



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**BİR SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANESİNİN AFİLİASYON ÖNCESİ
VE SONRASI FİNANSAL PERFORMANS ANALİZİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HAZIRLAYAN: Meryem DEMİRTAŞ
DANIŞMAN: Doç. Dr. Ömer GİDER**

**ARALIK, 2016
MUĞLA**

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

BİR SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANESİNİN AFİLİASYON ÖNCESİ VE SONRASI
FİNANSAL PERFORMANS ANALİZİ

MERYEM DEMİRTAŞ

Sağlık Bilimleri Enstitüsünde
“Yüksek Lisans”
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 05.01.2017
Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 15.12.2016

Tez Danışmanı : Doç.Dr. Ömer GİDER
Jüri Üyesi : Prof.Dr. Ramazan ERDEM
Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Serap DURUKAN KÖSE

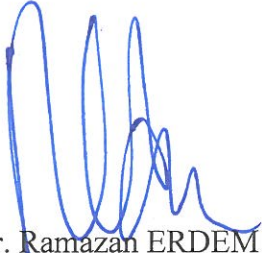
Enstitü Müdürü : Prof.Dr. Feral ÖZTÜRK

Aralık, 2016
MUĞLA

TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 17/11/2016 tarih ve 66 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Meryem DEMİRTAŞ'ın "Bir Sağlık Bakanlığı Hastanesinin Afiliasyon Öncesi ve Sonrası Finansal Performans Analizi" adlı tezini incelemiş ve aday 15/12/2016 tarihinde saat 13.30'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.


Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 60 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** edildiğine oy birliği ile karar verildi.



Prof. Dr. Ramazan ERDEM
Üye



Doç. Dr. Ömer GİDER
Tez Danışmanı



Yrd. Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE
Üye

YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Bir Sağlık Bakanlığı Hastanesinin Afiliasyon Öncesi ve Sonrası Finansal Performans Analizi” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

05/01/2017

MERYEM DEMİRTAŞ

İMZASI

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

YAZARIN

MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.

Soyadı: DEMİRTAŞ

Adı: MERYEM

Kayıt No: 10134093

TEZİN ADI

Türkçe: Bir Sağlık Bakanlığı Hastanesinin Afiliasyon Öncesi ve Sonrası Finansal Performans Analizi

Y. Dil: Financial Analysis of a Health Ministry Hospital After and Before Afiliation

TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans

TEZİN KABUL EDİLDİĞİ

Üniversite : MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

Fakülte : SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Enstitü : SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Diğer Kuruluşlar:

Tarih :

TEZ YAYINLANMIŞSA

Yayınlayan :

Basım Yeri :

Basım Tarihi :

ISBN:

TEZ YÖNETİCİSİNİN

Soyadı, Adı : GİDER ÖMER

Ünvanı: DOÇ. DR.

TEZİN YAZILDIĞI DİL : Türkçe

TEZİN SAYFA SAYISI: 80

TEZİN KONUSU (KONULARI) : Sağlık Kurumları Yönetimi

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELEER :

1. Afiliasyon
2. Rasyo (Oran) Analiz
3. Finansal Performans

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELEER

1. Afiliation
2. Ratio Analysis
3. Financial Performance

- | | |
|---|-----------------------|
| 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum | <input type="radio"/> |
| 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir | <input type="radio"/> |
| 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir | <input type="radio"/> |

Yazarın İmzası :



Tarih : 25/01/2017

ÖZET

Bu çalışmada Ege Bölgesinde faaliyet gösteren ve 2011 yılı sonunda bir üniversite hastanesi ile afiliye olan bir Sağlık Bakanlığı hastanesi'nin afiliasyondan önceki ve sonraki dönemde finansal performansı finansal oran analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada daha sonra, hesaplanan finansal performans verileri ile ilgili hastanenin operasyonel performans göstergeleri arasında ilişkinin olup olmadığı spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir.

Çalışmada ilgili hastanenin afiliasyon öncesi 3 yıl (2009-2011) ve afiliasyon sonrası 3 yıl (2012-2014) olmak üzere 6 yıllık faaliyet dönemi inceleme kapsamına alınmıştır. Sonuç olarak, kurumun genel olarak kısa vadeli borçlarını ödemede zorluk yaşadığı ve nakit sıkıntısı yaşadığı gözlemlenmiştir. Kurum afiliasyon öncesinde daha fazla yabancı kaynak kullanırken afiliasyondan sonra kurumda yabancı kaynak kullanımını azalmış, borç düzeyi düşmüştür. Ayrıca kurum afiliasyon öncesinde zararla çalışırken afiliasyon sonrasında varlıklarını verimli ve etkili bir şekilde kullanarak kara geçmiştir, yönetimde ve sağlık hizmetinin üretilip dağıtılmasında başarı elde edilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre ise; operasyonel göstergelerden poliklinik hasta sayısı, acil müracaat sayısı, ameliyat sayısı, diğer sağlık personeli sayısı ve doğum sayısı ile karlılık oranları olan net kar marjı, toplam aktiflerin getiri oranı ve öz sermaye getiri oranı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler dikkat çekmektedir. Bunlar arasında en yüksek anlamlı ilişkiye toplam aktiflerin getiri oranı ile acil müracaat sayısı, ameliyat sayısı, diğer sağlık personeli sayısı ve doğum sayısı arasında ($r=0,986$; $p<0,01$) rastlanılmıştır.

Hastanelerin etkililik ve verimliliğini arttırmak, aynı zamanda eğitsel görevleri de yerine getirmek için ortak kaynak kullanımı yapan Sağlık Bakanlığı hastanesi ile üniversite hastanesi entegrasyonunun, ne düzeyde başarılı olduğunu belirlenmesi bu çalışmanın önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Afiliasyon, rasyo (oran) analiz, finansal performans

ABSTRACT

In this study, a university hospital's and a Health Ministry hospital's, which is operated in Egean region and affiliated at the end of 2011, financial performance after and before affiliation is evaluated with examining financial ratio analysis. Furthermore, it is determined, with using spearman correlation analysis, whether there is a relation between financial ratios and operational data of the hospital.

Hospital's operating periods, before affiliation 3 years (2009-2011) and after affiliation 3 years (2012-2014), 6 years, is considered. In conclusion, it is observed that the health care institution is generally in poor financial health and does not have enough currency to pay off its short-term debts. Whereas before affiliation the health institution much more benefits from external resources, after affiliation it reduces the using external resources as well as liability level. Additionally, while health care institution operates in loss before affiliation, it started to take the advantage of profitability with operating more productive and effective after affiliation and it achieves success in management and in the health service delivery after affiliation as well. On the other hand, according to the results of the spearman correlation analysis; it is observed that, there is a reasonable and positive relation between the number of outpatients, the number of emergency applicants, number of operations (number of surgeries), number of births, the number of non-physician health care providers and total marjin, return on assets (ROA), return on equity (ROE). The highest reasonable relation is between the number of emergency applicants, number of operations (number of surgeries), number of births, the number of non-physician health care providers and return on assets (ROA), ($r=0,986$; $p<0,01$).

Determining the success level of the affiliation between a Health Ministry hospital and a univeristy hospital, which use resources mutually not only increase the effectiveness and efficiency, but also fulfill the education duty, reveals this thesis importance.

Key Words: Afiliation, ratio analysis, financial performance

TEŞEKKÜR

Çalışmanın gerçekleşmesi sürecinde bilgi ve donanımıyla yardımlarını esirgemeyen, değerli yönlendirmeleriyle tezin planlanmasına ve gerekli düzeltmelerin yapılmasına katkı sağlayan tez danışmanım sayın hocam Doç. Dr. Ömer GİDER'e saygı ve şükranlarımı sunuyorum.

Üzerimde emeği olan değerli bölüm hocalarım; Doç. Dr. Saffet OCAK, Yrd. Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE ve Yrd. Doç. Dr. Tuncay KÖSE hocalarıma teşekkürü bir borç biliyorum.

Ayrıca tez sürecimde arka planda beni manevi olarak destekleyen, gösterdikleri sabırla heyecanımı canlı tutan tüm aile fertlerime, özellikle annem Süreyya DEMİRTAŞ ve babam Orhan DEMİRTAŞ'a, diğer aile fertlerim Dr. Arzu TURAN'a ve Şirvan ASLAN'a içten teşekkürlerimi sunmayı bir borç biliyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. AFİLİASYON.....	6
2.1. Afiliasyon Modelleri	8
2.2. Afiliasyon Modellerinin Uygulanma Nedenleri.....	17
2.3. İyi Kurgulanmış Bir Afiliasyon Modeli İçin Temel Faktörler	19
3. PERFORMANS	23
4. PERFORMANS GÖSTERGELERİ	26
4.1. Operasyonel Performans	29
4.2. Finansal Performans	31
5. FİNANSAL ANALİZ.....	36
5.1. Likidite Oranları	39
5.2. Finansal (Mali) Yapı Oranları	42
5.3. Faaliyet (Verimlilik) Durum Oranları	45
5.4. Kârlılık Oranları	47
6. KONUyla İLGİLİ SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ ÇALIŞMALAR.....	50
7. GEREÇ ve YÖNTEM.....	53
7.1. Amaç	53
7.2. Temel Problem Cümlesi.....	53
7.3. Alt Problemler	53
7.4. Yöntemsel Model	53

7.5. Evren ve Örneklem.....	54
7.6. Veri Kaynakları	54
7.7. Sınırlılıklar.....	55
8. BULGULAR.....	56
8.1. İlgili Faaliyet Dönemine Ait Hesaplamalar.....	56
8.1.1. Likidite Analizleri	56
8.1.2. Finansal Yapı Analizleri	59
8.1.3. Faaliyet Durum Analizleri.....	61
8.1.4. Kârlılık Durum Analizleri	64
8.2. İlgili Faaliyet Dönemine Ait Operasyonel Performans Göstergeleri	67
8.3. İlgili Faaliyet Dönemine Ait Finansal Performans Göstergeleri	68
8.4. Operasyonel Göstergelerle Finansal Göstergeler Arasındaki Korelasyon Matriksi.....	69
9. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
10. KAYNAKÇA.....	73

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Tam Entegre Model Örneği	15
Şekil 2: Fonksiyonel Entegre Model Örneği.....	16
Şekil 3: Likidite Analizleri Grafiği	58
Şekil 4: Finansal Yapı Analizleri Grafiği.....	60
Şekil 5: Faaliyet Durum Analizleri Grafiği.....	63
Şekil 6: Kârlılık Durum Analizleri Grafiği	65



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Akademik Sağlık Merkezlerinin Beş Örgütsel Modeli	11
Tablo 2: Likidite Analizleri.....	57
Tablo 3: Finansal Yapı Analizleri	60
Tablo 4: Faaliyet Durum Analizleri	62
Tablo 5: Kârlılık Durum Analizleri.....	65
Tablo 6: 2009-2014 Yılları Arasındaki Operasyonel Performans Göstergeleri.....	67
Tablo 7: 2009-2014 Yılları Arasındaki Finansal Performans Göstergeleri	68
Tablo 8: Operasyonel Göstergeler ile Finansal Göstergeler Arasındaki Korelasyon Matriksi	69

1. GİRİŞ

İnsanlar, ülkelerin en değerli kaynağıdır ve toplumu oluşturan unsur insanlardır. İnsanların en önemli varlığı, dolayısıyla toplumun en önemli varlığı ve zenginliği sağlıktır (Ağırbaş, 2014, s. 15). Sağlık ve sağlığa yapılan yatırımlar toplumdaki bireylerin daha uzun ve daha iyi standartlarda yaşamalarına olanak sağladığı için kıymetlidir (Hall ve Jones, 2007, s. 2). Sağlığa yatırım yapmak yalnızca arzu edilen bir ayrıntı değildir, bunun yanında bu yatırım toplumların birçoğu için zorunlu bir önceliktir (Frenk, 2004).

Sağlığa yapılan yatırımlar genellikle sağlık hizmet kurumları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sağlık hizmet kurumlarının hem yapısal özelliğini, hem de hizmet sınırlarını belirleyen çok çeşitli fonksiyonları vardır. Örneğin, sağlık kurumları tedavi edici bir birim olarak hizmet vermenin yanı sıra araştırma laboratuvarı, eğitim kurumu ve topluma geniş çapta iş olanağı sağlayan kuruluşlar olarak da hizmet vermektedir (Sultz ve Young, 2014, s. 69).

Sağlık hizmeti kurumları yani hastaneler üç ayrı düzeyde hizmet vermektedirler (Mulligan ve diğerleri 2003, s. 21);

1. Birinci basamak sağlık kurumları: Sağlık hizmet tüketicisinin başvurduğu ilk hizmet kurumudur. Bu kurumlarda birkaç işlevi gerçekleştirmek mümkündür. Pek fazla uzmanlaşma yoktur. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Genel olarak genel muayene, genel müdahaleler, temel gebe izlemleri, çocuk takipleri gibi işlemlerin yapılabildiği, belirli düzeyde genel laboratuvar hizmetinin verilebildiği ancak patolojik analizlerin yapılmasına elverişli olmayan kurumlardır. Bu kurumlar Toplum Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri gibi kurumlardır.
2. İkinci Basamak sağlık kurumları: Birinci basamaktan daha yüksek düzeyde uzmanlık içeren hastanelerdir. Birinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların hizmet aldığı kurumlardır. Yatak sayısı genelde 200-800 arasında değişmektedir. Bu hastanelere eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri ve SSK hastaneleri örnek verilebilir.

3. Üçüncü basamak sağlık kurumları: Oldukça yüksek düzeyde uzmanlaşmış personel ve teknik donanım içeren hastanelerdir. Bu hastanelerde yoğun bakım üniteleri, özel görüntüleme birimleri, fonksiyonlarına göre oldukça farklılaştırılmış klinik hizmetler ve bunların yanında eğitim hizmeti sunulmaktadır. Bu hastaneler 300-1.500 yataklı hastanelerdir. Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık kurumu olarak hizmet vermektedir. Bunlara doğumevi, çocuk hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi, kemik hastalıkları hastanesi, onkoloji hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi örnek verilebilir.

Hastanelerin, amaç ve misyonlarına göre değişmekle birlikte dört temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 118);

1. Tedavi hizmetleri: Bu hizmetler kişilerin normal sağlık düzeyine kavuşması için sunulan hizmetlerdir.
2. Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri: Daha çok birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan, kişilerin hastalığa karşı bağışıklık kazanmasına ve önlem almasına yardımcı olmak için sunulan sağlık hizmetleridir.
3. Eğitim: Halka sunulan sağlık eğitimi, tıp eğitimi, tıpta uzmanlık eğitimi ve diğer personelleri de kapsayan eğitim hizmetleridir.
4. Araştırma hizmetleri: Sağlık bilimleri ve tıp alanında araştırmaların gerçekleştirilmesine olanak sağlayan hizmetlerdir.

Sağlık hizmetinin sunulduğu birimler olan hastaneler ve sağlık hizmet süreci biyolojik, etik, politik ve ekonomik perspektifler gibi birçok açıdan ele alınabilmektedir. Ancak bu perspektifler içinde ekonomik perspektif farklı bir önceliğe sahiptir. Çünkü ekonomik perspektif sağlık sunucuları ve kullanıcıları arasındaki davranış sinyallerini etkilemektedir (Fuchs, 2015, s. 380).

Sağlık hizmetine talep sürekli artmakta ve neredeyse hiç azalma göstermemektedir. Sağlık hizmet kullanımının artmasıyla birlikte sağlık harcamaları ulusal ekonomide geniş ve önemli bir pay kapsamaktadır (Hall ve Jones, 2007, s. 39).

Sağlık sektörü önemli ölçüde ulusal, bölgesel ve yerel ekonomilerin bileşeninden oluşmaktadır. Tıp teknolojisi alanındaki, ulusal politika değişikliklerindeki ve yerel pazar faktörlerindeki farklılıklar hatta bazen zıtlıklar, sağlık kurumlarının, çalışanlarının ve kaynak sağlayıcılarının baskı altında kalması ve desteklenememesi ile sonuçlanabilmektedir (Bernstein, 2009, s. 4). Diğer taraftan, vatandaşların daha yüksek düzeydeki sağlık beklentileri, sağlığa ulaşmadaki eşitsizliklerin çözümü ve farklı etnik gruplar arasındaki sağlık koşulları ile de başa çıkılması gerekmektedir. Sağlığa erişim, eşitlik ve sağlık kalitesinin artırılmasının yanı sıra, sağlık sektöründe finansal sürdürülebilirliğin de sağlanabilmesi garanti altına alınmalıdır. Bu amaçla, sağlığa yatırım ve sağlık finansman politikalarının belirlenmesi önem arz etmektedir. Örneğin, büyüme, gelir, yatırım ve işgücü ekonomik sistem içerisinde kalite ve performans fonksiyonlarıdır. Ekonomik sistemin düzenleyici çerçevesi ise ticaret politikaları, sosyal çıkarlar, işgücü pazarıdır. Bu nedenle, sağlık koşulları (ölüm oranı, hastalık oranı, sakatlık oranı) yalnızca yaşam standartlarına değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinin gerçek performansına da bağlı kalmaktadır. Sağlık performansı ve ülkenin ekonomik performansı birbirine bağlıdır. Ulusal gelirlerin sağlık sistemlerinin gelişmesi üzerinde doğrudan etkisi vardır (Frenk, 2004). Toplumun ve ülkenin olumsuz sonuçlarla yüzleşmemesi için ekonomik, sosyal ve politik dengelerin iyi kurgulanmış olması gerekmektedir.

Ekonomik dalgalanmaların etkisini anlayabilmek için sağlık kurumunda uzun süreli yapısal değişiklikler sonucu ortaya çıkan kurumun etkililiği, yapısı, kullanıcılar tarafından tercih edilmesi, sağlık sigortasının kapsamı gibi ekonomik etkileri çözümlenmek önem arz etmektedir. Bazı ekonomik etkiler çalışana yönelik, örneğin, çalışanın başarısızlığı ya da iş sürecindeki yetersizliği sonucu işten çıkarılması, ya da işverenin ekonomik yetersizlikler sonucu sigorta yatıramaması şeklinde ortaya çıkarken; diğer etkiler ise ekonomik dar boğazlar, iş iyileştirme sürecindeki adaletsizlikler ya da sağlık kurumunun farklı bir alana yönelmesi şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Sağlık kullanımında karşılaşılan bu gibi zorluklar, sağlık sigortasının kapsamının tam olarak bilinmemesi, sağlık hizmetine erişimdeki finansal engeller ve farklı popülasyonlara sunulan sağlık hizmetinin değişkenliği gibi nedenleri belirleyebilecek veri eksikliği sebebiyle ortaya çıkmaktadır (Bernstein, 2009, s. 6).

Sağlık kurumunun yüksek düzeyde bir performans göstermesi geleneksel olarak finansal ve operasyonel performansların yönetimine bağlıdır. Performans yönetiminin temel prensipleri göz önünde bulundurularak yani, operasyonel ve finansal performans göstergelerinin ortaya koyduğu veriler ile hizmet sunan ve kullanan kesimler ilişkilendirilip performans yönetiminin yapılması daha uygun bir yol olacaktır. Bu yolun uygulamaya alınması hem iyi hizmet sunumu, iyi hasta çıktıları, hem de performans geliştirme ile sonuçlanacaktır (Walburg ve diğerleri, 2006, s. 3).

