 20.09.2015.
- HOŞTUT Sibel, (2013), Stratejik Halkla İlişkilerde Halkla İlişkiler Uygulayıcı Roller, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 18, Sayı: 1, s.417-434.
- HURLEY Jeremiah E.,(2000), An Overview of the Normative Economics of the Health Sector, Handbook of Health Economics Elsevier, s. 55-110, Amsterdam, <https://ideas.repec.org/h/eee/heachp/1-02.html> Erişim: 10.10.2015.
- IŞIK Oğuz (2013), Sağlık Kurumları Mevzuatı, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 2860, Eskişehir.
- JAMES Brent C., (1989), Quality Management For Health Care Delivery, The Hospital Research and Educational Trust Of the American Hospital Association, Chicago.
- JENCKS Stephen F. ve DOBSON Allen, (1986), Strategies for Reforming Medicare's Physician Payments — Physician Diagnosis-Related Groups and Other Approaches, The New England Journal of Medicine, No: 312, s.1492-1499.
- KAHRAMAN, C., CEBECİ, U. ve ULUKAN, Z. (2003) "Multi-Criteria Supplier Selection Using Fuzzy AHP", Logistics Information Management, Vol. 16 Iss: 6: 382 – 394
- KAPLAN, R S.. Ve NORTON D. P. (1992), " The Balanced Scorecard-Measures that Drive Performance," Harvard Business Review, Cilt LXX, Sayı 1, s. 71-79.
- KAPLAN Robert S., (2010), Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard, Harvard Business School, Working Paper

- <http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/10-074.pdf> Erişim: 22.12.2015.
- KARAKAŞOĞLU, N. (2008), “Bulanık Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri ve Uygulama” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli
- KESTANE Doğan, (2003), Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği, Maliye Dergisi, Sayı:142, s.126-144.
- KILIÇ Mahmut ve KOÇ Ayşegül, (2014), İl Merkezindeki birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranların Tarama Testleri Yaptırma Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi, Nobel Medicus Dergisi, Cilt:10, Sayı:1, s.36-42.
- KONCITIKOVA Gabriela, CULIK Tomas Culik ve PAVLA Stankova, (2014), An Application Of Balanced Scorecard in Healthcare Organizations, Recent Advances in Energy, Environment and Financial Planning, s.197-202, <http://www.wseas.us/e-library/conferences/2014/Florence/DEEE/DEEE-22.pdf> Erişim: 20.12.2015.
- KOYUNCUGİL Ali Serhan Koyuncugil ve ÖZGÜLBAŞ Nermin, (2009), Veri Madenciliği: Tıp ve Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı ve Uygulamaları, Bilişim Teknolojileri Dergisi, Cilt:2, Sayı:2, s. 21-32.
- KÖSEOĞLU Mehmet Ali ve OCAK Saffet, (2010), Misyon İfadelerinde Kullanılan Ögeler İşletmelerin Mülkiyet Yapısına Göre Değişir mi?: Özel ve Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Araştırma, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:13, Sayı:1, s. 63-82.
- LEE F. C. (2006), A Quantitative Performance Measurement Framework For Health Care Systems, Missouri-Columbia Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
- LEE J. (2013), Context-based Service Performance Profile Management System In SOA, California Üniversitesi Doktora Tezi
- LESNESKÍ C. D. (2005), Developing A Performance Measurement System For Local Public Health Agencies In The Florida Department Of Health Using The Balanced Scorecard Framework, Kuzey Carolina Üniversitesi Doktora Tezi
- LİN Q-L., LİU L., LİU H-C ve WANG D-J. (2013), Integrating Hierarchical Balanced Scorecard With Fuzzy Linguistic For Evaluating Operating Room Performance In Hospitals”, Expert Systems With Applications, 40, 1917–1924
- LİN Z., YU Z. ve ZHANG L. (2014), Performance Outcomes Of Balanced Scorecard Application In Hospital Administration In China, China Economic Review, 30, p.1–15
- LİNG V. Y-C (2008), Design Of A Balanced Scorecard To Measure Emergency Department Patient Flow In A Canadian Teaching Hospital, Toronto Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
- MACKAY Allan, (2005), A Practitioner’s Guide to the Balanced Scorecard Research Report, A Practitioners’ Report Based on: ‘Shareholder and Stakeholder Approaches to Strategic Performance Measurement Using the Balanced Scorecard’, CIMA 2005
- [http://www.cimaglobal.com/Documents/Thought\\_leadership\\_docs/tech\\_resrep\\_a\\_practitioners\\_guide\\_to\\_the\\_balanced\\_scorecard\\_2005.pdf](http://www.cimaglobal.com/Documents/Thought_leadership_docs/tech_resrep_a_practitioners_guide_to_the_balanced_scorecard_2005.pdf) Erişim: 22.12.2015.