Hastaneler sağlık sisteminin en önemli kuruluşlarıdır. Sağlık alanında –tıp alanında, teknolojiye, toplumun demografik yapısında ve hastalık yapılarında- ortaya çıkan gelişmeler ve değişmelerle birlikte, sağlık kurumlarının yalnızca önemi artmakla kalmamış aynı zamanda sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü de kapsamıştır. Böylece sağlık kurumları sosyoekonomik kurumlar haline gelmişlerdir (Ağırbaş, 2014, s. 15). Aynı zamanda eskiden statik çevrede belirsizlikten uzakta hizmet veren hastaneler, günümüzde nüfus artışı, nüfusun yaşlanması, tıbbi teknolojideki değişme ve gelişmelerle artan sağlık hizmeti talebini karşılamak amacıyla fiziksel kapasitelerini artırma, hekim bilgi ve becerilerini yükseltme, artan talep ve karşılaşılan sorunları çözmek için uzun vadeli stratejik planlar yapmaya yönelmişlerdir (Zuckerman, 2000, s. 296). Dolayısıyla sağlık kurumlarında yönetimin ve ekonomik anlamda da finansal yönetimin rolü ve önemi artmıştır.

Hastanelerin işlevsel faaliyetinin sürekliliği ve hizmet üretiminin devamı için finansal kaynaklar belirleyici rol oynamaktadır. Yatırımcıları, ortakları ve aynı zamanda devleti ortak paydada toplayan beklenti, sağlık kurumunun finansal kaynaklarını verimli ve etkili bir şekilde kullanarak istenilen kâr seviyesine ulaşmasıdır (Gider, 2004, s. 1-2). Cleverley'e (1992, s. 53) göre, ana performans kriteri olarak kârlılık esas alınmalıdır. Cleverley, günümüzde artık sağlık kurumunun kâr elde etmeden hayatta kalamayacağı ve varlığını devam ettiremeyeceğini savunmaktadır.

Cleverley (1990, s. 173), çalışmasında fiyatlarını yüksek düzeyde tutmayıp maliyetleri minimize eden, duran varlık ve alacaklara yatırımlarını minimize eden, borç kullanan ancak aşırı borçlanmadan kaçınan, tesis yenilemeye fon ayıran, pazar

payı yüksek düzeyde olan hastanelerin finansal performansının daha yüksek düzeyde olduğunu ve hastanelerin varlıklarını sürdürebilmeleri için bu faktörün önemli olduğunu vurgulamıştır.

Bu çalışmada sağlık kurumlarının tedavi hizmetleri, eğitim hizmetleri, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ve araştırma hizmetleri gibi dört işlevinden daha çok üçünü-eğitim, araştırma ve tedavi hizmetlerini-bünyesinde bulundurarak sağlık hizmet sürecine katkıda bulunan bir üniversite hastanesi ile bir devlet hastanesinin oluşturduğu afiliye organizasyon yapısı ele alınmıştır. Bu organizasyon yapısının kurumun ekonomik yapısını nasıl etkilediği finansal verimlilik ölçme rasyoları ile hesaplanmıştır. Bunun yanında afilyasyon süreci öncesi oranlar ve afilyasyon süreci sonrasında elde edilen oranlar karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

Bu amaçla tezin birinci bölümünde Sağlık Bakanlığı hastanesi ile Üniversite hastanesinin birleşmesi sonucu oluşan afiliye yapı incelenmiştir. Afilyasyon kavramından bahsedilerek Türkiye'deki ve Dünya'daki afiliye yapı ele alınmıştır. Tezin ikinci bölümünde performans kavramından bahsedilmiştir. Tezin üçüncü bölümünde performans göstergeleri ele alınmıştır. Tezin dördüncü bölümünde finansal analiz konusu ayrıntılı olarak incelenmiş, tez içerisinde kullanılan oran analizlerine ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Tezin beşinci bölümünde konu ile ilgili literatür taraması sonucu elde edilen çalışmalara yer verilmiştir. Tezin altıncı bölümünde tez içerisinde kullanılan gereç ve yöntem hakkında bilgi verilerek, yedinci bölümde bulgulara yer verilmiştir. Tezin dokuzuncu ve son bölümü sonuç ve önerilerden oluşmaktadır.

2. AFİLİASYON

Afiliasyon, Latince köken itibarı ile evlat edinme anlamına gelirken, günümüzde kurumlar arası işbirliği için kullanılmaktadır. Bir kurumda insan kaynağı yeterliliği (üniversite), diğer kurumda ise fiziki ve malzeme yeterliliği (Bakanlık hastaneleri) olduğu durumlarda, ilk kuruma mensup kişilerin, ikinci kuruma giderek orada hizmet vermesi, eğitim alması işlemi anlamı taşımaktadır (Altuntaş, 2007).

Afiliye sağlık hizmeti kavramı, Shortell ve diğerleri (1996, s. 438), tarafından toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanabilme, hizmet kapasitesini toplum ihtiyacına göre ayarlayabilme, sağlık hizmetini süreç içerisinde koordine ve entegre edebilme, sağlık hizmet süreci içerisinde sağlık hizmet sunucularını, sağlık hizmet kullanıcılarını ve ödeyici kurumları birleştiren bilgi sistemlerine sahip olabilme, maliyet, çıktı, tüketici memnuniyeti ve kalite hakkında paydaşlara (tüketiciler, işçiler, personel, ödeyiciler, topluluk grupları) bilgi sağlayabilme, zorlukları aşabilmede yönetimi, doktorları ve diğer hizmet sunucuları organize etmek için finansal teşvik ve örgütsel yapıyı kullanabilme, sunduğu sağlık hizmetini sürekli geliştirebilme ve sıkıntuların üstesinden gelebilmek için ekip çalışmasına yatkın ve istekli olabilme şeklinde tanımlanmaktadır.

Lawrence ve Lorsch (1967, s. 4), afiliasyonu örgütün görevlerinin yerine getirilmesinde çeşitli alt sistemler arasında gösterilen çaba birliğini başarıma süreci olarak tanımlamaktadır.

Barrett'e (2008, s. 804) göre afiliasyon, çeşitli sağlık kurumlarının klinik (hastane ve hekim uygulamaları) ve akademik (eğitim ve araştırma) aktivitelerinin hangi derecede ortak yönetim ve kontrol altında tutulduğunu ifade etmektedir.

WHO'nun yayınladığı 2008 tarihli rapora göre ise afiliasyon bireylerin ihtiyacı olan zamanda ihtiyacı olan sağlık hizmetini alabilmesi, istenilen sonuçları elde edebilmesi ve sağlık hizmetini en uygun ücretle almasının yanında maksimum fayda sağlaması için sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve yönetimidir şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2008, s. 1).

Wartman'a (2007, s. 3) göre afilyasyon, kârlılığı arttıran, finansal riskleri düşüren, bilimsel ilerleme süreci ortaya çıkaran, toplumun kuruma güvenini kazandıran ve kurumun marka değerini arttıran yapıyı sağlamaktadır.

Afiliye sağlık hizmeti, hasta tecrübesini geliştirme, daha etkili sağlık hizmet sunumu sağlama ve sağlık hizmet sunucularının değerini arttırmayı başarma anlamına gelmektedir (Sara ve diğerleri, 2011, s. 3).

Afilyasyon tanım ve modelleri, sağlık hizmet süreci içerisinde, sağlık hizmetinin koordinasyonu ve sağlık hizmet sunumunda, sunucu kurumlar ve kişiler arasındaki işbirliği üzerine odaklanmaktadır (Leatt ve diğerleri, 2000, s. 14). Afiliye sağlık sistemi dünya çapında sağlık sistem reformu için kilit strateji (Lyngso ve diğerleri, 2016, s. 2) ve modern sağlık sistemi içerisinde karşılaşılan zorluklara şifa (Strandberg-Larsen, 2011, s. 1) olarak görülmektedir.

Birçok batı ülkesinde üniversiteler ile hastaneler arasında bu tür bir işbirliği yapılmaktadır. Üniversiteler, tıp fakültelerinde sadece eğitim ve araştırma kadrosu bulundurarak, klinik eğitimlerini genellikle devlet, vakıf ya da özel bir kuruma ait hastanede yaptırmaktadırlar (Altuntaş, 2007). Amerika'da Harvard dahil pek çok üniversitenin hastaneleri afiliye hastanelerdir ve iyi bir protokolle sağlanan bir afilyasyonla, üniversiteler hastane/ler işletmesi ile uğraşmayıp tıp/sağlık bilimleri eğitimine odaklanmaktadır (Öztürk, 2012-2013, s 36).

Ülkemizde afilyasyon, 07.05.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü ve Ek 9 uncu maddeleri ile yasal zeminini bulmaktadır. 3359 sayılı Kanun'un Ek-9. maddesi, 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK'nın 58. maddesi ve Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 8. maddesi ile değiştirilmiştir. 18.02.2011 tarihli Resmi Gazete'de 27850 sayılı "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" yayınlanmıştır (TTB, 2014). Bu yönetmelikte "adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre toplam il nüfusu 850.000'e kadar olan illerde eğitim ve araştırma hizmetleri, Bakanlık eğitim ve araştırma hastanesi veya

üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinden yalnızca birisi tarafından verilebilir ve bu illerde Bakanlık ve üniversite, tıp lisans eğitimi ve/veya tıpta uzmanlık eğitimi için ortak kullanım ve işbirliğine gider” ifadesi yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ancak 04.12.2013 tarihli Danıştay kararıyla, 18.02.2011 tarihli 27850 sayılı gazetede yayımlanan yönetmeliğin bazı hükümlerinin iptaline karar verilmiştir. Yürütmesi durdurulan maddeler; 18.02.2011 tarihli 27850 sayılı gazetede yayımlanan yönetmeliğin dördüncü maddesinin (c) ve (ç) bentleri, beşinci maddesinin (a), (b), (c), (ç) bentleri, yedinci maddesinin birinci ve ikinci fıkraları, sekizinci maddesinin birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü, beşinci ve altıncı fıkraları ve yönetmeliğin dokuzuncu ve onuncu maddesidir (TTB, 2016).

Daha sonra 03.05.2014 tarihinde ve 28989 sayılı gazetede “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik tekrar düzenlenerek yayımlanmıştır. Bu yönetmelikte “ADNKS sonuçlarına göre toplam il nüfusu 750.000’e kadar olan illerde Bakanlık ve bağlı kuruluşları ile üniversite, tıp lisans eğitimi ve/veya tıpta uzmanlık eğitimi için birlikte kullanım ve işbirliği yapar” ifadesi yer almıştır (Resmi Gazete, 2014). Ancak tekrar 03.05.2014 tarihinde ve 28989 sayılı gazetede yönetmeliğin bazı hükümlerinin (yedinci maddenin ikinci bendi ve sekizinci maddenin birinci bendi) yürütülmesi 06.04.2015 tarihindeki Danıştay kararı ile durdurulmuştur (Medimagazin, 2016). Sonrasında 16.06.2016 tarihinde 29744 sayılı Resmi Gazete yönetmelik tekrar düzenlenerek yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir (Medimagazin, 2016a).

2.1. Afiliasyon Modelleri

Dünya’daki çeşitli merkezlerde ve çeşitli örgütsel yapılarda araştırma, eğitim ve sağlık hizmeti üçlüsü üniversite hastaneleri ve sağlık bakanlığı hastaneleri stratejik birleşmesinin gerçekleşmesinde kilit rol oynamaktadır (Ovseiko ve diğerleri, 2010, s. 1284). Bu stratejik birleşmeyi meydana getiren birçok farklı örgütsel model geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları üniversitelerden kısmen bağımsız hastaneler, bazıları üniversitelerin bir parçası olan hastaneler, bazıları tek bir yönetim altında

birleşen Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve üniversite hastaneleri, bazıları da tamamen ayrı olan hastanelerdir. Örgütsel modellerin farklılıkları genellikle tarihi, coğrafi, geleneksel koşulların, sağlık hizmet pazarının, yerel kurumsal koşulların ve zaman içerisinde yöneticiler tarafından verilen değişik stratejik kararların bir sonucudur (Pardes ve Pincus, 2010, s. 1265). Bu nedenle ulusun taşıdığı kültürel, finansal, klinik ve politik kavramlar yakından ele alınmadıkça, kapsayıcı çözümler üretilmemektedir. Kültürel farklılığın bir sonucu olarak dünyada çeşitli hastanelerde çok çeşitli afiliasyon modellerine rastlanmaktadır. Literatür incelendiğinde analistlerin afiliye modelleri altı (6) farklı boyuta ayırarak incelediği görülmektedir (Lyngso ve diğerleri, 2016, s. 1-2).

Bu afiliye modeller (Lyngso ve diğerleri, 2016, s. 2);

1. Fonksiyonel entegrasyon: İnsan kaynakları, finansal yönetim, stratejik planlama, bilgi yönetimi ve kalite geliştirme gibi kilit arka plan fonksiyonlarını bütün faaliyet birimlerini kapsayacak şekilde koordine eden bir modeldir.
2. Örgütsel entegrasyon: Hangi hizmetlerin hangi ölçüde üretileceği ve sağlık kurumları arasında hangi hizmetlerin verileceğini belirleyen modeldir.
3. Profesyonel entegrasyon: Sağlık hizmet sunucuları arasındaki örgüt içi ve örgütler arası profesyonel ilişkileri düzenleyen modeldir.
4. Hizmet ya da klinik entegrasyon: Sistem içindeki profesyonel, kurumsal ve sektörel sınırları kapsayan hasta bakım servislerinin hangi ölçüde koordine edileceğini belirleyen modeldir.
5. Normatif entegrasyon: Misyon, vizyon, değerler ve örgütsel kültürün paylaşıldığı modeldir.
6. Sistemik entegrasyon: Bütün örgütsel düzeylerde kurallar, politikalar ve teşviklerin uyum içinde olduğu modeldir.

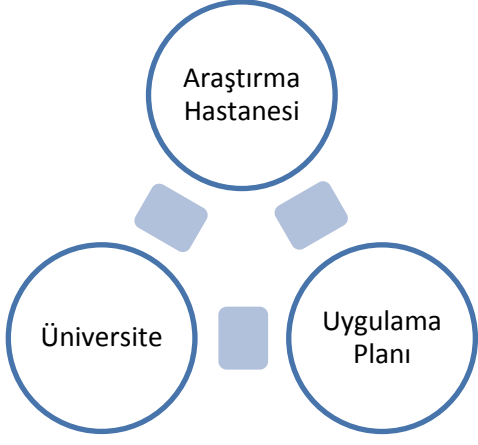
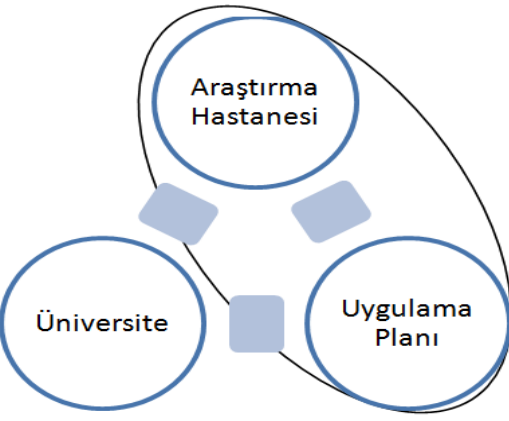
Ayrıca Conrad ve Shortell (1996, s.8), afiliasyonun iki metodundan bahsetmişlerdir. Bunlar;

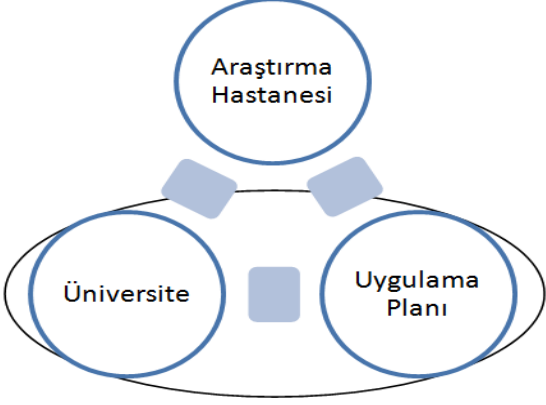
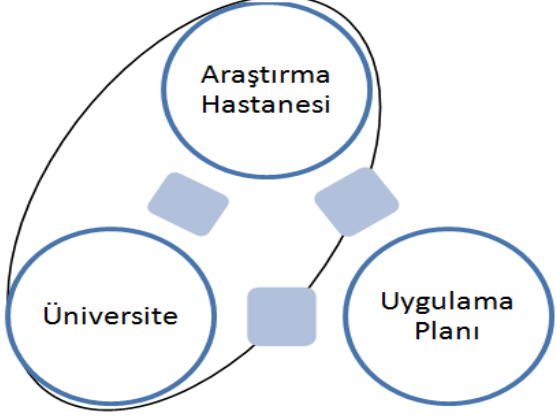
1. Yatay (Horizontal) Entegrasyon: Bu afiliasyon modelinde aynı basamaktaki sağlık düzeyindeki sağlık kurumlarının tek bir yönetim şemsiyesi altında toplanması söz konusudur. Aynı hizmet ya da hizmetleri veren iki veya daha fazla firmanın sağlam bir kurumlar arası anlaşmayla birleşmesi söz konusu olmaktadır. Horizontal birleşmenin nedeni kurumların ölçek ekonomilerini veya pazar güçlerini arttırmak istemeleridir.
2. Dikey (Vertical) Entegrasyon: Bu afiliasyon modelinde farklı düzeylerdeki sağlık kurumlarının tek bir yönetim çatısı altında toplanması söz konusudur. Bu afiliasyon türünde tamamen ayrı çalışan birimlerden, birinin çıktısı bir diğer hizmet biriminin girdisi olan entegrasyon türüdür. Bu entegrasyonda bir ya da birden çok firmanın birleşmesi söz konusu olmaktadır.

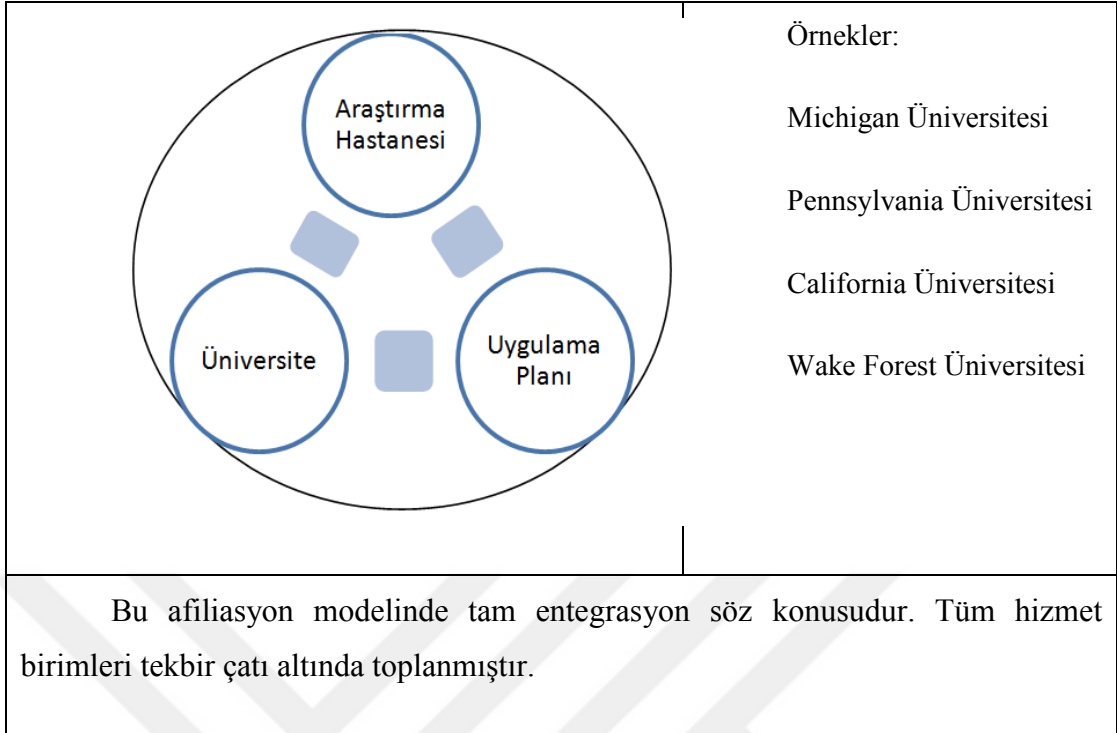
Farklı afiliasyon formları hem dikey afiliasyon hem de yatay afiliasyon metodlarını birlikte bulundurabilir. Örneğin, örgütsel yönetim düzeyleri arasında dikey afiliasyon bulunurken, aynı hiyerarşik düzeydeki bağımsız örgüt birimleri arasında yatay afiliasyon bulunabilir (Axelson, 2002, s. 145).