- MCDONALD Bob, (2012), A Review of the Use of the Balanced Scorecard in Healthcare
- [http://www.bmcdconsulting.com/index\\_htm\\_files/Review%20of%20the%20Use%20of%20the%20Balanced%20Scorecard%20in%20Healthcare%20BMCD.pdf](http://www.bmcdconsulting.com/index_htm_files/Review%20of%20the%20Use%20of%20the%20Balanced%20Scorecard%20in%20Healthcare%20BMCD.pdf) Erişim: 20.12.2015.
- MCWHİRT R. (2013), Application of the Principles of the Balanced Scorecard to Hospital Strategic Planning, Walden Üniversitesi Doktora Tezi
- MERİH Kutlu, (2015), Stratejik Yönetim Kontrol Süreci, [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.merih.net/m2/str/stracon.htm&gws\\_rd=cr&ei=RMR4Vq\\_CO8KHgOv9YSABQ](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.merih.net/m2/str/stracon.htm&gws_rd=cr&ei=RMR4Vq_CO8KHgOv9YSABQ) Erişim: 19.12.2015.
- MONTOYA R. E. (2011), An Evaluation Of The Effects Of The Baldrige Criteria On Hospital Performance, California State Üniversitesi Doktora Tezi

- MOUSAKHANİ M., RAHMANİ H. ve HAMİDİ N. (2010), Hospitals Ranking Using Fuzzy Analytic Hierarchy Process Balanced Score Card, Asian Journal Of Management Research (Online Open Access Publishing Platform For Management Research), 666-678
- MURBY Liz ve GOULD Stathis, (2005), Effective Performance Management with the Balanced Scorecard Technical Report, CIMA 2005, [http://www.cimaglobal.com/Documents/ImportedDocuments/Tech\\_rept\\_Effective\\_Performance\\_Mgt\\_with\\_Balanced\\_Scd\\_July\\_2005.pdf](http://www.cimaglobal.com/Documents/ImportedDocuments/Tech_rept_Effective_Performance_Mgt_with_Balanced_Scd_July_2005.pdf) Erişim: 22.12.2015.
- MUTLU Ayşegül, (2006), Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları, Maliye Dergisi, Sayı: 150, s.53-78.
- NICKOLS Fred, Strategy, Strategic Management, Strategic Planning and Strategic Thinking, Distance Consulting LLC, [http://www.nickols.us/strategy\\_etc.pdf](http://www.nickols.us/strategy_etc.pdf) Erişim: 22.12.2015.
- OKASHA N. M. K. (2010), Integration of System-Based Performance Measures and Structural Health Monitoring for Optimized Structural Management Under Uncertainty, Lehigh Üniversitesi Doktora Tezi
- O'NEİLL L. (1997), Nonparametric Diagnostics In Data Envelopment Analysis With An Application To Hospital Efficiency, Pennsylvania State Üniversitesi Doktora Tezi
- ORHANER Emine, (2006), Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 1, s. 1-22.
- ÖKSÜZ A. Sibel, (2010), Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması, T.C. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- ÖZ Ömer, (2014), Performansa Dayalı Program Bütçe Uygulaması, <http://sahipkiran.org/wp-content/uploads/2014/03/peb-2.pdf> Erişim: 20.09.2015.
- ÖZEN Z. H. (2011), Yataklı Tedavi Kurumlarında Performans Yönetimi Ve İç Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği, Gazi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
- ÖZER Akif, (2009), Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü ve Değerlendirilmesi, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, Sayı: 73, s. 3-29.
- ÖZER Ali ve ÇAKIL Enver, (2007), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, Tıp Araştırmaları Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 3, s. 140-143.
- ÖZGEN Hacer, Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim Ders Notu, T.C. Hacettepe Üniversitesi, <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Belgeler/SAi490skstratejikyonetim.pdf> Erişim: 19.12.2015.
- ÖZGÜLBAŞ Nermin ve KOYUNCUGİL Ali Serhan, (2007), Sağlık Kurumlarında Finansal Performans Ölçümü: Kamu Hastanelerinin Veri Madenciliği ile Sınıflandırılması, İktisat İşletme ve Finans Dergisi, Cilt: 22, Sayı: 253, s. 18-30 <http://www.iif.com.tr/index.php/iif/article/view/iif.2007.253.7160> Erişim: 24.10.2015.
- PİZZİNİ W. J. (2002), The Role Of Management Control Systems In Health Care Organizations: Three Empirical Studies, Pennsylvania Üniversitesi Doktora Tezi
- POPE Gregory C, (2011), Overview of Pay for Performance Models and Issues, <https://www.rti.org/pubs/bk-0002-1103-mitchell.pdf> Erişim: 23.10.2015.
- RABOVSKY T. M. (2013), Accountability And Performance In Higher Education: Promise, Potential, And Pitfalls Of Performance Management, Oklahoma Üniversitesi Doktora Tezi
- RAMAZANOĞLU Fikret ve BAHÇECİ Birsen, (2006), Örgütlerde Misyön ve Vizyon Kavramı, Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları Dergisi, 2006, s. 52-56.
- ROBERTS Marc J., HSIAO William, BERBAN Peter ve REICH Michael R., (2004), Sağlık Reformunun Doğru Yapılması Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz, Oxford University Press, Tercüme eden ve yayınlayan: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009.

- SAĞIR Mehmet, (2010), Özel Hastanelerin Hekim İstihdam Stratejileri ve Orta Anadolu Bölgesinde Bir Uygulama, T.C. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Doktora Tezi, Konya.
- SARAÇOĞLU Bedriye, SÜLKÜ Seher Nur ve AÇIKGÖZ Şenay, (2012), Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri, Ekonomik Yaklaşım Dergisi, Cilt: 23, Özel Sayı, s. 269-28.
- SAYIM Ferhat, (2009), Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Piyasa Yapısı, Editör: Ali Coşkun ve Ahmet Akın, Sağlık İşletmelerinde Yönetim Rehberi, Seçkin Yayınları, Ankara, s. 253-284.
- SCALETTI Alessandro, (2014), Evaluating Investments in Health Care Systems: Health Technology Assessment, Springer Yayınları, 1. Basım, New York.
- SELVİ A. F. (2011), Sağlık Kuruluşlarında Performans: Bir Devlet Hastanesi Örneği, Trakya Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
- SEREN H. Arzu, (2014), Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Projesine İlişkin Görüşleri, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Cilt:1, Sayı:1, s.19-24.
- SEZER Özcan, (2008), Kamu Hizmetlerinde Müşteri (Vatandaş) Odaklılık: Türkiye’de Kamu Hizmeti Açısından Bir Değerlendirme, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 4, Sayı 8, s.147-171.
- SMITH Peter C., MOSSIALOS Elias and PAPANICOLAS Irene, (2008), Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects, WHO European Ministerial Conference on Health Systems, <http://www.who.int/management/district/performance/PerformanceMeasurementHealthSystemImprovement2.pdf> Erişim: 21.10.2015.
- SOMUNOĞLU Sinem, (1999), Kavramsal Açından Sağlık, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 4, Sayı:1, s. 51-62.
- ŞENGEZER Tijen, SİVRİ Fazilet, DİLBAZ Nesrin ve SUNAY Didem, (2014), Ankara İli Yenimahalle İlçesinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Bireylerde Tütün Bağımlılığı ve İlişkili Risk Faktörleri, Türk Aile Hekimleri Dergisi, Cilt:18, Sayı:1, s.42-48.
- ŞİMŞEK M.Ş. Ve ÇELİK A. (2008), “Çağdaş Yönetim Ve Örgütsel Başarım”, Eğitim Kitabevi
- TARIM Mehveş, (2004), Sağlık Organizasyonlarında Performans Ölçme ve Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard), Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt:7, Sayı:2, s. 233-248.
- TDK- Türk Dil Kurumu Güncel Sözlüğü, [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr) Erişim: 10.09.2015.
- TENGİLİMOĞLU Dilaver ve KOCAKOÇ Necati, Sağlıkta Kalite ve Performans, SASGEM, Sağlık Araştırmaları ve Strateji Geliştirme Merkezi, [http://sasgem.org/sasgem/index.php?option=com\\_content&view=article&id=76:salikta-kalte-ve-performans-&catid=20:performans-deerlendirmesi&Itemid=75](http://sasgem.org/sasgem/index.php?option=com_content&view=article&id=76:salikta-kalte-ve-performans-&catid=20:performans-deerlendirmesi&Itemid=75) Erişim: 22.12.2015.