Farklı afiliye modellere sahip kurumlardan birkaçı aşağıdaki gibi modellenebilmektedir:

Tablo 1: Akademik Sağlık Merkezlerinin Beş Örgütsel Modeli (Barrett, 2008, s. 805)

	<p>Örnekler:</p> <p>Gürcistan Tıp Koleji</p> <p>George Washington Üniversitesi</p> <p>Southern Illinois Üniversitesi</p> <p>Cincinnati Üniversitesi</p>
<p>Bu afilyasyon modelinde tüm birimler birbirinden bağımsız hizmet vermektedir. Fonksiyonel entegrasyon söz konusudur.</p>	
	<p>Örnekler</p> <p>Harvard Üniversitesi / Massachusetts Hastanesi</p> <p>Tufts Üniv./ Tufts Tıp Merkezi</p> <p>Vermont Üniv. / Fletcher Allen Sağlık Kurumu</p>
<p>Bu afilyasyon modelinde araştırma hastanesi ve uygulama hastanesi birleşmesi söz konusudur. Üniversite bağımsız hareket etmektedir.</p>	

	<p>Örnekler:</p> <p>Colombia Üniversitesi</p> <p>Johns Hopkins</p> <p>Chicago Üniversitesi</p> <p>Florida Üniversitesi</p>
<p>Bu afiliasyon modelinde üniversite ve uygulama hastanesi birleşmesi söz konusudur. Araştırma hastanesi bağımsız hareket etmektedir.</p>	
	<p>Örnekler:</p> <p>Mayo Tıp Koleji</p> <p>SUNY-Brooklyn</p> <p>Alabama Üniversitesi</p> <p>Virginia Üniversitesi</p>
<p>Bu afiliasyon modelinde araştırma hastanesi ve üniversite hastanesi birleşmesi söz konusudur. Uygulama hastanesi ayrı bir birim olarak hizmet vermektedir.</p>	



Üniversite hastanelerinin örgütsel yapılarının oldukça çeşitli olmasına karşın, son yıllarda iki tip örgütsel modele ağırlık verilmiştir (Wartman, 2007, s 1);

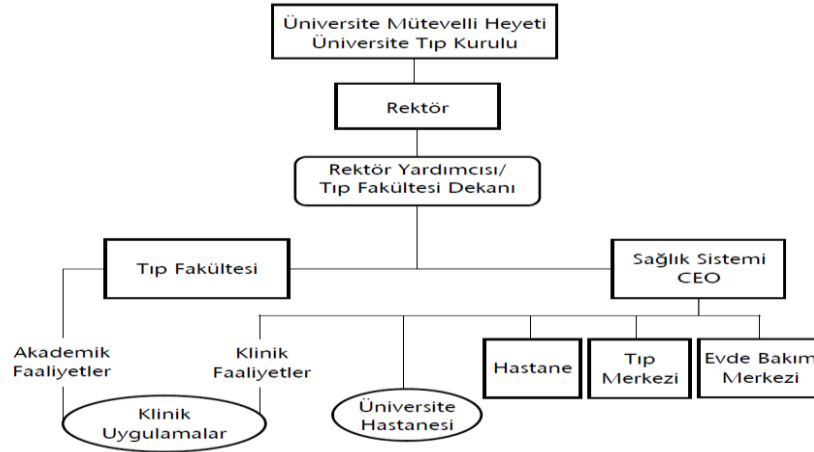
1. Tam entegre model

Üniversite hastanelerinde temel bileşenler olan üç önemli misyon eğitim, araştırma ve hizmet sunumunun tek bir lider ve ortak bir yönetim kurulu tarafından yönetildiği görülmektedir (Barrett, 2008, s. 804). Bu modelde farklı örgütsel birimlerin kaynaklarını yeni bir organizasyon üretmek için tek bir havuzda topladığı gözlemlenmektedir (Ahgren ve Axelsson, 2005, s. 2). Bu afiliasyonda tek lider modeli vardır. Yönetimde Sağlık Bakanlığı hastanesi ile üniversite hastanesinin sıkı koordinasyonunun sağlanabilmesi için CEO doğrudan rektör yardımcısı görevinde de olan tıp fakültesi dekanına rapor vermektedir. Üç bileşenin-eğitim, araştırma, hizmet sunumunun başarılı bir şekilde yürütülmesi için dekan ve CEO yakın işbirliği içindedir. Bu yakın işbirliği finansal yönetim, hasta bakımı, temel ve klinik araştırmaların entegrasyonu açısından muazzam bir esneklik sağlamaktadır (Phillips ve Rubenstein, 2008, s. 862). Tam entegrasyonda her iki kurumun kaynakları resmi olarak bir havuzda toplanmakta, bunun yanı sıra özel hasta gruplarının ihtiyaçlarını

karşılacak düzeyde ayrıntılı hizmetler veren yeni bir organizasyon ortaya çıkmaktadır (Sara ve diğerleri, 2011, s. 15; Ahgren ve Axelsson, 2005, s. 2). Bu modelde en önemli konu kurulması gerekli olan servislerin toplanması ve kaynakların paylaşılabilirliği için hedef grupların belirlenmesidir (Ahgren ve Axelsson, 2005, s. 2).

Tam entegrasyonu savunan kişiler için bu örgütsel modeli uygulanabilir düzeyde mantıklı kılan birçok neden vardır. Bunlardan en temel iki neden stratejik odaklanma ve finansal disiplindir (Barrett, 2008, s. 804).

Öncelikli ve en önemli neden, tam entegrasyon modelinin stratejik odaklanmayı kolaylaştırması olarak ele alınmaktadır, böyle bir odaklanma ve disiplin olmadan, üniversite hastanesi ile sağlık bakanlığına bağlı hastaneler ayrı payların, çıkarların ardında ilerleyebilmekte, dar ve sığ programlara yatırım yapabilmekte ve oluşan son birleştirilmiş yapı tarafından paylaşılan ortak misyonu kapsamayan, ilerlemeye katkıda bulunmayan ancak bahsedilen misyonlardan -eğitim, araştırma ve hizmet sunumu-yalnızca birisine ekonomik ya da akademik değer katan faaliyetlerle meşgul olabilmektedir. Örneğin, biyomedikal ve sağlık hizmetleri araştırma programlarına yatırım kısıtlanırken, klinik faaliyetlerin geliştirilmesine çok fazla yatırım yapılabilmektedir. Tam entegre olmuş organizasyonlardan beklenen güçlü stratejik odaklanma olmadığında bu seçenekler yönetim çatışmalarını ortaya çıkarabilmekte ve zaten sınırlı olan kaynakların israf edilmesine sebep olabilmektedir. Ancak odaklanma olursa gerçekten ihtiyaç duyulan ve avantaj sağlanabilecek fırsatlar değerlendirilebilmektedir. Bu modeli mantıklı kılan bir diğer neden ise finansal disiplindir, bu model ile üniversite hastanelerinin akademik misyonunun finansal olarak, önemli oranda klinik faaliyetler tarafından desteklenmesi, ayrıca eğitim ve araştırma faaliyetlerine fon ayrılması mümkün olmaktadır (Barrett, 2008, s. 804).

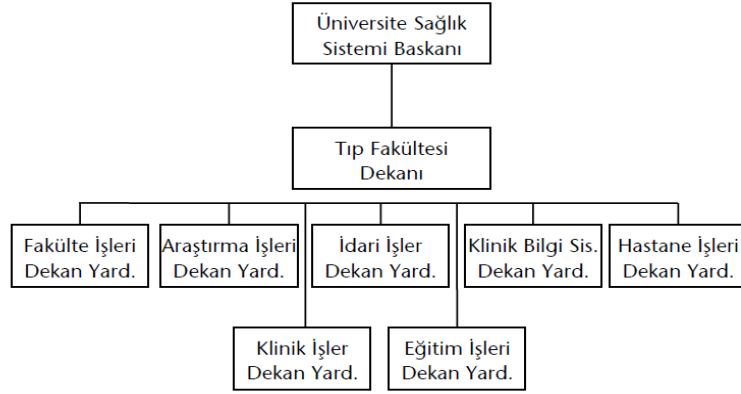


Şekil 1: Tam Entegre Model Örneği (Uğurluoğlu, 2015, s.55)

2. Fonksiyonel entegre model

Fonksiyonel entegrasyon; insan kaynakları, finansal yönetim, stratejik planlama, bilgi yönetimi ve kalite geliştirme gibi kilit arka plan fonksiyonlarını bütün faaliyet birimlerini kapsayacak şekilde koordine eden bir modeldir (Lyngso ve diğerleri, 2016, s. 2). Bu modelde, üniversitedeki akademik faaliyetlerin, hekim uygulamalarının ve hastane operasyonlarının her biri farklı liderler tarafından yönetilmektedir, bu model tam entegrasyon modeline göre daha basit ve kapsamlı olarak değerlendirilmektedir. Genel olarak stratejik ve operasyonel düzeylerde etkin olmakla birlikte disiplinler arasında bir köprü oluşturmaktadır. Birimlerin daha esnek ve verimli çalışmasını sağlamaktadır (Ahgren ve Axelsson, 2005, s. 2; Barrett, 2008, s. 808). Model hastane, servisler, birincil basamak doktorlar ve uzman doktorlar arasındaki bağlantıyı koordine etmekte, oldukça zahmetli olan sağlık hizmetinin sunumunda bu vizyonu paylaşan kişi ve kurumların işbirliğini teşvik etmekte, bağlılığını desteklemektedir. ‘Kim?’ in haklı olduğundan ziyade ‘Ney?’ in doğru olduğuna, ‘Nasıl katkıda bulunulacağına?’, ‘Nasıl gelişebileceğine?’, ‘Nasıl kazanılacağına?’ odaklanmaktadır. Bu modelde herkesin katkısı göz önünde bulundurulmaktadır (Halley, 2012, s. 76). Ayrıca spesifik bir ya da birkaç alanda yoğunlaşan ekiplerin de katkısıyla hastanenin belirli alanlarda hizmet kalitesi artırılabilir. Örneğin; Hastane plastik ve rekonstrüktif cerrahi ya da onkoloji

alanında merkezler ve ekipler oluşturularak bu alanlarda hizmet kalitesini arttırabilir ve ciddi gelir farkı oluşturabilir.



Şekil 2: Fonksiyonel Entegre Model Örneği (Uğurluoğlu, 2015, s.57)

Halley'e (2012, s. 77) göre afilyasyon, bir takım sporudur ve katılan herkes bu takımın bir oyuncusu olmaktadır. Başarılı bir entegrasyon için, birçok farklı disiplinden liderler, zorlu bir amaç ve vizyonu sürdürmeyi gerektiren ortaklıkta birleşmelidir ve bu birleşme ancak tüm takım üyelerinin fonksiyonel entegrasyonu desteklemesiyle mümkün olabilmektedir.

Söz konusu modeller incelendikten sonra Türkiye'deki afiliye modelde, Sağlık Bakanlığına bağlı hizmet sunucuları ile üniversitelere bağlı sağlık hizmet sunucularının tam entegre model kullandıkları gözlemlenmektedir. Bu anlamda Türkiye'deki afiliye model içerisinde hiyerarşi ve yönetim boşlukları gözlemlenmektedir. Bu modelde yetkiler başhekimde toplanmakta ve başhekim rektör tarafından atanmaktadır. Başhekim, başmüdür ve dekan arasında hiyerarşi belirsizlikleri söz konusu olabilmektedir. Bu tür problemlerin çözümü için tam afilyasyon yapısı yerine fonksiyonel entegrasyon yapısı önerilebilir.

2.2. Afiliasyon Modellerinin Uygulanma Nedenleri

Bazı ülkeler için afiliye sağlık hizmetinin uygulanma nedenleri hastalar, sağlık hizmeti ve çıktıları ve maliyet açısından aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Leatt ve diğerleri, 2000, s. 16-17);

- Sağlık hizmetkullanıcılarının çok ayrıntıcı olması sebebiyle tek seçenekten yapılacak hizmet alımından ziyade ihtiyacı olduğu anda doğru yerde ve doğru zamanda uygun şartlarda hizmeti alma talebinin karşılanabilmesidir.
- Sağlık hizmet kullanıcılarının tedavi seçenekleri talebine karşılık verebilmek, bu kişilerin kendileri için uygulanabilecek en iyi tedavinin hangisi olduğunu bilmek istemesidir.
- Sağlık hizmet sunumunda hastaların hizmeti alabilecekleri çok sayıda sağlık personeli seçeneğinin olması. Hizmet alımında hastanın hemşire, hekim seçme seçeneklerinin olmasıdır.
- Sağlık hizmetlerine kullanıcıların vaktinde erişim sağlamak istemesi. Kişilerin aile hekimlerini ya da hizmeti alacakları uzman hekimi görebilmesi, gerçekleştirilmesi gereken görüntüleme veya tedavi hizmetlerini belirli bir periyod içerisinde alabilmesidir.
- Sağlık hizmet kullanıcılarının aldıkları hizmetin yüksek kalitede olmasını istemesi. Bu kişilerin hangi tekniğin, bakımın daha iyi olacağı ve hangi kişilerden aldıkları hizmetin daha iyi olacağı bilgisine erişmek istemesidir.
- Sağlık hizmet kullanıcılarının daha doğru karar vermesi için yeterli düzeyde bilgi almak istemesi. Hastalara (sağlık kullanıcılarına) özel koordine edilmiş mekanların ayarlanması ve burada sağlık ve sağlık hizmeti ile ilgili en güncel verilerin edinilebilmesidir.

- Sağlık hizmet kullanıcılarının zamanlarını sağlık hizmet sunucularının yanında harcamak istememesidir. Hastaların yeni bir hekimle ya da hizmet sunucusuyla her karşılaşmada hastalık hikayelerini tekrarlamak istememeleri, gereksiz tahlil ve tetkik tekrarı yapmak istememesi ve zorunlu durumlarda sağlık hizmeti alınması gereken birimlerde sağlık hizmet sunucusunun uygun olacağı vakitler için beklemek zorunda kalmak istememesidir.
- Sağlık hizmet sunumundaki boşluklar. Hastanede yatış sürecinden eve geçme ya da topluma karışma sürecine kadar olan sağlık hizmeti alımında özellikle sigortalar hizmetleri karşılama yeterliliği açısından boşluklar içermektedir. Klinik uygulamalardaki değişikliğe daha kolay adapte olabilecek sağlık sistemlerine ihtiyaç duyulmasıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmeti düzeyindeki ve özel sağlık hizmetleri düzeyindeki bakım hizmetlerinin iyi koordine edilmemiş olmasıdır. Aile hekimleri ve uzmanlar arasındaki koordinasyonun özellikle düzenlenme ihtiyacı gerektirmesidir.
- Kanıta dayalı uygulamalar ve tedaviler daha yaygın olması, tedavi uygulama sürecindeki değişiklikleri yönetecek daha fazla sayıda tahlil ve tetkik yapılması gerekliliğidir. İyi bir entegrasyonun, gerekli inceleme işlemleri sonucu sağladığı bakım ve tedavi ile popülasyon ve bireysel sağlık statüsü çerçevesinde bir çevre oluşturmasıdır.
- İnsanların sağlıklı kalmasını sağlamak için teşvik edici unsurların eksikliği, sağlık hizmet tüketicilerinin ancak hasta olduklarında tedavi edici uygulamaları almaya gelmesi ve kişileri hastalıktan koruyacak yönde yönlendirmelerin olmamasıdır.
- Sağlık hizmet sürecinde gereksiz fazlalıkların ve tekrarların olması, hizmetlerin etkililik ve etkinliğini düşürecek düzeyde seçeneklerin fazla olması sonucu kurumu mali anlamda gereksiz kaynak kullanmasıdır. Örneğin

her defasında tekrarlanan tetkik ve hayat hikayeleri fazladan gereksiz kaynak kullanımına sebebiyet verecektir.

- Uygulamada sağlanan hizmetlerin yeterli düzey ve kalitede olduğunu belirtecek teşvik edici unsurun olmamasıdır.

2.3. İyi Kurgulanmış Bir Afiliasyon Modeli İçin Temel Faktörler

Eksiklikleri sebebiyle afiliye sağlık kurumu ihtiyacını ortaya çıkaran yukarıdaki maddeler akla iyi bir afiliasyonun taşıması gereken özelliklerin neler olduğu konusunda sorular getirmektedir. Bu amaçla literatür incelendiğinde sağlık kurumları arasında oluşturulabilecek başarılı bir afiliasyon için sürekli tekrarlanan ve özellikle üzerinde durulan on kilit nokta aşağıdaki gibi belirtilmektedir (Suter ve diğerleri, 2010, s. 17-20);

- **Sağlık hizmeti ve bakımı süresince sunulan kapsamlı hizmetler:** Afiliye sağlık sisteminin prensiplerinden biri klinik ve sağlık ile ilgili hizmetlerin verildiği kapsamlı bir faaliyet alanı sunmaktır. Afiliye sağlık sistemi hizmet edilen kitleye uygun, sağlık hizmeti süresince; sunulacak ana hizmetlerin sağlanmasını, alınmasını, planlanmasını ve koordine edilmesini belirlemektedir. Birinci basamak sağlık hizmet düzeyinden üçüncü basamak sağlık hizmet düzeyine kadar olan tüm sağlık sigortası kapsamını ve sağlık hizmet koordinasyonunu sağlamayı içermektedir. Bu koordinasyonun sağlanması için gerekli afiliasyon düzeyi ise kurumun amaç, misyon ve vizyonuna göre düzenlenmektedir.
- **Hastaya odaklanma:** Sağlık hizmet sunucularının ihtiyaçlarından ziyade hasta ihtiyaçlarını karşılamak afiliye sağlık hizmetinin gerekçesidir. Hastaya odaklanma, popülasyona görehizmet planlanmasına, bilgi yönetimine, hasta memnuniyetini ve sağlık çıktılarını geliştirebilmek için içsel süreçlerin yeniden düzenlenmesine yönelik ihtiyaçların ve gerekliliklerin değerlendirilmesi ve belirlenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır.