- TENGİLİMOĞLU D. ve TOYGAR Ş. A. (2013), Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi, Sosyal Güvenlik Dergisi, 3, 1, 50-78
- TEZCAN Didem, YÜCEL H. Mehmet, ÜNAL B. Umut ve EDİRNE Tamer, (2013), Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti, Pamukkale Tıp Dergisi, Cilt:7, Sayı:1, s.57-62.
- TIRAŞ Hacı Hayrettin, (2013), Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme, KSÜ İİBF Dergisi, Cilt:9, Sayı:1, s. 125-152.
- TOP Mehmet, (2011), Sağlık Hizmetleri / Kurumları Yönetimi ve Sağlık Turizmi, Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü, Eğitim Sunusu.
- TOTM, Turgut Özal Tıp Merkezi, (2013), Başhekim Görev, Yetki ve Sorumlulukları, <http://totm.inonu.edu.tr/kalite/G%C3%96REV%20YETK%C4%B0%20VE%20SORUMLULUKLAR/TOTM-GYS-001-BA%C5%9EHEK%C4%B0M.pdf> Erişim: 22.08.2015.
- TRISOLINI Michael G., (2011), Introduction to Pay for Performance, <https://www.rti.org/pubs/bk-0002-1103-mitchell.pdf> Erişim: 23.10.2015.



- TÜRKMEN Emine, BADIR Aysel ve ERGÜN Ayşe, (2012), Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 3, Sayı: 4, s. 223-231.
- UĞURLUOĞLU Ece ve ÖZGEN Hacer, (2008), Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11, Sayı:2, s.133-160.
- UĞURLUOĞLU Özgür, UĞURLUOĞLU A. Ece, IŞIK Oğuz ve AKBOLAT Mahmut, (2013), Sağlık Kurumları Mevzuatı, Anadolu Üniversitesi Uzaktan Eğitim Kitabı, 1. Baskı, Eskişehir.
- UĞURLUOĞLU Ö. ve ÇELİK Y. (2005), Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8, 1, 3-29
- UYSA A. (2012), Hemşirelerde Performans Değerleme Yöntemi Konusunda Bir Araştırma, Beykent Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
- VELA S. A. (1999), Canadian Life And Health Insurance Productivity Evaluation Using Data Envelopment Analysis, Toronto Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
- WHITMIRE M. (1985), Program Evaluation Of A Hospital Medical Center Performance Appraisal System, Arizona State Üniversitesi Doktora Tezi
- XIAO Q. (2008), Hospital Organizations As Complex Adaptive Systems: A Configurational Approach To Examining Complexity Adaptation In Action And Implications On Organizational Performance, Alabama Üniversitesi Doktora Tezi
- YALÇIN Şükran ve ACAR Adile, (2010), Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt:1, s.12-26.
- YENİCE Ebru, (2006), Kamu Kesiminde Performans Ölçümü ve Bütçe İlişkisi, Sayıştay Dergisi, Sayı: 61, s.57-68.
- YILDIRIM Murat, (2009), Kamu Yönetiminde Yeni Bir İkiyem: Yurttaş Odaklılık ya da Müşteri Odaklılık, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 10, Sayı 1, s.99-115.
- ZELMAN William H., PINK George ve MATTHIAS Catherine, (2003), Use of The Balanced Scorecard in Health Care, Journal of Health Care Finance, Cilt:29, Sayı: 4, s. 1-16 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12908650> Erişim: 19.12.2015.
- ZHANG Jianzhen ve OLDENBURG Brian F., (2014), Socio economic Inequalities in Utilization of Preventive Health Services in Relation to Cardiovascular Disease and Diabetes, Journal of Behavioral Health, Cilt: 3, Sayı:2, s.88-94.
- Agency for Healthcare Research and Quality, (2002), Improving Health Care Quality, Fact Sheet, <http://archive.ahrq.gov/research/findings/factsheets/errors-safety/improving-quality/improving-health-care-quality.pdf> Erişim: 21.10.2015.
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği, (1997), <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-513/ana-cocuk-sagligi-ve-aile-planlamasi-merkezleri-yonetme-.html> Erişim: 20.08.2015.
- Humber River Hospital Strategic Plan 2012 – 2015, (2013) [http://www.hrh.ca/uploads/About%20Us/PDF/BalancedScorecard/HRH\\_Balanced\\_Scorecard\\_accessible.pdf](http://www.hrh.ca/uploads/About%20Us/PDF/BalancedScorecard/HRH_Balanced_Scorecard_accessible.pdf), Erişim: 23.07.2016
- İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi, (1948) <http://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/688B1--Insan-Haklari-Evrensel-Beyanamesi.pdf> Erişim: 19.09.2015.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, (2007), Hizmet Kalite Standartları Rehberi, Ankara.
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 12.05.2006 Resmi Gazete

- Sayı: 26166 <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.10299&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0> Erişim: 20.09.2015.
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, Kanun No. 209, Resmi Gazete Tarihi: 09.01.1961, Değişiklik: 11.10.2011
- <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.209.pdf> Erişim: 20.09.2015.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü – Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, (2012), Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri, Pozitif Matbaa, 1. Baskı, Ankara.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2015), <http://www.shgm.saglik.gov.tr/ana-sayfa/1-15896/20150822.html>, Erişim: 22.08.2015.
- Sunnybrook's Strategic Balanced Scorecard, (2015), [http://sunnybrook.ca/uploads/1/welcome/strategy/balanced\\_scorecard\\_december\\_2015\\_final.pdf](http://sunnybrook.ca/uploads/1/welcome/strategy/balanced_scorecard_december_2015_final.pdf), Erişim:23.07.2016
- T.C. Sağlık Bakanlığı Birimler, (2015), <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15573/birimlerimiz.html> Erişim: 22.08.2015.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Tarihçe (2015), <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40121/bakanligimizin-tarihcesi.html> Erişim: 22.08.2015.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması, (2015) <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html> Erişim: 22.08.2015.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2014), Sağlık İstatistikleri Yıllığı, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/6cff0947743a4b448b3ba0edaec921ad.pdf> Erişim: 13.06.2015.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Görev ve Yetkiler (2015) <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-40115/gorev-ve-yetkiler.html> Erişim: 10.10.2015.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2011), Sağlıkta Akreditasyon Standartları [http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular\\_2011/2011/2014/sas\\_tr.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2014/sas_tr.pdf) Erişim: 19.09.2015.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, (2014), Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=63>Erişim: 12.10.2015.
- TUBİTAK (2003a), Vizyon 2023 Teknoloji Öngörü Projesi, Sağlık ve İlaç Paneli Sonuç Raporu [http://www.tubitak.gov.tr/tubitak\\_content\\_files/vizyon2023/si/saglikveilac\\_son\\_surum.pdf](http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/saglikveilac_son_surum.pdf) Erişim: 19.08.2015.
- TUBİTAK (2003b), Vizyon 2023 Teknoloji Öngörü Projesi, Sağlık ve İlaç Paneli, Ek, [http://www.tubitak.gov.tr/tubitak\\_content\\_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf](http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf) Erişim: 19.08.2015.
- TÜİK Haber Bülteni, (2014), Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2013, 5 Kasım 2014 Tarihli Yayın: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161> Erişim: 10.10.2015.
- TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu, (2015), Sağlık İstatistikleri, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095) Erişim: 12.10.2015.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Toplum Sağlığı Merkezleri, (2015), <http://ailehekimligi.gov.tr/toplumsal-merkezi.html> Erişim: 20.08.2015.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2015), <http://www.thsk.gov.tr/> Erişim: 22.08.2015.
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Faaliyet Raporu, (2014), <http://www.titck.gov.tr/PortalAdmin/Uploads/Titck/Dynamic/9573a6af51285.pdf> Erişim: 22.08.2015.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Verimlilik Daire Başkanlığı, Verimlilik Modeli Ön Çalışma Raporu – 1, 2008 <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/040f0e1432824b04a01a4c70703eb10f.pdf> Erişim: 20.12.2015.

- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, 2014, [http://www.tkhk.gov.tr/646\\_kurumsal](http://www.tkhk.gov.tr/646_kurumsal) Erişim: 22.08.2015.
- United Health Foundation, (2013), The Measurement of Health Care Performance A Primer from the CMSS  
<https://www.entnet.org/sites/default/files/MeasurementofHealthcarePerf.pdf> Erişim: 22.10.2015.
- United States Department of Health and Human Services, (1996), Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General, 2nd Edition, Diane Publishing, USA.