- **Coğrafik kapsam:** Afiliye sağlık kurumlarının birçoğu sunduğu hizmetlerde gereksiz tekrarları minimize etmek ve hastaların hizmete erişimini maksimize etmek için coğrafik kapsama modeli sağlamaktadır. Bu da sistemin bir coğrafik alanda belirli bir popülasyonun sorumluluğunu aldığını göstermektedir.
- **Disiplinlerarası (profesyonel) ekipler aracılığıyla standart sağlık hizmeti sunumu:** Profesyonel ekipler tarafından sunulan sağlık hizmet sürecinin sürekliliğini sağlamaktadır. Bu profesyonel ekipler sayesinde tüm ekip üyeleri eşit olarak düşünülür, ayrıca etkililik ve performans hedeflerine ulaşılabilmektedir. Ancak tüm ekip üyelerinin rol ve sorumlulukları açık olarak belirlenmelidir. En iyi uygulama rehberleri, klinik hizmet yolları ve karar verme araçları gibi veri sağlayıcılarla sağlanan paylaşımlarla bu ekiplerin işleyişi gerçekleşmektedir ve bu paylaşımlar sağlık kalitesinin artırılması için sağlık hizmetleri arasında bir standardizasyonun oluşmasına yardımcı olmaktadır.
- **Performans yönetimi:** Afiliye sağlık sistemlerinin başarısı, farklı düzeylerde çıktılarını ölçebilen göstergeleri içeren, iyi geliştirilmiş performans takip sistemlerine bağlıdır. Performans yönetimi performans konularının analizi ve bunların nasıl ele alınması gerektiğini içermektedir. Hastanelerde maliyet-etkililik odak noktasıdır. Hizmet çıktılarındaki ölçümün devamı ve bunların raporlanması kalite geliştirme sürecinin önemli bir parçasıdır.
- **Bilgi sistemleri:** Daha önce ele alınan süreçlerin birçoğu veri yönetimine, kullanım ve çıktıların etkin izlenmesine olanak sağlayan devlet desteği ve geniş ağa sahip bilgisayar bilgi sistemleri ile mümkün olmaktadır. Kaliteli bilgi sistemleri aynı zamanda iletişim kapasitesini arttırmakta ve entegre olmuş alanlar arasında bilgi akışını da sağlamaktadır. Elektronik sağlık kayıtları aracılığıyla sağlık hizmet sunucuları, tüketicileri ve ödeyicileri hizmet sürecinde biraraya getirmekte ve bu kişiler ilgili bilgilerden haberdar olmaktadır. Bilgi sistemleri sistem çapında hasta kayıt ve zamanlama

koordinasyonlarının yanı sıra klinik verilerin yönetimini de sağlamaktadır. Klinik ve finansal bilgilerin entegrasyonu maliyet-etkililiğin izlenmesi ve hizmetlerin planlanması açısından oldukça önemlidir.

- **Örgütsel kültür ve liderlik:** Afiliye sağlık sistemlerinin uygulanması ve işletilmesi kurumun vizyonu ile uyumlu olan örgüt kültürü ve liderlik gerektirmektedir. Çatışan kültürler, örneğin sağlık hizmeti sunanlar ile uzun süreli bakım hizmeti sunanlar arasındaki farklılıklar, ya da doktorlarla diğer hizmet verenler arasındaki farklılıklar afiliasyon çabalarının başarısız olma nedenlerinden biridir. Farklı kültürleri bir araya getirmek net bir iletişim süreci ile birlikte kararlı ve açık bir liderlik gerektirmektedir. Liderler tarafından, oluşan yeni afiliasyon sürecinin getirdiği yeni misyon ve vizyon çalışanlara anlatılmalı, bu durumun çalışanlar tarafından sahiplenilmesi ve benimsenmesi için çalışanlar teşvik edilmelidir.
- **Hekimlerin entegrasyonu:** Doktorların sistemin her düzeyine etkili bir şekilde entegre olmaları ve afiliye sağlık sisteminin işletilmesi, uygulanması ve düzenlenmesinde liderlik rollerini gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Güç, prestij, gelir kaybı ve uygulama tarzındaki değişiklik doktorlar açısından hoşnutsuzluk, kızgınlık ve değişime karşı dirence neden olmaktadır. Bu faktörler doktorların süreç içerisinde entegre olamamalarının nedenlerindedir. Bazı hekimler için disiplinlerarası çalışma, afiliye sağlık sisteminde karar verme sorumluluğunun paylaşılması nahoş olarak algılanmaktadır (Hawkins, 1998, s. 22). Diğer taraftan bakıldığında, mevcut ağ bağlantılarının kullanılması, işlemlerin uygulanması sırasındaki kişisel bağlantılar ve yüksek düzeyde hastaya odaklanma doktorların entegrasyonunu güçlendirmektedir. Doktorların ekonomik olarak desteklenmesi, iş sağlanması, mali teşvikler ve tazminat mekanizmalarının geliştirilmesi çalışma hayatındaki kalite ve başarı için kritik öneme sahiptir.
- **Yönetim yapısı:** Organizasyonların ve örgütlerin sözleşmeye dayalı ilişkiler süresince afiliye olmuş bir sağlık sisteminde bir araya gelebilmesi için

yönetim yapılarının afilyasyonda koordinasyonu sağlayacak şekilde geliştirilmesi gerekmektedir. Yönetimde sağlık hizmeti ile ilişkili kişilerin sağlık sunumu süresinde -doktorlar ve toplumu da içerecek şekilde- hizmet paylaşımı herkesin anlayacağı şekilde bölümlendirilmiş olmalıdır. Duyarlı, bağımsız ancak sorumluluk özelliğine sahip bir örgütsel yapı, çalışanlarının beceri ve yeteneklerini tam anlamıyla kullanarak afilyasyonu güçlendirebilir.

- **Finansal yönetim:** Ülkelerde sağlık sistemlerinin afilyasyonunda maliyet kontrolü en önem arz eden maddelerden biridir. Afilye olmuş sağlık sistemlerinin ölçek ekonomileri ve maliyet indirgemeleri sebebiyle ekonomik kâr ile karşılaşacağı beklenmektedir.

3. PERFORMANS

Sağlık kurumlarında performans kavramı tüketici, kurum ve ödeyici paydaşlarının her biri tarafından farklı tanımlanmakta ve farklı algılanmaktadır. Bazılarına göre kalite göstergesi, bazılarına göre kurumun etkililik ve etkinliği ve bazılarına göre de hasta memnuniyeti olarak ele alınabilmektedir (Li ve Benton, 1996, s. 449). Performans kavramı Akal (2002, s. 1), tarafından geniş anlamda bir sistemin veya grubun belli bir zaman dilimi içerisinde gerçekleştirdiği işlevlerin sonucu veya bir çıktısı olarak tanımlanmaktadır. Siregar (2013, s. 43), tarafından ise hastaneler için performans sunulan sağlık hizmetinin kalitesi olarak tanımlanmaktadır.

Gider'in (2004), Schermerhorn'dan (1987, s. 51), aktardığına göre kurumlarda performansın ortaya çıkması yetenek, destek ve çaba faktörlerine bağlıdır, yalnızca bu faktörleri içeren kurum ve kişilerin yüksek performansa sahiptir. Ayrıca performans aşağıdaki eşitlikle ifade edilerek,

$$\text{Performans} = \text{Yetenek} * \text{Destek} * \text{Çaba}$$

şeklinde formülle ifade edilmiş ve bu ifade aşağıdaki gibi ele alınmıştır (Akt: Gider, 2004);

- Performans yetenek ile başlamaktadır, her şeyden önce kişilerin yeteneğe, işin gerektirdiği donanıma ve yeterliliğe sahip olması gerekmekte; sonrasında iş içerisinde yüksek performans ortaya çıkmaktadır. Kişilerin gelişime açık bu yetenek ve yeterliliklerini kurumun ana yapısına uygulaması ve yerleştirmesiyle yüksek performans gerçekleşmektedir. Yetenek kişisel performans faktörlerinin birincil faktörüdür. Özellikle yöneticilerde olması gereken öncelikli faktördür.
- Performans desteği gerektirmektedir. Destek, yeteneği anlamlı kılan faktördür. Yetenek tek başına yeterli olmamaktadır. Gerekli iş faaliyetleri için verilen doğru destek yüksek performansı ortaya çıkarmaktadır. Destek aynı zamanda fırsat yaklaşımı olarak da değerlendirilebilmektedir. Bunun temel nedeni desteğin, kişisel yeteneklerin tam kapasite kullanımına ve açığa çıkmasına olanak sağlamasıdır. İşlerin iyi yapılabilmesi için çalışanlar

ekipmanlara ve kolaylaştırıcı faktörlere ihtiyaç duymaktadır. Örneğin, yeterli kaynak, kurum için belirlenmiş amaçlar gibi. ‘Destek’ performans faktörü yönetici tarafından sağlanmaktadır.

- Performans çabayı içermektedir. ‘Çaba’ kurumda iyi performansın ortaya çıkmasında oldukça önemli bir etkidir. Kurumdaki kişiler yetenekli ve kurum tarafından sağlanan iyi bir desteğe sahip olsalar bile işleriyle ilgili gerekli çaba olmadıkça yüksek performans sağlayamamaktadırlar. Bu noktada yönetici kurum çalışanlarını çaba göstermesi açısından yönetebilmelidir.

Bir kurumun performansı aşağıdaki alanlarda kurumun başarısını gözlemlemek ve değerlendirmek amacıyla belirlenmektedir (sbu.saglik.gov.tr, 2002);

- Müşteri memnuniyeti,
- Finansal ve pazardaki konumu,
- İnsan kaynaklarındaki durumu,
- Tedarikçiler ve sosyal paydaşlar karşısındaki durumu,
- Organizasyon yapısındaki etkinliğin durumu

Sağlık kurumlarının performansını belirleyebilmek için performans ölçümünün yapılması gerekmektedir. Performans ölçümü kişi ve kurumlar tarafından çok farklı şekillerde tanımlanmaktadır ve bunun yanı sıra performans ölçümü kurumun ve kişilerin değer ve beklentilerine göre değişmek üzere farklı birçok kritere göre de yapılabilmektedir (Li ve Benton, 1996, s. 449-450). Sağlık kurumunda performans ölçümü yapılırken dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıdaki sorularla sıralanabilmektedir. Bu sorular aynı zamanda performans ölçümüyle alakalı en önemli noktaların da altını çizmektedir (Nerenz ve Neil, 2001, s. 2);

1. Ölçülmek istenen şey nedir?

Bu soruda belli bir performans ölçütüne göre hangi bireylerin ya da hangi örgütsel birimin performansının gözlemlenmek istendiği belirlenebilmektedir.

2. Bu bilgiyi kullanacak kişi kimdir?

Elde edilecek bilgi üst yöneticiler tarafından kurumun denetlenmesi, gözetilmesi, eksikliklerinin giderilmesi için gerekli kararların verilmesi ve stratejik planlama amacıyla kullanılabilir veya mevcut çalışanlar tarafından kalite geliştirme amacıyla kullanılabilir.

3. Sağlık hizmet kurumu hangi açıdan değerlendirilmek ya da ölçülmek istenmektedir?

Bu ölçümler kliniksel hizmet sunumunun kalitesini arttırmaya yönelik, yönetimin etkinliğini arttırmaya yönelik, kârlılığını arttırmaya yönelik olabilmektedir.

Dolayısıyla performans ölçümü yapılırken en doğru sonuçların alınabilmesi için sağlık kurumunun stratejisine ve örgütün stratejik rolüne uygun ölçümlerin göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir (Heo ve Han, 2003, s. 243).

4. PERFORMANS GÖSTERGELERİ

Sağlık kurumunun içinde bulunduğu rekabet ortamında kalite geliştirmeye, maliyet kontrolüne ve hasta-doktor ilişkilerinin geliştirilmesine ihtiyaç duyuluyor ise, sağlık kurumları hizmet verdiği pazarı bilgilendirmek için iyi belirlenmiş bir kalite ölçümü gerçekleştirmek zorundadır. Yönetimsel sağlık hizmetinin ve yönetimsel rekabetin istenilen düzeyde başarılması kayda değer bilgilerin sağlandığı performans göstergelerine bağlıdır (Davies ve Lampel, 1998, s. 159).

Sağlık kurumları ve yöneticileri, sağlık kurumunun yüksek derecede rekabete sahip bir ortamda hizmet vermesi nedeniyle sağlık sunum kalitesine çok kapsamlı açıdan bakabilmeli ve buldukları bu rekabetçi ortama uyum sağlayabilmelidir. Sağlık hizmet performansının artırılması açısından önem arz eden başlıklar hasta memnuniyeti ve geleneksel kalite göstergeleri olarak ele alınmalıdır (Cowing ve diğerleri, 2009, s. 76). Carter ve ark. performans göstergelerini üç sınıfa ayırmıştır. Bunlar; öngörücü, tanımlayıcı ve yasaklayıcı göstergelerdir. Öngörücü (prescriptive) göstergeler hedefler karşısındaki başarıyı göstermektedir, tanımlayıcı (descriptive) göstergeler kurum içerisindeki değişiklikleri göstermekte ve yasaklayıcı (proscriptive) göstergeler ise hedeflerle alakalı gerçekleşmeyen noktaları göstermektedir (Akt: Freeman, 2002, s. 128).

Performans göstergeleri klinik uygulamalarda genellikle hasta çıktıları için kullanılmaktadır ve sağlık hizmetinin kalitesini göstermektedir. Çıktıların elde edilmesinin zorlaştığı durumlarda süreç ve yapı değişkenleri sağlık hizmetinin kalitesi hakkında bilgi verebilmektedir. Tüm hastanenin performansını belirlemek için yalnızca bir performans göstergesi yeterli olmamaktadır (Siregar, 2013, s. 41). Yalnız bir performans göstergesi, söz konusu performansın yalnızca bir tarafını temsil edeceği için performansın etkilendiği diğer yönlerin göz ardı edilmesine neden olabilmektedir. Eğer performans göstergeleri kullanılacaksa söz konusu alan için gerekli tüm girdi ve çıktılar göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık çıktıları popülasyondaki olumsuz etkilerin oranlarıyla doğrudan ilişkilendirilirken, performans göstergeleri performans ölçülen ekibin sunduğu hizmetle ilişkilendirilmektedir (Giuffrida ve diğerleri, 1999, s. 97).

Performans göstergeleri karar vericilerin hesaplanmasını istediği ilgili konunun ölçülmesine ve değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır (Giuffrida ve diğerleri, 1999, s. 94). Hastaneleri karşılaştırmada kullanılan performans göstergelerinin değerlendirilmesinde ölçümlerin istatistiksel tahmini, performans göstergelerinin geçerliliği gibi faktörler önemli olmaktadır. İyi düzenlenmiş performans göstergeleri ile yeni trendler takip edilebilmekte ve sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında bir kıyaslama yapılabilmektedir (Siregar, 2013, s. 41).

Performans göstergeleri iki temel prensip nedeniyle kullanılmaktadır. Bunlardan biri dışsal hesap verebilirlik ve denetleme görevini yerine getirme amacını sağlamak için sistem mekanizmasının özetini sunmak, bir diğeri de içsel kalite geliştirme görevinin yerine getirilme amacını sağlamak için mekanizmanın biçimlendirilmesine katkı sağlamaktır (Freeman, 2002, s. 126). Hastane organizasyonları kullandıkları kaynak, teknoloji ve geniş düzeydeki işgücü ağı nedeniyle yüksek düzeyde ekonomi gerektiren organizasyonlardır. Hizmet sunumunda kullanılan bu kaynakların büyüklüğü ve çeşitliliği, değişen çevreye uyum için sağlık pazarında ortaya çıkan rekabetçi yaklaşımlar, kâr amaçsız organizasyonlar sınıfında bulunan hastaneleri yönetiminde kâr amacı güden hizmet sektörlerinin ilke ve yöntemleriyle hareket etmeye yönlendirmektedir. Dolayısıyla diğer sektörlerde önemli olan kaynak verimliliği, işletme performansı, kârlılık gibi faktörler hastaneler için de önem arz etmektedir (Gider, 2004, s.1).

Türkiye’de ve Dünya’da hastaneler hem dinamik çevre koşullarından, hem de süreç içerisinde ortaya çıkan değişikliklerden önemli ölçüde etkilenmektedirler, bunun bir sonucu olarak yönetsel modeller ön plana çıkmakta ve hastane kaynaklarının dengeli ve verimli bir şekilde kullanılması önem arz etmektedir. Değişen çevreye uyum için kullanılan organizasyon modelleri kurumun finansal yapısını da etkilemekte ve çalışanların performanslarını da şekillendirmektedir. Performans göstergelerinin temel amacı kurumun gelişmekte olduğunu doğrulamaktır. Performans ölçümünün kullanım amacı kurumda uygulanan yaptırımların değişimlerin kuruma uyup uymadığını gözlemlemek veya formal olarak düzenlenmiş planları gerçek uygulamalarla karşılaştırmaktır (Freeman, 2002, s. 129).

Beklenen uygulanan bu modellerin kurum tarafından belirlenen stratejik amaç ve hedeflerle örtüşmesi, hastane performansını yani hastanenin verimlilik (minimum maliyetle, hizmet üretecek ölçüde girdi kullanımı), etkililik (tıbbi bakım hizmetleri aracılığıyla hastaların sağlığına kavuşturulması) ve kârlılığını (işletme performansı) ileri düzeye taşımaktadır. Ancak gözden kaçırılmamalıdır ki, hastanelerin performans gelişiminin devam etmesi önemli ölçüde sağlık kullanıcısının rolüne de bağlıdır. Birçok kişinin kabul ettiği gibi bir organizasyon ne kadar çok sağlık kullanıcılarının ihtiyaçlarını anlar ve karşılırsa, uzun süreçte o kadar başarılı olur (Berwick ve diğerleri, 2002, s. 35). Bu noktada önemli olan yöneticilerin performans göstergelerini nasıl kullanacaklarını bilmeleridir. Elde edilen çıktı oranlarını gösterge olarak kullanırken alınan önlemlerin sağlık kurumunun performansını geliştirmek için uygun olup olmadığına da bakılmalıdır. Yani, anlamlı karşılaştırmalar yapılmış ve açık açık eksiklikler tespit edilmiş olsa bile hangi şekilde önlem alınacağı yine de belirsiz kalabilmektedir (Freeman, 2002, s. 132).

Performans göstergeleri kullanılırken oluşabilecek görünmez tehlikeler Davies ve Lampel (1998, s. 160), tarafından üç başlık altında verilmiştir;

- Birincisi, performans göstergelerinin oluşan kaliteden ziyade sürecin sonunda algılanan hata oranını yansıtmasıdır. Veriler üretilirken ve bulgular işlenirken yıllar süresinde oluşmuş gecikmeler söz konusu olacağı ihtimaliyle yanlış yorumlar yapılabilir. Bu nedenle kurumla ilgili asıl problemin algılanması, belirlenmesi ve düzeltilmesi gecikebilir.
- İkincisi, gözlemsel verilerin rutin olarak elde edilmesi süresinde verilerin yorumlanmasını ciddi anlamda engelleyen şiddetli metotsal problemler olabilir. Bu durum özellikle kurum içerisinde elde edilen çıktıların olumsuz ve önyargılı yorumlanmasına sebep olabilir. Nedensellik kavramını temel alarak oluşan bu belirsizlik, güçlü iddialar ve cezalandırma eylemlerinin zayıf kanıtlar sebebiyle uygulamaya geçememesi anlamına gelmektedir.
- Üçüncü olarak ise, motivasyonel ya da doğal olarak tetikleyici özelliğe sahip performans ölçümünün aslında muhalif ve kaliteye zarar veren bir ortama zemin hazırladığı kaygısı ortaya çıkarma ihtimali olabilir (Davies ve Lampel, 1998, s. 160).

Bu belirsizlik ve olumsuzlukların ortadan kaldırılması ancak örgüt dokusunu iyi tanıyan, nasıl yöneteceğini bilen ve bu anlamda sağlık kurumunda hangi planların uygulanabileceğini seçebilecek yetenekteki yöneticiye bağlı kalmaktadır. Hastanelerde performans söz konusu olduğunda iki başlık karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan biri sağlık kurumunun operasyonel performansı ve bir diğeri de kurumun finansal performansıdır. Söz konusu kavramlar irdelenecek olursa;

4.1. Operasyonel Performans

Genel olarak operasyonel performans, sağlık kurumlarında hastaya uygulanan en doğru müdahaleden ziyade, hasta tarafından klinik kullanım başına düşen faaliyetlere dayalı performans anlamına gelmektedir (Nerenz ve Neil, 2001, s. 7). Gizli olarak var olan yapıların oluşturduğu açık göstergelere operasyonel performans denmektedir (Naranjo-Gil ve diğeri, 2008, s. 226). Operasyonel performansın ortaya çıkmasında analizlerden ve yorumlardan daha fazlasına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık hizmet sektöründe ilgili performans ölçümlerini en uygun şekilde tanımlamak ve tam olarak anlayabilmek için sağlık hizmetinde kilit rol oynayan üç kesimin her birini göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Bunlar, sağlık hizmet sunucuları (doktorlar, yardımcı sağlık personelleri ve idari çalışanlar), sağlık hizmet giderleri ile ilgilenen kurumlar ve sağlık hizmetinden faydalanan kişilerdir. Bunların her biri tek ve ayrı olarak ele alınıyor olsa da sağlık hizmetinin performansı açısından değerlendirildiğinde birbirleri ile ilişkilidirler (Cowing ve diğeri, 2009, s. 73). Hastaya göre performans kriteri sağlık kurumunda sunulan hizmetin kalitesi olarak, hizmeti sunan hekime göre performans kriteri klinik sonuçlarda hedeflenen çıktılarının elde edilmesi olarak, hastaneye göre performans kriteri finansal kapasite ve ödeme kurumlarına göre performans kriteri ise düşük maliyet olarak değerlendirilebilmektedir (Li ve Benton, 1996, s. 450).

Bu üçlünün (doktor, hasta ve sağlık hizmet kurumu) sağlık sektörü içerisinde uygulanması ve geliştirilmesi yeni bir kavram değildir. Bu üçlü, yapı, süreç ve çıktı sisteminde kalite geliştirme çabaları açısından somut bir oluşum sağlamaktadır. Ancak bu oluşumun gelişen ve değişen şartlar sebebiyle güncellenmesi gerekmektedir. Sağlık kurumları açısından kıt ve değerli kaynakların etkili ve verimli kullanımıyla ilgili ölçümler performans değerlendirmesinde kritik rol oynamaktadır.

Maliyet, zaman ve hizmetlerin oranlarıyla ilgili ölçümler operasyonel etkililiği göstermektedir (Cowing ve diğerleri, 2009, s. 73-74). Operasyonel performans anlamında verimlilik ve mükemmellik ancak klinik işlevler ile yönetsel işlevlerin uyumu ile sağlanabilmektedir (Taylor, 2012, s. 10).

Operasyonel performans göstergeleri genel olarak finansal olmayan hastane verileri ile temsil edilmektedir, örneğin; verimlilik ve personel sayısı gibi (Ercan ve diğerleri, 2013, s. 56). Hastane organizasyonlarında operasyonel performans göstergesi olarak hastane yatak sayısı, doluluk oranı ve poliklinik hasta sayıları ile birlikte yatan hasta sayısı, personel sayısı, hizmet sunum çeşidi sayısı, laboratuvar tetkik sayısı, radyolojik tetkik sayısı gibi göstergeler de ele alınmaktadır. Hastanelerde nicel olarak elde edilen göstergelerin yanı sıra operasyonel anlamda performans göstergesi olarak değerlendirilen göstergeler de vardır. Bunlar; yüksek hekim becerisine sahip hekimlerin varlığı, hasta-doktor ilişkisinin iyi düzeyde olması, hizmete erişim süresi, hizmeti almadaki bekleme süreleri, sunulan hizmetlerin fiyatları, tıbbi bakım kalitesi, algılanan sağlık hizmeti bakım kalitesi, anlaşma yapılan sigorta şirketlerinin sayısı, sigorta şirketleriyle yapılan poliçelerin kapsamı, öngörülen hastane başvuru oranı, her ay kişi başına düşen maliyet, ayakta muayene sayısı olarak değerlendirilebilir (Gider, 2011, s. 92; Nerenz ve Neil, 2001, s. 13).

Hızla değişen rekabetçi ve örgütsel ortamda ortaya çıkan karmaşıklığa uyum sağlayabilmek adına, sağlık kurumları sürekliliğini devam ettirebilmek için stratejik örgütsel modelini sürekli değiştirme eğilimine girmektedir. Bu durum oldukça zorlu ve karmaşık olmasına rağmen değişim sürecinin bir sonucu olarak kurumlar operasyonel performanslarını geliştirme amacıyla birçok ciddi riski göze almaktadır. Örneğin kurumlar yeni bir stratejik yönelim uygulayarak, uzun dönemli amaçlarını değiştirerek ya da mevcut işlevlerini sekteye uğratabilecek eylemelere karşı koymaya çalışarak kendilerine risk oluşturabilmektedir (Naranjo-Gil ve diğerleri, 2008, s. 223).

4.2. Finansal Performans

Geleneksel performans ölçümü ve kontrolü için belirleyici ana faktör finansal performans ölçümüdür. Bu ölçüm, yöneticileri kurumun sahip olduğu mevcut mali durum ve ilerleme düzeyi ile ilgili bilgilendirmektedir (Alparslan ve diğerleri, 2015, s. 319). Finansal performans ölçümünde kurumun sahip olduğu mali veriler kullanılmaktadır (Ercan ve diğerleri, 2013, s. 56). Finansal performans net kâr (zarar) ya da işletme kârı (zararı) alanına değinmektedir. Finansal performans ölçümü yapılan araştırmalarda en çok üzerinde durulan finansal performans göstergesi, gelir ve gider yani kâr dengesidir. Diğer finansal performans ölçümleri, alacakların tahsil süresi, aktif devir hızı gibi göstergeler finansal yönetim sürecinin etkililiğini yansıtmaktadır (Nerenz ve Neil, 2001, s. 9). Hastanelerin etkili yönetilmesini sağlayabilmek için kâr elde edilmesi önem arz etmektedir, bunun sağlanabilmesi için kârlılığı belirleyen faktörler belirlenmeli ve buna bağlı bir yönetim planı oluşturulmalıdır (Lee, 2015, s. 311). Hastaneler gelecekte artması muhtemel maliyetleri minimize etmek için amaçlar oluşturmalı ve uygulamaya koymalıdır. Ayrıca sağlık kurumları hizmet ettiği alana yönelik hedefler tanımlamalı ve bunları dikkatlice gözlemlenmeli ve takip etmelidir (Cleverly ve Harvey, 1992, s. 24).

Cleverley ve Harvey (1992a, s. 67-68), rekabetçi ortamda etkili bir şekilde yönetilen bir hastane göz önüne alındığında, finansal performansın üst düzeyde tutulabilmesi için gerekli olan stratejik prensipleri aşağıdaki gibi sıralamaktadır;

1. Maliyet Kontrolü: Maliyet kontrolüne Cleverley ve Harvey en önemli strateji olarak bakmaktadır. Hastanelerin başarılı bir şekilde uygulamalarını devam ettirebilmeleri için iş gücü verimliliğini arttırması gerektiği ve yüksek maliyetlerin indirgenmesi gerektiği üzerinde öncelikli olarak durmaktadır. Finansal performans göstergeleri bu iki alanda önemli rol oynamaktadır.
2. Hasta Yatış Süresi: Düşürülmüş maliyetler ve hasta yatış süresi arasında önemli bir bağlantı vardır. Kısa hasta yatış süresi kurumdaki personeller arası ilişkilerin geliştirilmesi ve diyalogun artmasına olanak sağlamaktadır.

3. Pazar Payı: Sağlık kurumları için geniş ağıda bir pazar payına sahip olma durumunun finansal performansı pozitif anlamda etkilediği diğer bir deyişle finansal performansı geliştirdiği kabul edilmektedir. Geniş pazar payına sahip olmanın sağladığı önemli faydalardan biri de sağlanan ürün ve hizmetlerin maliyetlerinin üstünde satılabiliyor olmasıdır. Bu durum ürünü rakip hastanelerden daha pahalıya satmak olarak değil de kâr marjını daha yüksek tutarak pazarlamak olarak değerlendirilebilir. Ne kadar büyük pazar payı o kadar büyük pazar prestiji anlamına gelmektedir.
4. Çeşitlendirme: Genel olarak kurumun hizmet verdiği alanlardan daha geniş yelpazede ve farklı hizmet alanlarında hizmet vermesi hastanenin finansal performansını arttırması için etkili bir stratejidir. Ancak düşük pazar payına sahip hastaneler için durum farklı olmaktadır. Düşük pazar payına sahip hastaneler yeni üretim ve pazar alanlarına girmektense mevcut üretimlerine odaklanmalı ve bu üretimlerine devam etmelidirler.
5. İşletme Dışı Gelir: Bütün hastaneler dış kaynaklardan katkılar veya yatırımlar gibi gelirler elde etmeye odaklanmalıdır.
6. Yatırım Politikası: Hastanenin gelir başına düşen düşük yatırımlar uygulaması, hastanenin daha iyi bir finansal performans göstermesini sağlamaktadır. Sağlık kurumları hedeflerini gerçekleştirebilmek için yeni sermayeleri yakından araştırmalıdır.
7. Hasta Seçimi: Eğer mümkün olabilecekse en uygun yaklaşım hastanenin hizmet vereceği kitleyi seçebilmesidir. Bazı sağlık sigortasına sahip kişiler kurumun kârlılığını düşürebilmektedir.
8. Finansal Politika: Düşük performans gösteren hastanelerin sermaye yapıları, yüksek performans gösteren hastanelerin sermaye yapılarına nazaran daha fazla borçtan oluşmaktadır. Bu borçtan kaçınmak mümkün olmamaktadır ancak sağlık kurumları aşırı borçlanmadan kaçınmalıdır. Hastaneler yeni

finans işlemlerinde borçla finanse ettikleri varlıkların maliyetlerini karşıladığından emin olmak için bu finansal işlemleri dikkatlice gözden geçirmelidir.

Cleverley ve Harvey (1992a, s. 55), çalışmasında başarılı bir hastanenin başarı göstergesinin yalnızca 'Kâr' olmadığını, 'Kâr' kavramı dışında da hastanenin performansını belirleyen finansal performans göstergelerinin var olduğunu vurgulamıştır. Ancak bununla birlikte 'Kâr' kavramının bir hastanenin sürdürülebilirliği açısından günümüz ortamında önem arz ettiğini ve 'Kâr' elde edemeyen bir hastanenin başarısız olacağını ve hizmet vermeye devam edemeyeceğini, diğer taraftan kâr elde eden hastanenin ise hayatta kalacağını ve başarılı olacağını ifade etmiştir.

Finansal performans işletme kârı, işletme giderleri, toplam marj, işletme marjı, aktif devir hızı gibi daha birçok göstergeden oluşmaktadır (Nerenz ve Neil, 2001, s. 13). Hastanelerin finansal performanslarını arttırmak için göz önünde bulundurması gereken stratejik noktaları; pazar payını arttırmak, sistem afilyasyonu yapmak (örneğin bir hastanenin belli sayıda yatak kapasitesi varken başka bir hastane ile fonksiyonel olarak birleşerek yatak kapasitesini dolayısıyla pazar payını arttırması) ve bunların yanı sıra yüksek ücretlendirmeden kaçınmak, maliyet kontrolü yapmak, aşırı borçlanmadan kaçınmak, kâr payını arttırmak, gelir çeşitlendirme yapmak olarak sıralanabilir (Cleverly, 1990, s. 185-187).

Ayrıca Cleverley çalışmasında düşük performansa sahip hastaneler ile yüksek performansa sahip hastaneleri kıyaslayarak, yüksek finansal performansa sahip hastanelerin aşağıdaki özellikleri taşıdığını vurgulamıştır (Cleverley, 1990, s. 173);

- Fiyatları yüksek tutan değil, maliyetleri minimize eden
- Duran varlıklara ve alacaklara yatırımı minimize eden
- Borç kullanan ancak aşırı borçlanmadan kaçınan
- Hizmet çeşitlendirme ve tesis yenilemeye daha fazla fon ayıran
- Pazar payları yüksek olan

Hastaneler aynı zamanda yüksek finansal performansa da sahiptir.

Yöneticinin, sağlık kurumunun geçmişini iyi analiz edip geleceğe yönelik stratejik planlar ve kurumu hedeflerine ulaştıracak planlar oluşturabilmesi için finansal performans verilerin doğru değerlendirilmesi gerekmektedir. Bir başka ifadeyle bu performans verileri kullanılarak elde edilen oranlar ve bu oranların birbiriyle ilişkisi yetkili kişiler tarafından iyi anlaşılmalı ve doğru şekilde yorumlanmazsa, birimler için yanlış veri değerlendirmeleri söz konusu olur. Bu da hem karmaşaya hem de gereksiz ve yanlış kaynak kullanımına neden olur (Gombola ve Ketz, 1983, s. 105). Bu yanlış anlaşılmalara ve istenmeyen sonuçların gerçekleşmemesi ve kurumun hizmet verdiği ortamdaki devamlılığının sağlanabilmesi için verilerin uygun şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu noktada finansal performans ölçümü devreye girmektedir.

Finansal performans ölçümü sağlık hizmet kurumlarının finansal durumunu, yatırımlarının güvenliğini ve riskini değerlendirmek için finansal ve faaliyetler verileri kullanarak gerçekleştirilen bir analizdir (Özgülbaş ve diğerleri, 2008, s. 122). Finansal verilerin kullanılmasına neden olan en önemli faktör sunulan hizmet hacminin göstergeler üzerindeki sistematik etkisini kontrol edebilmektir. Diğer bir deyişle karar verici birimler için hangi finansal normların geçerli olacağını belirlemek ve karşılaşılan farklı durumlarda kurumun finansal performansını ölçmek bu verilerin kullanılmasındaki en önemli etkidir (Yli-Olli ve Virtanen, 1986, s. 112).

Finansal performans ölçümü, sağlık kurumunun içinde bulunduğu rekabetçi pazar ortamında karşı karşıya kaldığı riskleri belirleyebilmek, kurum adına önemli zamanlarda durum analizi yapabilmek ve mevcut durumu gözlemleyebilmek için aylık ya da üç aylık periyotlarla yapılmak zorundadır. Finansal performansın ölçümünde; sağlık hizmet sektörü sistemine girdiler girer, süreçten etkilendikten (işlendikten) sonra çıktılara dönüşür, bu süreçte nicel verilerden oluşan ve kurumun etkinliğini ölçen veriler kullanılır. Finansal performans göstergeleri sağlık kurumunun varlıklarının ve kaynaklarının kurum tarafından ne düzeyde etkin kullanıldığını gösterir (Çam, 2008, s. 67). Finansal performans, hastanenin finansal durumunu ifade eden mali göstergeler arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır (Lee,

2015, s. 311). Sağlık kurumlarının finansal performansı finansal analiz yöntemleri ile ölçülmektedir.



5. FİNANSAL ANALİZ

Ekonomideki birçok sektörün aksine sağlık kurumları hem kâr amaçlı hem de kâr amaçsız örgütlerin bileşenlerinden oluşmaktadır. Bunlara ek olarak yoğun teknoloji kullanmakta ve yoğun bir şekilde devlet tarafından geliştirilen politikalarla düzenlenmektedir. Sektörün bu özel karakteristiği kurumun yaşamını devam ettirmesi için yenilikçi yollar geliştirmesini ve finansal olarak büyümesini gerekli kılmaktadır. Bir hastanenin finansal olarak sağlıklı olup olmadığını ölçmek için finansal durumunun nasıl okunması gerektiğinin bilinmesi gerekmektedir (Hassan, 2008, s. 405).

Bir hastanenin finansal durumu geleneksel olarak finansal muhasebe bilgilerinden elde edilmektedir (Watkins, 2000, s. 73). Finansal durum yöneticilerin karar birimlerine gerekli finansal bilgiyi sağlamasına olanak vermektedir. Karar birimleri; bakanlıklar, yatırımcılar, sendikalar, araştırmacılar olarak sıralanabilmektedir. Finansal durum analizi ise bu karar birimleri için gerekli bilgiyi sağlayan bilgi işleme sistemidir (Yli-Olli ve Virtanen, 1986, s. 112). Bu bilgilerinin fazlalığı ve karmaşıklığı, yöneticilerin kurumun mali durumunu değerlendirebilmesi, işlevleri yönetebilmesi ve kurumun sahip olduğu zayıf ve güçlü yönlerin belirlenebilmesinde sorunlar oluşturabilmektedir. Bu sorunların üstesinden gelebilmek ve ihtiyaç duyulan gerekli bilginin teminine olanak sağlamak için finansal analiz yöntemleri ortaya çıkmış ve finansal rasyo oranları geliştirilmiştir (Watkins, 2000, s. 75).

Finansal analiz; yatırım, finansman ve fiyat belirleme gibi işletmeyle ilgili kararların verilmesi, işletmenin hedeflerini gerçekleştirme ve verimlilik düzeyinin tespiti için yapılan bir dizi analizlerdir. Finansal analiz ile işletmenin mali durumu, kârlılık durumu, mali yönden gelişmesinin yeterli olup olmadığı gibi konular incelenerek değerlendirilmektedir. Hızlı bir değişim ve dönüşüm yaşanan günümüz sağlık kurumlarında yönetimin sayısal yönü ön plana çıkmakla birlikte sağlık kurumlarında doğru bilgi temini ve bu bilgilerin karar alma sürecinde kullanılması özellikle yöneticiler açısından önem arz etmektedir (Ağırbaş, 2014, s. 69). Hastanelerin etkili bir şekilde yönetilebilmesi için kârlılığı etkileyen faktörler belirlenmeli ve kurum bir yönetim planı ileri sürmelidir (Lee, 2015, s. 311). Böylece

finansal durumun belirlenmesi kolaylaşmaktadır. Sağlık kurumları yönetimi açısından finansal analiz (Ağırbaş, 2014, s. 70; Akgüç, 1998, s. 19; Gombola ve Ketz, 1983, s. 105; Zeller ve diğerleri, 1996, s. 161-162):

- Kurumun faaliyetlerinde verimlilik ve başarı derecesinin ölçülmesinde,
- Kurumun amaçlarına ulaşp ulaşmadığının belirlenmesinde, amaçlara ulaşılmamış ise nedenlerinin araştırılmasında,
- Kurumun gelecekteki kâr tahminlerinin belirlenmesinde,
- Kurumun bulunduğu mevcut pazardaki rekabet durumunun analiz edilmesinde,
- Geleceğe yönelik planlar hazırlanmasında,
- Üretilecek hizmetler, üretim miktarları, üretim bileşimi ve izlenecek fiyat politikası konusunda karar alınmasında,
- Kurumun finansal planlamasında,
- Kurumun faaliyetlerinin denetleme ve değerlendirilmesinde,
- Hastane yöneticilerinin ve yönetim kurullarının hastanenin finansal durumunu kıyaslamasında büyük önem taşımaktadır.

Finansal analizde kullanılan finans yöneticisine kolaylık sağlayan başlıca araçlar bulunmaktadır. Bunlar OranRasyo) Analizi, Karşılaştırmalı Analiz, Eğilim Yüzdeleri Analizi, Kâra Geçiş Analizi, Faaliyet Kaldırıcı ve Finansal Kaldıraç, Fon Akım Analizi-Fon Kaynak ve Kullanımları, Dağıtılabılır Fon Analizi, Faaliyet Sonucu Yaratılan Nakit Akışı Analizidir (Akgüç, 1998, s. 20). Çalışmada finansal analiz araçlarından Rasyo analiz yöntemi ele alınmıştır.