- Vardhman Mahaveer Open University, Strategy, Levels of Strategy, <https://online.vmou.ac.in/oldweb/studymaterial/mp-401unit1-6.pdf> Erişim: 19.12.2015.
- WHO (World Health Organization) (2003), How can hospital performance be measured and monitored? [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/74718/E82975.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/74718/E82975.pdf) Erişim: 21.10.2015.
- WHO (World Health Organization) (2004), International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 3rd Edition, USA.
- WHO (World Health Organization) (2006), Quality of Care, A Process For Making Strategic Choices in Health Systems, World Health Organization Press, France [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf) Erişim: 19.08.2015.
- 13.01.1983 Tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, (1983)
- <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yatakl%C4%B1%20tedav> Erişim: 22.08.2015.
- 2.11.2011 Tarih ve 28103 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011), <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.663.pdf> Erişim: 22.08.2015.
- [http://tr.wikipedia.org/wiki/Karar\\_destek\\_sistemi](http://tr.wikipedia.org/wiki/Karar_destek_sistemi), Erişim:03.04.2014
- [http://www.ekodialog.com/Konular/Verimlilik\\_nedir.html](http://www.ekodialog.com/Konular/Verimlilik_nedir.html), Erişim:25.03.2014
- [https://books.google.com.tr/books?id=sKuBIAo4v0C&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?id=sKuBIAo4v0C&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) Erişim: 19.12.2015.
- [https://www.academia.edu/1591112/Sa%C4%9F1%C4%B1k\\_Hizmetleri\\_Kurumlar%C4%B1\\_Y%C3%B6netimi\\_ve\\_Sa%C4%9F1%C4%B1k\\_Turizmi](https://www.academia.edu/1591112/Sa%C4%9F1%C4%B1k_Hizmetleri_Kurumlar%C4%B1_Y%C3%B6netimi_ve_Sa%C4%9F1%C4%B1k_Turizmi) Erişim: 20.08.2015.
- [http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/performans\\_yazi.pdf](http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/performans_yazi.pdf), Erişim: 01.04.2014
- [http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/performans\\_yazi.pdf](http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/performans_yazi.pdf), Erişim: 01.04.2014
- <http://www.hastane.selcuk.edu.tr/hastane/>, Erişim: 01.07.2016
- <http://www.akgunyazilim.com.tr/>, Erişim:01/08/2016

**EK 1-1: Konya İli Sağlık İstatistikleri**

Gösterge	İstatistik	Gösterge	İstatistik
Toplam Nüfus	2.108.808	Hastane Sayısı	40
Kırsal Nüfus Oranı (%)	6,3	Yatak Sayısı	6.635
Kentsel Nüfus Oranı (%)	93,7	10000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı	31,5
0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)	25,2	Nitelikli Yatak Sayısı	2.604
65 Yaş Ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	8,3	Yoğun Bakım Yatağı Sayısı	852
Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş) (%)	38	Aile Hekimliği Birimi Sayısı	591
Yaşlı Bağımlılık Oranı (65+ Yaş) (%)	12,4	Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus Sayısı	3.568
Toplam Yaş Bağımlılık Oranı (%)	50,4	112 İstasyon Sayısı	58
Birinci Basamak Başvuru	6.578.817	112 Başına Düşen Nüfus	36.359
İkinci Ve Üçüncü Basamak Başvuru	11.040.412	112 Ambulans Sayısı	81
Kişi Başı Hekime Başvuru	8,4	112 Ambulans Başına Düşen Nüfus Sayısı	26.035
Diş Hekimine Başvuru	1.685.498	Uzman Hekim	1.894
Kişi Başı Diş Hekimine Başvuru	0,8	Pratisyen Hekim	1.126
Yatan Hasta Sayısı	375.499	Asistan Hekim	791
Yatılan Gün Sayısı	1.535.849	Toplam Hekim	3.811
Ameliyat Sayısı	147.595	Diş Hekimi	484
Yatak Doluluk Oranı	63,4	Eczacı	777
Ortalama Kalış Günü	4,1	Hemşire	4.157
Yatak Devir Hızı	56,6	Ebe	1.416
Yatak Devir Aralığı	2,4	Diğer Sağlık Personeli	4.547
Kaba Ölüm Hızı	15,5		
<b>Kaynak:</b> Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014			

## EK 5-1: Strateji Haritası