Rasyo (Oran) analizi tekniğinde finansal tablo kalemleri arasındaki ilişki, rakamların birbirleriyle oranlanması sonucu hesaplanmaktadır. Diğer bir ifadeyle “Rasyo Analizi” olarak adlandırılan bu yöntemde, hesap veya hesap grupları arasındaki matematiksel ilişkilerin kurulmasıyla; işletmenin finansal yapısı, likidite gücü, kârlılığı ve varlıklarını etkin kullanıp kullanmadığı ölçülmektedir (Akdoğan ve Tenker, 2007, s. 640).

Hastaneler finansal analize birçok sebepten dolayı ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle bu oranların çok iyi anlaşılması ve yorumlanması gerekmektedir. Bahsi

geçen sebepler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Zeller ve diğerleri, 1996, s. 162-163);

1. Hastane sektöründeki harcamaların büyüklüğü sebebiyle uygun finansal değerlendirmeler yapılması ülke ekonomisi açısından önem arz etmektedir. Örneğin TÜİK verilerine göre Türkiye’de toplam sağlık harcamaları giderek artmakta ve 2014 yılında 94.750 Milyon TL ile GSYİH’nın %5,4’ünü oluşturmaktadır (TÜİK, 2016).
2. Hastane sektörünün mülkiyet anlamında bütün diğer sektörlerden farklı olması sebebiyle finansal analize yaklaşım farklı olmalıdır. Hastanelerde sunulan hizmetlerin %80’i kâr amaçsız organizasyon yapısına göre sunulmaktadır. Kâr amacının güdülmemesi, geleneksel finansal analiz yöntemleri ile hastanelere uygulanan finansal analiz yöntemlerinin arasında önemli farklılıklar oluşturmaktadır. Örneğin kısa dönemli veya uzun dönemli paydaşların oluşturulması kâr amaçsız hastaneler için gerekli değildir, bu hastanelerde temel amaç hastanenin misyonunu destekleyecek uzun süreçli bir finansal güç dengesinin sağlanmasıdır.
3. Devletin sağlık sektörü üzerinde yaptığı ödeme planları yönündeki politik değişiklikler finansal oranların yorumlanmasına olan ilgiyi arttırmaktadır. Sağlık hizmetinin alımında devlet tarafından sağlanan ödemeler sağlık kurumlarının finansal risk durumlarını, kredi ve nakit durumlarını dikkatle takip etmelerine sebebiyet vermektedir.

İşletmeler için çok çeşitli rasyo analiz hesaplamaları olmasına rağmen, ancak oranlardan bazıları finansal performansın değerlendirilmesi açısından anlamlı veri sağlamaktadır (Knight ve Bertoneche, 2000, s. 74). Finansal durum analizi yapılırken karşılaşılan çok sayıdaki rasyo analiz oranlarından kullanışlı olanlarının belirlenebilmesi için birçok araştırma yapılmıştır. Gombola ve Ketz, çalışmasında 48 rasyo oranının kullanışlı (Gombola ve Ketz, 1983, s. 105) olduğundan söz ederken, Chen ve Shimerda literatürde 41 finansal oranının kullanışlı (Chen ve Shimerda, 1981, s. 51) olduğundan ve Cleverley ise sağlık kurumlarının, karakteristik özelliği

sebebiyle, finansal analizi için 34 rasyo oranının kullanışlı (Cleverley, 1993, s. 163) olduğundan bahsetmiştir. Bu noktada iyi ve doğru sonuç elde etmek için, yapılan her çalışmaya uygun rasyoların seçilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (Chen ve Shimerda, 1981, s. 53).

Hastanelerin finansal performansının değerlendirilebilmesi için gerekli olan önemli rasyo oranların sayısının azaltılmasına odaklanan çalışmalar yapılmıştır. Çünkü böyle çok sayıda finansal rasyonun varlığı yapılan çalışmayla ilgili açık, belirgin bir sonuç elde edilmesinden ziyade kargaşaya neden olacaktır (Cleverley ve Rohleder, 1985, s. 84). Çalışmanın yapısına uygun olarak bu çalışmada Cleverley in dört kategori altında sunulan 12 finansal oranı kullanılmıştır. Bu finansal rasyolar: Likidite oranları, Mali (finansal) yapı oranları, Faaliyet durumu (verimlilik) oranları ve Kârlılık oranları olarak sıralanmıştır (Cleverley, 1993, s. 30-33).

5.1.Likidite Oranları

Sağlık kurumlarının belli bir süre içerisinde kısa vadeli borçlarını ödeme yeteneğini ölçmek ve işletme sermayesinin yeterli olup olmadığını belirlemek için hesaplanan oranlar ile yapılan analizlerdir. Genel olarak bir sağlık kurumunun likidite oranları ne kadar yüksek ise o sağlık kurumunun kısa vadeli borçlarını ödeme yeteneği de o kadar yüksektir değerlendirmesi yapılır (Cleverley, 1993, s. 31). Likidite rasyoları işletmenin nakit ihtiyacını ya da nakit gerekliliğini karşılayabilme yeteneğini göstermektedir. Bu nakit gerekliliğin karşılanamaması işletmeyi finansal sıkıntıya sürükleyecektir ve neticesinde iflas söz konusu olacaktır. Hastane sektörü açısından değerlendirildiğinde kurum içerisinde sağlık hizmetinin sunulmasında kaynak sıkıntısı ortaya çıkacak ve sağlık hizmeti aksayacaktır. Optimal düzeydeki likidite oranı tıbbi aktivitelerin kesintiye uğramasını engelleyecektir. Ayrıca kredi veren kurumlar da yüksek likiditeye sahip hastaneleri tercih edecektir. Ancak, fazla nakit bulundurmanın da bir maliyeti vardır. Bu nedenle işletmeler ödeme ihtiyaçları için gerekli olan nakdi ve bunların elde bulundurulması sonucu karşı karşıya kalacakları maliyeti iyi değerlendirmelidirler (Bem ve diğerleri, 2014, s. 28; Cleverley, 1993, s. 493).

Çalışmada likidite oranlarından, cari oran, asit test oranı, nakit oranı ele alınmıştır.

- **Cari Oran:** Olağan şartlar altında sağlık kurumunun dönen varlıklarının kısa vadeli borçlarını ödeyebilecek düzeyde olduğunu gösteren orandır. Kurumun ödeme gücünü göstermektedir. Bu oranın hesaplanmasındaki amaç işletmenin kısa vadeli borçlarını ödemede yeterli olup olmadığını ölçmek ve net işletme sermayesinin yeterli olup olmadığını belirleyebilmektir. Cari oran, işletmenin borç ödeme kabiliyetini net işletme sermayesi miktarına kıyasla daha iyi gösteren bir ölçü olarak kabul edilmektedir. Net işletme sermayesi, dönen varlıklar toplamı ile kısa vadeli borçlar arasındaki müspet farktır; diğer bir deyişle, işletmenin bütün kısa vadeli borçları ödendikten sonra kalan işletme sermayesi miktarıdır. Hastane işletmeleri için bu oranın gelişmiş ülkelerde 2, gelişmekte olan ülkelerde de 1,5 olması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Oranın yüksek olması kısa vadeli borçların ödemesinin sağlıklı bir şekilde gerçekleşebileceğini göstermektedir. Ancak özellikle oranın 1 in altında olması kurumun kısa vadeli borçlarını ödemede zorluk yaşadığı anlamı taşımaktadır. Oranın düşük olması kadar yüksek olması da sorun olarak kabul edilmektedir. Yani eğer cari oran çok yüksek ise fonlar atıl olarak kullanılacak ve bunun sonucu olarak da kârlılıkta gerileme ortaya çıkacaktır. Oranın yüksek olması gereğinden fazla atıl dönen varlık olduğu anlamı taşır (Ağırbaş, 2014, s. 74-75; Akgüç, 1998, s. 24; Cleverley, 1993, s. 493; Lee, 2015, s. 312).

Bu oran dönen varlıkların kısa vadeli yabancı kaynaklara bölünmesiyle hesaplanır (Cleverley, 1993, s. 493).

$$Cari\ Oran = \frac{Dönen\ Varlıklar}{K.V.Y.K.}$$

- **Asit Test Oranı:** Likidite durum analizinde kullanılan oranlardan bir diğeridir. Bu oran özellikle stokların paraya çevrilemediği durumlarda, kurumun diğer dönen varlıkları kullanarak kısa vadeli borçları ödeyip ödeyemeyeceğini belirleyen bir orandır (Jonny, 2016, s. 66). Stokların likit özelliği en az olan varlıklar olması nedeniyle paraya dönüştürülmesi sırasında mali kayıp yaşanabilmektedir; bu da asit test oranını oldukça hassas hale getirmektedir. Asit test oranının gelişmiş ülkelerde 1, gelişmekte olan ülkelerde ise 0,65-0,80 arasında bir değer alması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu oran cari oranla anlamlı olmaktadır, bu nedenle değerlendirilirken cari oranla birlikte göz önüne alınmalıdır (Ağırbaş, 2014, s. 76). Asit test oranının 1 den küçük olması kurumun borçlarını öderken yeterli likiditeye sahip olmadığını gösterir. Ancak bu oranın 1 olması genel bir kuraldır. Yani bir kurumun asit test oranı 1 olsa dahi, firma alacaklarını tahsilde sıkıntı çekiyor ve alacak devir hızı yavaş ise bu durumda işletme kısa vadeli borçlarını ödemedede sıkıntı yaşayabilir. Diğer taraftan asit test oranı 1'den küçük iken işletmede stoklar kolayca paraya çevrilebiliyorsa kurum kısa vadeli borçlarını karşılayabilir. Bu durumda oranın 1'den küçük olması bir sorun teşkil etmeyecektir (Akgüç, 1998, s. 29).

Asit test oranı aşağıdaki şekilde hesaplanmaktadır (Cleverley, 1993, s. 493).

$$\text{Asit Test Oranı} = \frac{(\text{Dönen Varlıklar} - \text{Stoklar})}{K.V.Y.K.}$$

- **Nakit Oranı:** Sağlık kurumunun kasa, banka ve serbest menkul değerler gibi hazır değerleri ile kısa vadeli borçlarını ödemeyip ödeyemeyeceğini belirlemeye yaramaktadır. Kurumun hem stoklarını elden çıkaramaması hem de alacaklarını tahsil edememesi nedeniyle sıkıntı yaşadığı durumlarda, diğer bir deyişle firmanın satışlarının durması ve alacaklarını tahsil edememesi durumunda, kısa vadeli borçlarını ödeyip ödeyemeyeceği veya ne kadarını ödeyebileceği konusunda bilgi veren orandır. Bu oranın hesaplanmasına kısa

sürelî alacaklar dâhil edilmediği için asit test oranı gibi duyarlı bir ölçüm değildir. Asit test oranı ölçümünden daha katı bir orandır. Bu oranın 0,20'nin altına düşmemesi beklenmektedir. Şayet bu oran 0,20'nin altında olursa kurumun nakit sıkıntısı yaşadığı, 0,20'nin üzerinde olursa kurumun fazla nakit bulundurduğu anlamına gelmektedir. Aşağıdaki şekilde formülize edilmektedir (Akgüç, 1998, s. 30; Cleverley, 1993, s.493).

$$\text{Nakit Oranı} = \frac{\text{Hazır Değerler}}{\text{K.V.Y.K.}}$$

5.2.Finansal (Mali) Yapı Oranları

İşletmenin finansmanında yabancı kaynaklardan ne ölçüde faydalandığını ortaya koyan oranlardır. Finansal yapı oranları sağlık kurumunun faaliyetlerinin finansmanında hangi kaynaklardan ne derece yararlandığını, kurumun uzun vadeli borç ödeme gücünün ne olduğunu, öz kaynağının yeterli olup olmadığını, kaynak yapı içinde borç ve özkaynak dengesini, yaratılan fonların hangi tür varlığın finansmanında kullanıldığını belirleyen oranlardır. Bu mali yapı oranları kurumun dengeli bir şekilde finanse edilip edilmediğini, kuruma kredi sağlayanların emniyet paylarının yeterli olup olmadığını ve kurumun uzun süreli yükümlülüklerini karşılayıp karşılayamayacağını belirlemeye yardımcı olan oranlardır. Bu oranlar, işletmenin zarar etmesi veya gelecek dönemlerde beklenen nakit akımlarının gerçekleşmemesi halinde işletmenin yükümlülüklerini gerçekleştirebilmesi konusunda ipuçları verir (Akgüç, 1998, s. 32; Cleverley, 1993, s. 30).

Çalışmada finansal yapı oranları altında, öz sermayenin aktif toplama oranı, kaldıraç oranı, borçlar/öz sermaye oranı ele alınmıştır.

- **Öz Sermayenin Aktif Toplama Oranı:** Bu oran sağlık kurumunun varlıklarının ne kadarının öz kaynaklarla finanse edildiğini göstermektedir. Kaynakların ne kadarının kurum sahip ve ortakları tarafından karşılandığını göstermektedir. Bu oran özellikle kredi sağlayanlara, kurumun mali gücünü

göstermektedir. Oranın yüksek olması tercih sebebidir. Çünkü bu durum kurumun mali yönden sıkıntıya düşme olasılığını indirgemektedir. Oranın yüksek olması sağlık kurumunun varlıklarının yüksek oranda özkaynaklar ile finanse edildiği ve finansal anlamda zora düşme olasılığının az olduğu anlamına gelmektedir. Diğer taraftan bu oranın yüksekliği öz sermaye maliyetine kıyasla maliyeti daha düşük olan yabancı kaynaklardan yeterince yararlanılmadığının da bir göstergesi olabilir. Bu durumda sağlık kurumunun yöneticisi kâr elde etme veya zarara uğrama arasında bir denge kurabilmeli, bunlar arasında dengeli bir değişim yapabilmelidir (Akgüç, 1998, s. 34-35; Cleverley, 1993, s. 494).

Öz sermayenin aktif toplama oranının 0,50 (%50) olması olumlu olarak değerlendirilmektedir ve aşağıdaki şekilde hesaplanmaktadır (Akgüç, 1998, s. 34-35; Cleverley, 1993, s. 494).

$$\text{Öz Sermayenin Aktif Toplama Oranı} = \frac{\text{Öz Sermaye}}{\text{Aktif Toplam}}$$

- **Kaldıraç Oranı:** Sağlık kurumunun ne kadarının borç ve ne kadarının öz kaynaktan oluştuğunu gösteren orandır. Bu oranın 0,50 yi aşmaması olumlu olarak karşılanmaktadır. Bu oranın %50 den yüksek olması kurumun borçlarının ödeyebileceğinden fazla olması ve ödemede mali olarak zor zamanlar yaşayacağı anlamını taşımaktadır. Aynı zamanda bu durum kredi verenler açısından emniyet marjının dar olduğu, kurumun borçlarını ödeyememe nedeniyle mali yönden sıkıntıda olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan oranın yüksek olması sonucu sahip ve ortaklar az bir sermaye ile çok geniş bir kaynak kullanımına ulaşabilmektedir. Bu oranı değiştirmek yolu ile kurum öz sermaye kârlılığını arttırılabilir, yani firma finansmanda yabancı kaynak kullanımını arttırarak oranı yükseltebilir ve öz sermaye kârlılığı elde edebilir. Ancak bu oranı sürekli arttırarak kurum kaldıraç oranından sonsuz

bir şekilde faydalanamamaktadır. Fazla yabancı kaynak kullanımı firmanın varlığını tehlikeye atma riski oluşturmaktadır. Ayrıca kredi verenler tarafından sağlanan kredi de sonlandırılabilir. Kaldıraç oranı aşağıdaki formül ile hesaplanmaktadır (Akgüç, 1998, s. 32-33; Cleverley, 1993, s. 494).

$$Kaldıraç Oranı = \frac{(K.V.Y.K + U.V.Y.K)}{Aktif Toplam}$$

- **Borçlar / Öz Sermaye Oranı:** Bu oran sağlık kurumunun borçlanma yoluyla sağladığı yabancı kaynak ile öz sermaye arasındaki ilişkiyi gösterir. Gelişmiş ülkelerde bu oran en fazla 1:1 (%100) olmalıdır. Bu oranın 1,50 (%150)-2 (%200) arasında olması ülkemiz açısından yeterli kabul edilebilir. Bu oranın yetersiz olması yabancı kaynakların işletmeye daha fazla katkıda bulduklarını göstermektedir. Bu durum kurumun ciddi bir faiz yükünün altında bulunduğunu ve alacaklılar için emniyet marjının düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca kurum kredi alırken ek güvenceler göstermek zorunda kalabilir. Ani piyasa dalgalanmalarında kurum satışlarında duraklama yaşayabilmekte, bunun sonucu olarak da hem sermayesinin tamamını kaybetme hem de borçlarını vaktinde ödeyememe durumuna düşebilir. Bu oran kısa ve uzun vadeli yabancı kaynakların öz sermayeye oranlanmasıyla elde edilir (Akgüç, 1998, s. 35-36; Cleverley, 1993, s. 494).

$$Boğlar/Öz Sermaye Oranı = \frac{Boğlar(K.V.Y.K.+U.V.Y.K.)}{Öz Sermaye}$$

5.3. Faaliyet (Verimlilik) Durum Oranları

Bu oranlar, sağlık kurumlarının hizmet üretim sürecinde varlıklarını ne kadar etkili ve verimli kullandığını gösteren ve bu kapsamda değerlendirme yapmaya yardımcı olan oranlardır. Bu ölçülere göre aktiflerini faydalı bir şekilde kullanan işletmelerin etkinliği ortaya çıkmaktadır (Cleverley, 1993, s. 33).

Çalışmada faaliyet oranlarından, stok devir hızı, aktif devir hızı, alacakların ortalama tahsil süresi ele alınmıştır.

- **Stok Devir Hızı:** Bir kurumda stokların ne kadar hızlı satıldığını gösteren orandır. Sağlık kurumları için stokların ne kadar sürede yenilendiğini gösteren oran olarak kabul edilebilmektedir. Bu oran stokların ortalama ne kadar süre içerisinde hizmet üretimine katıldıklarını belirtir, bir diğer şekilde stokların belli bir süre içerisinde kaç defa yenilendiğini gösterir. Yani stokların likiditesi hakkında iyi bir gösterge oluşturmaktadır. Stok devir hızının artması stokların etkin bir şekilde kullanıldığını göstermektedir. Sağlık kurumlarında stok devir hızının yüksek olması istenmektedir, çünkü oranın yüksek olması sağlık kurumundaki hizmet faaliyetlerinin yoğun olduğu anlamına gelmektedir. Aynı zamanda stok devir hızının artması kurumun kâr elde etmesine olanak vermektedir ve kurumun belirli bir iş hacmine ulaşması için gerekli finansmanın sağlanmasına yardımcı olmaktadır. Stok devir hızının yüksekliği firmaya rekabet avantajı da sağlamaktadır. Ancak bu devir hızının sürekli artması, genişleyen iş hacmi sebebiyle bir orandan sonra düşük düzeyde kâr elde edilmesine sebebiyet verebilmektedir. Stok devir hızının yavaş olması hizmet bölümleri arasında koordinasyon kurulamaması, fiyatların yükseleceği beklentisiyle stoklara fazla yatırım yapılması, yılsonu stok değerinin yükselmesi, stok kontrol yetersizliği nedenleriyle gerçekleşmektedir. Her ne kadar stok devir hızı için standart olarak belirlenen bir oran bulunmasa da, hastane endüstrisinde bu oranın 50 olması kabul edilebilir. Aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır (Ağırbaş, 2014, s. 87; Akgüç, 1998, s. 49-52; Cleverley, 1993, s. 495);

$$\text{Stok Devir Hızı} = \frac{\text{Satışların Maliyeti}}{\text{Ortalama Stok}}$$

- **Aktif Devir Hızı:** Kurumun sahip olduğu varlıkların verimliliğini, etkinliğini değerlendirmede kullanılmaktadır. Kurumda sermaye yoğun teknoloji kullanımını göstermektedir. Diğer bir deyişle varlık kullanımının bir göstergesidir. Aktif devir hızı kurumlarda verimlilik ve kârlılığı belirleyen en önemli etmenlerden biridir. Bu oranın yüksek olması riskin düşük, özkaynak kullanımının verimli ve kârlılığın fazla olduğu anlamına gelirken, oranın düşük olması kurumun atıl kapasite ile çalıştığı, kapasitesinin altında hizmet verdiği ve riskli algılanması anlamına gelebilmektedir. Ülkemizde bu oran batı ülkelerine kıyasla daha yavaştır. Bu oran ABD sektöründe yapılmış bir çalışmada 1.75 olarak alınmıştır. Aktif devir hızı net satışların aktif toplama bölünmesi ile hesaplanmaktadır (Ağırbaş, 2014, s. 92-93; Akgüç, 1998, s. 57-58; Cleverley, 1993, s. 495);

$$\text{Aktif Devir Hızı} = \frac{\text{Net Satışlar}}{\text{Aktif Toplam}}$$

- **Alacakların Ortalama Tahsil Süresi:** Sağlık kurumundaki hizmet sunum faaliyetlerinin devamlılığı için önem arz etmektedir. Hizmet sunum sonucu oluşan ticari alacağın faaliyet dönemi içerisinde ortalama kaç günde tahsil edileceğini gösterir. Genelde ortalama tahsil süresinin, alıcılara tanınan satış vadesinin 1/3 ten fazla olmaması arzu edilmektedir. Bu sürenin kısa olması kredili alacakların düzenli ve kısa sürelerle tahsil edilebildiği, uzun olması ise kredili alacakların tahsilinde sorunlar olacağı anlamına gelmektedir. Türkiye’de sağlık kurumları için en önemli geri ödeme kurumu Sosyal Güvenlik Kurumudur ve kendi belirlediği politikalarla ödemeyi gerçekleştirmektedir (Ağırbaş, 2014, s. 89).

ABD hastanelerinde bu süre 57 gündür ve aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır (Cleverley, 1993, s. 495).

$$\text{Alacakların Ortalama Tahsil Süresi} = \frac{\text{Ticari Alacaklar}}{(\text{Brüt Satışlar}/360)}$$

5.4. Kârlılık Oranları

Faaliyetler sonucunda ulaşılan başarıyı ölçmeye yarayan oranlardır. Kurumun sunduğu hizmetler sonucu elde ettiği kâr doyurucu mudur? Yeterli düzeyde midir? sorularına cevap aranmasına yardımcı olmaktadır. Ancak kurumun elde ettiği kârın, ölçülü, yeterli, doyurucu olup olmadığının anlaşılması sermayenin kullanıldığı alanlardan sağlanan gelir, ekonomik çevre, aynı sektördeki kurumların kâr oranları ve kurumun kâr hedefi gibi etmelere bağlı olmaktadır. Sağlık kurumunun faaliyetleri sonucunda ne oranda kâr zarar ettiğini değerlendirmede kullanılan oranlardır. Başarı ölçütü kabul edildiği için bu oranların yüksek çıkması olumlu olarak değerlendirilir. Bu oranlar işletme ortakları veya ortak olmak isteyen potansiyel yatırımcılar tarafından öncelikle dikkate alınırlar. Bu analizde bilanço ve gelir tablosunda yer alan bazı finansal veriler kullanılmakta olup kâr ile kaynaklar ve kâr ile satışlar arasında ilişki kurularak kârlılık hesaplanmaktadır. Ancak kârlılık oranlarının genel kabul görmüş değerleri bulunmamaktadır. Sağlık sektörü ortalaması, diğer sağlık kurumlarının oranları, kurumun geçmiş yıllar oranları ve kurumun hedefleri ile karşılaştırılarak değerlendirme yapılır (Akgüç, 1998, s. 62; Cleverley, 1993, s. 32).

Çalışmada kârlılık oranlarından, net kâr marjı, toplam aktiflerin getiri oranı, öz sermaye getiri oranı ele alınmıştır.

- **Net Kâr Marjı:** Net satışların kârlılık yüzdesini veren orandır. Bu oranda dönem kârı üzerinden, ilgili mevzuat hükümlerine göre hesaplanan vergi ve yasal yükümlülükler dâhil bütün giderler karşılandıktan sonra net kâr elde edilmektedir. Bu oranın yüksek olması veya yükselme eğilimi göstermesi

kurum adına olumlu yorumlanmaktadır. Bu oran satış fiyatlarındaki değişiklik, maliyet ve satış giderlerindeki değişiklik nedeniyle değişiklik gösterebilmektedir. Özellikle kamu işletmelerinde bu oran yeterli ve ölçülü bir kâr elde edilmesi açısından yüksek olmalıdır. Oranın yüksek çıkması olumlu olarak değerlendirilmektedir. ABD hastanesinde bu oran 0,027 civarındadır ve oran, net kârın net satışlara bölünmesiyle elde edilir (Cleverley, 1993, s. 492; Akgüç, 1998, s. 72; Ağırbaş, 2014, s. 98);

$$\text{Net Kâr Marjü} = \frac{\text{Net Kâr}}{\text{Net Satış}}$$

- **Toplam Aktiflerin Getiri Oranı:** Bu oran kurumun yapmış olduğu yatırımın kârlılığını yani sağlık kurumundaki dönen ve duran varlıkların sağlık hizmeti sunulurken ne kadar verimli kullanıldıklarını belirler. Bu oran aynı zamanda kurumun yatırımlarını da kapsadığı için yatırımların kârlılığını da göstermektedir. Bünyesinde büyük ölçüde yabancı kaynak kullanan kurumlar için dikkatlice değerlendirilmesi gerekmektedir. Analizlerde tek başına yorumlanması hataya yol açabilmektedir. Çünkü net kâr, faizler ve vergiler indirildikten sonra kalan tutarı göstermektedir, bu oran kurumun finansman yapısındaki değişikliklere ve finansman şekline göre yüksek veya düşük olarak değerlendirilebilmektedir. Bu oranın yüksek çıkması olumlu olarak değerlendirilir, yani oran yüksek ise sağlık kurumu varlıklarını verimli ve etkili şekilde kullanmaktadır yorumu yapılabilmektedir. ABD hastanelerinde bu oran 0,038 civarındadır ve aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır. Oran net kârın aktif toplamına bölünmesiyle hesaplanır (Akgüç, 1998, s. 67-68; Cleverley, 1993, s. 492);

$$\text{Toplam Aktiflerin Getiri Oranı} = \frac{\text{Net Kâr}}{\text{Aktif Toplamı}}$$

- **Öz Sermaye Getiri Oranı:** Bu oran ne kadar sermaye yatırıldığı ve karşılığında ne kadar kâr elde edildiği şeklinde bir değerlendirmenin yapılabilmesi için kullanılmaktadır. Oran sağlık kurumuna, yatırımcıları tarafından sağlanan öz kaynakların her birimine düşen kâr payını göstermektedir. Bu nedenle ortaklar oranın yüksek çıkmasını istemektedir. Burada dikkat edilmesi gereken husus kurumun öz sermayesinin net olarak belirlenebilmesidir. Öz sermaye, net varlık toplamı ile borçları arasındaki olumlu farktır. Bu oran sayesinde yıllar itibariyle kurum kârlarında ortaya çıkan değişimler izlenebilmektedir. Bir kurumun öz sermaye kârlılığının arttırılabilmesi için kâr marjının yükselmesi, öz sermaye devrinin hızlanması ya da hem kâr marjının hem de öz sermaye devir hızının olumlu yönde değişmesi gerekmektedir. Ayrıca eğer bir firmanın kârlılık oranı yüksek görülse dahi, firma sermayesini daha kârlı bir şekilde kullanmak olanağına sahip ise bu durum yeterli bir sonuç olarak yorumlanmamalıdır. Oran net kârın öz sermayeye bölünmesi ile hesaplanır. Bu oran ABD hastanelerinde 0,074 civarındadır. Bu oran aşağıdaki gibi formülize edilmektedir (Cleverley ve diğerleri, 2011, s. 247; Akgüç, 1998, s. 63-65);

$$\text{Öz Sermaye Getiri Oranı} = \frac{\text{Net Kâr}}{\text{Öz Sermaye}}$$

Akgüç'e (1998, s. 21-22) göre oran analizinde yalnızca oranları hesaplamak veya finansal tablolarda yer alan kalemler arasındaki matematiksel ilişkileri göstermek yeterli olmamaktadır, bunun yanında hesaplanan mekanik oranların yorumlanması ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Finans yöneticilerinin oranları yorumlarken belirli ölçülere gereksinimi vardır. Bunlar; hesaplanan oranların, firmanın geçmiş faaliyet dönemlerindeki oranları ile karşılaştırılması ve oranların benzer hastanelerin oranları veya hastanenin faaliyette bulunduğu endüstri kolundaki tipik oranlar veya endüstri ortalaması ile karşılaştırılmasıdır.

6. KONUYLA İLGİLİ SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ ÇALIŞMALAR

Oran analizi yöntemi işletmelerin finansal performansı değerlendirilirken en çok kullanılan yöntemdir. Bu yöntem birçok araştırmacı tarafından kullanılmıştır. Bunlardan bazıları; Cleverley ve Harvey (1992), oran analizi yöntemi kullanarak sağlık sektöründeki hastaneler ile sağlık sektörü dışındaki işletmelerin finansal performanslarını kıyaslamıştır. Özgülbaş ve ark. (2008), 797 özel hastanenin finansal performansını hesaplariken bu yöntemi kullanmıştır. Gider (2011), özel bir hastanenin finansal verilerini rasyo analiz yöntemi ile değerlendirmiştir. Avcı (2014), bu yöntemi kullanarak bir özel dal hastanesinin finansal analizini gerçekleştirmiştir. Lee (2015), Kore de 10 üniversite hastanesinin finansal performansını hesaplariken oran analizi yöntemini kullanmıştır.

Cleverley (1990, s. 185-187), 50 hastanenin finansal analizini rasyo oranlar kullanarak yapmıştır. Finansal performansını yüksek tutmak isteyen hastaneler için sekiz stratejik maddenin önem arz ettiğini vurgulamıştır. Bunlar pazar payının yüksek olması, afilyasyon, fiyatlandırma, maliyet yönetimi, aşırı borçlanmaya gitmeme, sermaye yoğunluğu, alacak hesabına yatırım ve gelir çeşitlendirme olarak sıralanmaktadır.

Cleverley ve Harvey (1992, s. 20-24), yaptıkları bir çalışmada sağlık sektörü dışındaki 470 firmanın finansal verileri ile 1200 hastanenin 1885-1990 yılları arasındaki finansal verilerini kıyaslamıştır. Bu çalışmada kârlılık, likidite, yatırımın getirisi, borçlanma kapasitesi, varlıkların ve teknolojinin yenilenmesi, alacakların devir hızı ve alacakların ortalama tahsil süresi finansal oranlarını kullanmışlardır.

Harris ve diğerleri (2000, s. 801-808), ABD’de 1990’lı yıllarda sağlık sektöründe meydana gelen birleşmelerin hastane performansı üzerine olan etkilerini incelemiştir. 20 farklı hastanenin birleşmeden önceki ve sonraki durumları VZA ile ölçülmüştür. Analiz sonucu birleşmenin olduğu yıl 11, birleşmeden sonraki yıl ise 12 hastanede verimlilik artışı olduğu bulunmuştur.

Özgülbaş ve diğerleri (2008, s. 120-131), T. C. Merkez Bankası kayıtlarında mevcut olan 797 özel hastanenin 1994-2005 yılları arasındaki verilerini dikkate alarak, özel hastane sektörünün finansal değerlendirilmesine yönelik bir çalışma

yapmışlardır. Hastanelerin finansal durumları oran ve trend analizi ile finansal performansa etki eden faktörlerin belirlenmesi ise Mann-Whitney U testi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamındaki hastanelerin %52,95'inin, finansal performans düzeyinin yüksek olmamasına rağmen genel olarak likidite sıkıntısı yaşamayan ve kısa vadeli borçlarını ödeme gücüne sahip işletmeler olduğu tespit edilmiştir.

Gider (2011, s. 87-103), 1998-2003 dönemi için özel statüde bir sağlık kuruluşu niteliğinde olan Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.'ye ait finansal oran hesaplamaları yaparak bu oranların, finansal performansı etkilemesi muhtemel unsurlar ile arasında korelasyon olup olmadığını, Spearman korelasyon analizi ile incelemiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular, finansal oranların birçoğunun istenilen seviyeleri yakaladığını ve bu oranların hem finansal hem de operasyonel unsurlar tarafından etkilendiğini göstermektedir. Araştırmada Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.'nin, Kasım 2000 ve Şubat 2001 ekonomik krizlerinden olumsuz yönde etkilendiğini ancak bu olumsuzluğun takip eden yıllarda sürmediği sonucuna varılmıştır.

Ercan ve diğerleri (2013, s. 54-71), Kastamonu ili genelindeki 12 kamu sağlık işletmesinin, 2008-2012 dönemindeki finansal performanslarını ölçmüştür. Analiz sonucunda hastanelerin 5 yıllık dönemde varlık kullanımındaki verimliliği gösteren faaliyet oranlarında iyileşmeler tespit edilirken, kaynak kullanımındaki verimliliği gösteren kârlılık oranlarında aynı başarı gözlemlenememiştir.

Avcı (2014, s. 1-20), Ankara il merkezinde yer alan bir özel dal eğitim araştırma hastanesinin 2005-2011 dönemindeki finansal ve operasyonel performans göstergeleri arasındaki ilişkiyi oran analizi yöntemi ve Spearman korelasyon testi ile incelemiştir. Bu analiz sonucunda söz konusu hastanenin kısa vadeli yabancı kaynaklardan yararlanma oranının çok düşük olduğu, finansal yapısının genelde öz kaynak ağırlıklı olduğu, 2007 yılından itibaren 2010 yılı hariç zararlı çalıştığı, varlıklarını verimli kullanamadığı ve hastanenin finansal açıdan iyi yönetilmediği tespit edilmiştir.

Alparslan ve diğerkleri (2015, s. 317-338), Sağlık Bakanlığı il merkezindeki hastanelerin işletme sermayelerini ve finansal performans göstergelerini analiz etmeyi amaçlamıştır. Sağlık Bakanlığı il merkezindeki döner sermaye işletmesi bulunan 118 hastanenin 2008-2012 yıllarına ait bilanço ve gelir tabloları kullanılmıştır. Araştırmada hastanelerin genel finansal durumunu belirlemek için oran analizi yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında yer alan hastanelerin %29,15'nin net işletme sermayesi negatifken, %70,85'inin net çalışma sermayesi pozitif olduğu, hastanelerin %59,49'unun finansal performansının düşük ve %40,51'inin ise finansal performansının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Lee (2015, s. 310-317), Kore'de 10 üniversite hastanesinin 2008-2011 yılları arası finansal performansını incelemiştir. Çeşitli üniversitelerde finansal durum ve işletme performanslarının gerilediği tespit edilmiştir. 2008-2011 verileri karşılaştırıldığında birçok hastanede süreklilik arz eden hesap açığı ile birlikte, toplam aktiflerde genel bir gerileme, borçlarda azalma ve toplam sağlık gelirlerinde düşüş olduğu gözlemlenmiştir.

Literatürde daha önce incelenmiş olan çalışmalara göre, finansal durumlar işletme ortamındaki değişimlerin analiz kaynağıdır. Bu nedenle çalışmada likidite, finansal durum, faaliyet durumu, kârlılık gibi bilgiler kullanılmıştır. Bu çalışma da amaç, sağlık hizmet sektörünün kompleksliğini vurgulamak ve bu komplekslik içinde afilyasyonun, finansal ve operasyonel performans üzerindeki rolünü incelemektir. Buradan hareketle çalışmada, Bir Sağlık Bakanlığı hastanesi'nin finansal performansının afilyasyon sürecinden ne düzeyde etkilendiği belirlenmeye çalışılmıştır.

7. GEREÇ ve YÖNTEM

7.1. Amaç

Bu çalışmanın amacı, Ege Bölgesinde faaliyet gösteren ve 2011 yılı sonunda bir üniversite hastanesi ile afiliye olan bir Sağlık Bakanlığı hastanesinin afiliasyondan önceki ve sonraki dönemde finansal performansının değerlendirilmesi ve hesaplanan finansal performans verileri ile hastanenin operasyonel performans verilerinin karşılaştırılmasıdır.

Matriks yönetim yapısına sahip hastane organizasyonlarının afiliasyon gibi örgütsel yapıyı etkileyen bir politika uygulamasının etkilerini incelemek bu çalışmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır.

7.2. Temel Problem Cümlesi

Afiliye olan Sağlık Bakanlığı hastanesinin 2009-2014 yılları arasındaki finansal performansı afiliasyon öncesi ve sonrası dönemde değişiklik göstermiş midir?

7.3. Alt Problemler

Hastanenin 2009-2014 yılları arasında hesaplanan finansal performans verileri afiliasyon öncesi ve sonrası dönemde anlamlı farklılık göstermekte midir?

Hastanenin hesaplanan finansal performans verileri ile operasyonel performans göstergeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?

Afiliasyon sürecinin hastanenin karlılığı üzerinde nasıl bir etkisi olmuştur? Hastanenin karlılığı yıllar içerisinde nasıl bir dalgalanma göstermiştir?

Afiliasyon süreci hastanenin verimliliğini olumlu yönde mi olumsuz yönde mi etkilemiştir?

7.4. Yöntemsel Model

Bu çalışmada hastanelerin etkililik ve verimliliğini arttırmak, aynı zamanda eğitsel görevleri de yerine getirmek için ortak kaynak kullanımı yapan sağlık

bakanlığı hastanesi ile üniversite hastanesi entegrasyonunun, ne düzeyde başarılı olduğunu belirlemek amacıyla, Ege bölgesinde tam entegrasyon modeline sahip afiliye olmuş bir Sağlık Bakanlığı hastanesinin 2009-2014 yılları arasındaki geçmiş 6 faaliyet dönemine ait döner sermaye bilanço ve gelir tablolarında yer alan finansal veriler kullanılmıştır.

Analiz yöntemi olarak, hastane organizasyonlarının finansal performans ölçümünde sıkça kullanılan oran (rasyo) analizi yöntemi kullanılmıştır. Oran analizi içinde yer alan ve hastane finansal performans ölçümünde referans olarak kabul edilen Cleverley (1993)'in önerdiği 12 finansal oran, bu çalışmada hesaplanan oranları oluşturmaktadır. Verilerin analizinde öncelikle 2009-2014 yılları arasındaki bilanço ve gelir tabloları Excel programı kullanılarak literatür kısmında belirtilen finansal oran hesaplamaları yapılmıştır, daha sonra ise finansal performansı etkilemesi muhtemel operasyonel performans göstergeleri ile elde edilen finansal oranlar arasında korelasyon olup olmadığı SPSS paket programında Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. Spearman korelasyon testinin seçilmesindeki ana neden finansal göstergeler ile operasyonel göstergeler arasındaki bağımlılığı ve bu bağımlılığın yönünü ve düzeyini belirlemektir. Herhangi iki değişken arasındaki bağlantının pozitif (+) yönde mi, negatif (-) yönde mi olacağının ve bu iki değişken arasındaki bağlantının güçlü mü zayıf mı olduğunun elde edilmesine olanak vermektedir.

7.5. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ege bölgesinde faaliyet gösteren ve 2011 yılı sonunda bir üniversite hastanesi ile afiliye olan bir Sağlık Bakanlığı hastanesinin finansal verileri oluşturmaktadır. İlgili hastanenin finansal verilerinin değerlendirilebilmesi için 2009-2014 yıllarına ait döner sermaye bilanço ve gelir tablolarının yanı sıra, aynı yıllar arasındaki hastane yatak sayısı, doluluk oranı ve poliklinik hasta sayıları gibi 12 operasyonel performans göstergesi değeri kullanılmıştır.

7.6. Veri Kaynakları

Veri kaynağı olarak ilgili hastanenin 2009-2014 yılları arasındaki geçmiş 6 faaliyet dönemine ait kendi finansal sisteminde üretilen, döner sermaye işletmesinde yer alan bilanço ve gelir tablosu finansal kayıtları kullanılmıştır. Bunun yanı sıra yine kurumun afiliye olmadan önceki 3 yıllık (2009-2011) ve afiliye olduktan sonraki 3 yıllık (2012-2014) operasyonel göstergeleri, istatistik biriminden elde edilmiştir.

Çalışmada kullanılan operasyonel göstergeler; yatak sayısı, hekim sayısı, hekim dışı personel sayısı, ortalama yatış süresi, yatak işgal oranı, poliklinik hasta sayısı, yatan hasta sayısı, ameliyat sayısı, doğum sayısı, radyolojik tetkik sayısı, laboratuvar tetkik sayısı ve acil servis müracaat sayısıdır.

7.7. Sınırlılıklar

Çalışma, bir Sağlık Bakanlığı hastanesinin 2009-2014 yılları arası, döner sermaye işletmesi bilanço, gelir tablosu finansal verileri ile aynı dönemi kapsayan operasyonel performans göstergeleri ile sınırlıdır.

8. BULGULAR

Çalışmada 2009-2014 yıllarına ait finansal veriler, Likidite Analizlerinde kullanılan cari oran, asit test oranı ve nakit oranı; Finansal Yapı Analizlerinde kullanılan öz sermayenin aktif toplamına oranı, borçlar öz sermaye oranı ve kaldıraç oranı; Faaliyet Durum Analizlerinde kullanılan stok devir hızı, aktif devir hızı ve alacakların ortalama tahsil süresi; Kârlılık Durum Analizinde kullanılan net kâr marjı, toplam aktiflerin getiri oranı ve öz sermaye getiri oranı performans analizleri kullanılmıştır. Sağlık sektöründe kamu veya özel hastanelerin finansal performans analizinde akademik düzeyde bazı çalışmalar olmakla birlikte genel kabul görmüş standart oranlar bulunmamaktadır. Bu nedenle Cleverley'in belirttiği 12 finansal oran standart alınmıştır. Bunun yanında incelenen sağlık kurumuna ait yatak sayısı, hekim sayısı, diğer personel sayısı, ortalama yatış süresi, yatak işgal oranı, poliklinik hasta sayısı, yatan hasta sayısı, ameliyat sayısı, doğum sayısı, radyolojik tetkik sayısı, laboratuvar tetkik sayısı, acil servis müracaat sayısı operasyonel göstergeleri kullanılmıştır.

8.1. İlgili Faaliyet Dönemine Ait Hesaplamalar

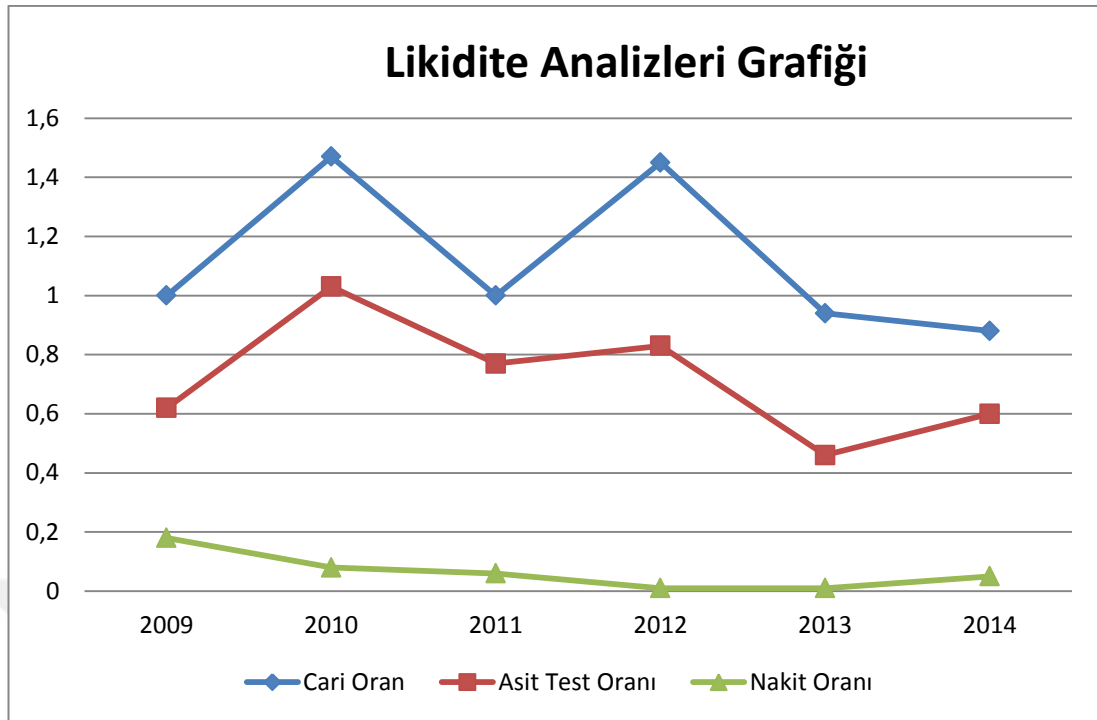
8.1.1. Likidite Analizleri

Likidite Analizleri olarak Cari oran, Asit test oranı ve Nakit oranı kullanılmıştır. Hastane endüstrisinde kabul edilen standart oranlara göre Cari oranın gelişmiş ülkelerde 2, gelişmekte olan ülkelerde 1,5 olması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Özellikle oranın 1 in altında olması kurumun kısa vadeli borçlarını ödemedede zorluk yaşadığı anlamı taşımaktadır. Oranın düşük olması kadar yüksek olması da sorun olarak kabul edilmektedir. Yani eğer cari oran çok yüksek ise fonlar atıl olarak kullanılacak ve bunun sonucu olarak da kârlılıkta gerileme ortaya çıkacaktır (Cleverley, 1993, s. 493; Akgüç 1998, s. 24). Asit test oranı özellikle stokların paraya çevrilemediği durumlarda, kurumun diğer dönen varlıkları kullanarak kısa vadeli borçları ödeyip ödeyemeyeceğini belirleyen bir orandır (Jonny, 2016, s. 66). Asit test oranının gelişmiş ülkelerde 1, gelişmekte olan ülkelerde ise 0,65-0,80 arasında bir değer alması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu oran cari oranla anlamlı olmaktadır, bu nedenle

değerlendirilirken cari oranla birlikte göz önüne alınmalıdır (Ağırbaş, 2014, s. 76). Nakit oran ise kurumun satışlarının durması ve alacaklarını tahsil edememesi durumunda, kısa vadeli borçlarını ödeyip ödeyemeyeceği veya ne kadarını ödeyebileceği konusunda bilgi veren orandır. Bu oranın 0,20'nin altına düşmemesi beklenmektedir. Şayet bu oran 0,20'nin altında olursa kurumun nakit sıkıntısı yaşadığı, 0,20'nin üzerinde olursa kurumun fazla nakit bulundurduğu anlamına gelmektedir (Akgüç, 1998, s. 30; Cleverley, 1993: 493).

Tablo 2:Likidite Analizleri

Yıllar	Cari Oran	Asit Test Oranı	Nakit Oranı
2009	1	0,62	0,18
2010	1,47	1,03	0,08
2011	1	0,77	0,06
2012	1,45	0,83	0,01
2013	0,94	0,46	0,01
2014	0,88	0,6	0,05



Şekil 3: Likidite Analizleri Grafiği

Çalışmada kullanılan üniversite hastanesi verileri Tablo 2 ve Şekil 3'e göre incelenecek olursa, 2009-2014 yıllarında cari oran 0,8-1,6 arasında dalgalı bir seyir göstermiştir. Aynı yıl aralığında asit test oranı 0,4-1,1 arasında bir dalgalanma göstermiştir, yalnızca 2010 yılında bu oran 1 düzeyine yükselmiş ancak diğer bütün yıllarda 1'in altında seyretmiştir. Nakit oranı ise 0-0,2 arasında genellikle azalan bir seyir göstermiştir. Hastane için genel olarak kurumun kısa vadeli borçlarını ödemede zorluk yaşadığı ve fonların dengeli olarak kullanamadığı yorumu yapılabilir. Aynı zamanda kurumun genel olarak bir nakit sıkıntısı yaşadığı da söylenebilir. Tablodan gözlemlenebildiği kadarıyla bu durum 2013 yılından sonra iyileşme eğilimi göstermeye başlamıştır.

Afiliasyon öncesinde ve sonrasında kurumun kısa vadeli borçlarını ödemede sıkıntı yaşadığı söylenebilmektedir. Aynı zamanda hastane afiliasyon öncesinde elinde daha fazla likit varlık bulundururken afiliasyondan sonra bulundurulmuş likit varlık miktarı azalmıştır. Bu durum sağlık hizmet faaliyetlerinin sunumunda kesintiler olabileceği ve kaynak sıkıntılarının yaşanabileceği anlamına gelmektedir.

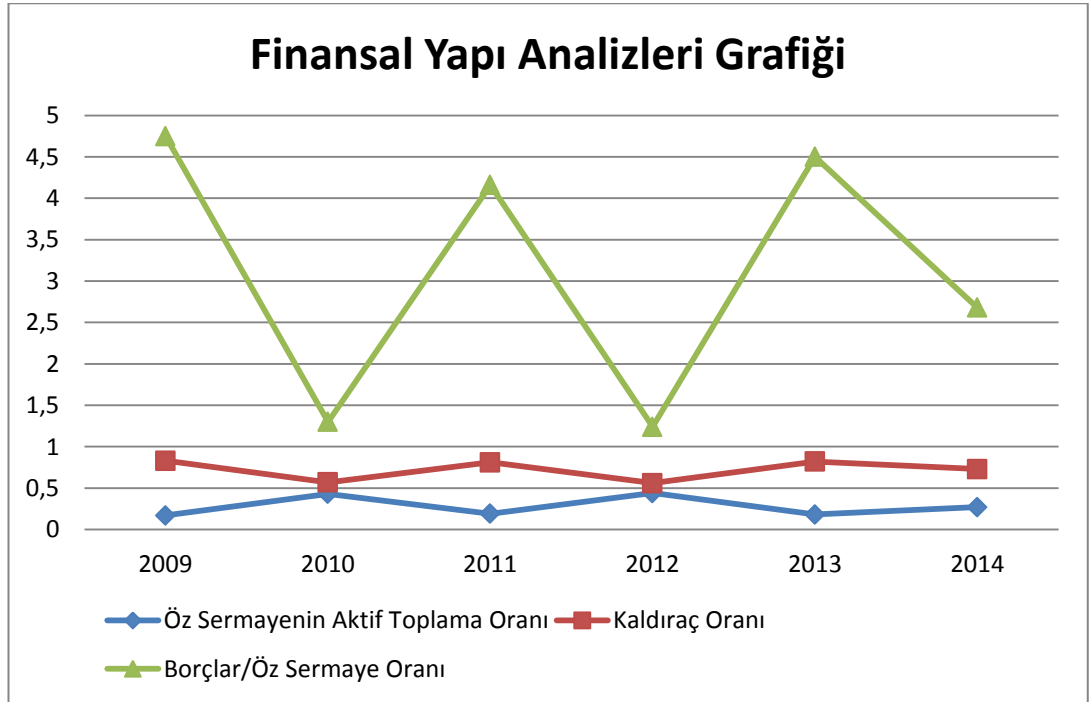
Bu durum 2013 yılına kadar devam etmiştir, ancak 2013 yılından sonra düzelmeye başlamıştır.

8.1.2. Finansal Yapı Analizleri

Finansal yapı analizlerinden, öz sermayenin aktif toplama oranı, kaldıraç oranı ve borçlar öz sermaye oranı kullanılmıştır. Hastane endüstrisinde kabul edilen standart oranlara göre öz sermayenin aktif toplama oranının 0,50 (%50) olması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Oranın yüksek olması sağlık kurumunun varlıklarının yüksek oranda öz kaynaklar ile finanse edildiği ve finansal anlamda zora düşme olasılığının az olduğu anlamına gelmektedir (Cleverley, 1993, s. 494; Akgüç, 1998, s. 34-35). Kaldıraç oranının 0,50 yi aşmaması olumlu olarak karşılanmaktadır. Bu oranın %50 den yüksek olması kurumun borçlarının ödeyebileceğinden fazla olması ve ödemede mali olarak zor zamanlar yaşayacağı anlamını taşımaktadır (Akgüç, 1998, s. 32-33; Cleverley, 1993, s. 494). Borçlar-öz sermaye oranı sağlık kurumunun borçlanma yoluyla sağladığı yabancı kaynak ile öz sermaye arasındaki ilişkiyi gösterir. Gelişmiş ülkelerde bu oran en fazla 1:1 (%100) olmalıdır. Bu oranın 1,50 (%150)-2 (%200) arasında olması ülkemiz açısından yeterli kabul edilebilir. Bu oranın yetersiz olması yabancı kaynakların işletmeye daha fazla katkıda bulduklarını göstermektedir (Akgüç, 1998, s. 35-36).

Tablo 3: Finansal Yapı Analizleri

Yıllar	Öz Sermayenin Aktif Toplama Oranı	Kaldıraç Oranı	Borçlar/Öz Sermaye Oranı
2009	0,17	0,83	4,75
2010	0,43	0,57	1,3
2011	0,19	0,81	4,16
2012	0,44	0,56	1,24
2013	0,18	0,82	4,5
2014	0,27	0,73	2,68



Şekil 4: Finansal Yapı Analizleri Grafiği

Çalışmada kullanılan üniversite hastanesi verileri Tablo 3 ve Şekil 4'e göre incelenecek olursa, 2009-2014 yıllarında öz sermayenin aktif toplama oranı 0,15-0,50 arasında, kaldıraç oranı 0,50-0,85 arasında, borçlar öz sermaye oranı 1-4,75 arasında dalgalı seyir göstermektedir. Genel olarak bakıldığında sağlık kurumunun ödemede mali zorluk yaşadığı, yabancı kaynakların işletmeye daha fazla katkıda bulunduğu ve kurumun emniyet marjının düşük olduğu yorumları yapılabilmektedir.

2011 yılında afiliye olan hastane, afiliasyon öncesi ve sonrasında genel olarak yabancı kaynaklarla finanse edilmektedir. Genel olarak mali durum 2013 yılından sonra düzelmeye başlamıştır, yani sağlık kurumu 2013 yılı sonrası daha fazla öz kaynak kullanımına gitmiştir. Özetle, hastane afiliasyon öncesinde daha fazla yabancı kaynak kullanırken afiliasyondan sonra kurumda yabancı kaynak kullanımı azalmış, borç düzeyi düşmüş, öz kaynak kullanımı artmış, diğer bir deyişle kurumun mali gücü afiliasyondan sonra artmaya başlamıştır.

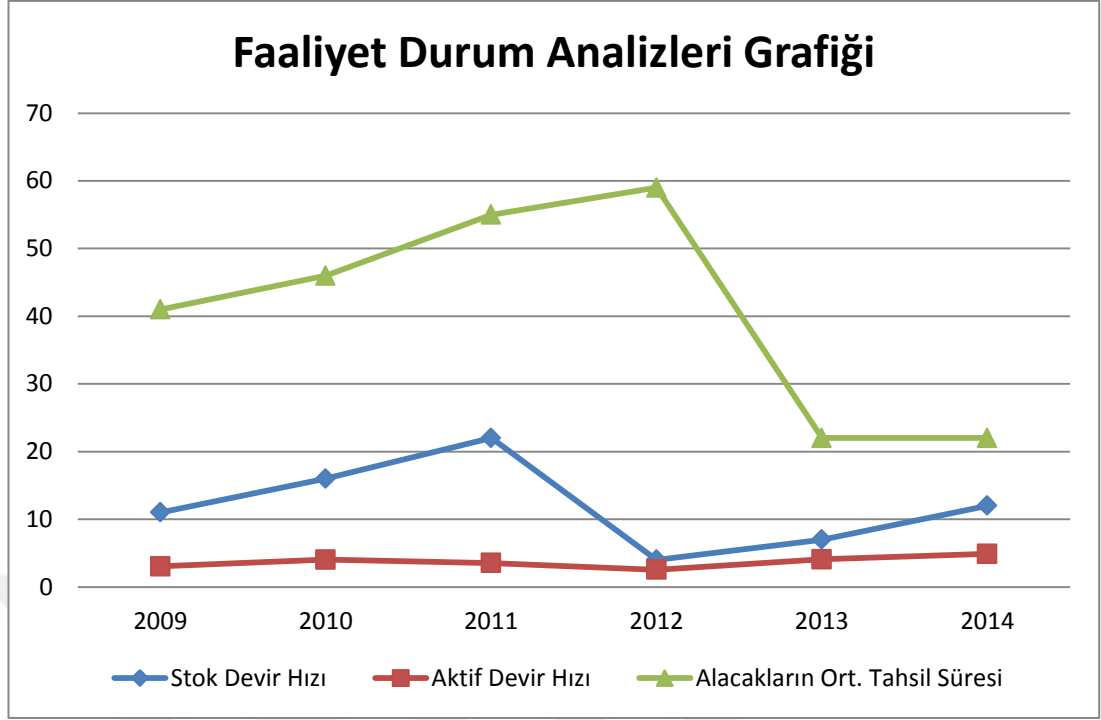
8.1.3. Faaliyet Durum Analizleri

Faaliyet durum analizlerinden, stok devir hızı, aktif devir hızı, alacakların ortalama tahsil süresi kullanılmıştır. Hastane endüstrisinde kabul edilen standart oranlara göre stok devir hızının genel olarak kabul görmüş bir ölçüsü bulunmamakla birlikte genel olarak yüksek çıkması olumlu kabul edilmektedir. Stok devir hızının artması stokların etkin bir şekilde kullanıldığını göstermektedir. Sağlık kurumlarında stok devir hızının yüksek olması istenmektedir, çünkü oranın yüksek olması sağlık kurumundaki hizmet faaliyetlerinin yoğun olduğu anlamına gelmektedir. Aynı zamanda stok devir hızının artması kurumun kâr elde etmesine olanak vermektedir. Ancak yine de hastane endüstrisinde kabul gören stok devir hızı oranı 50 dir değerlendirilmesi yapılabilir (Ağırbaş, 2014, s. 87; Akgüç, 1998, s. 49-52; Cleverley, 1993, s. 495). Aktif devir hızı kurumlarda verimlilik ve kârlılığı belirleyen en önemli etmenlerden biridir. Öz sermaye kârlılığını yükselten oranlardan biridir ve kurumun risk derecesinin göstergesi olarak da kabul edilebilir. Bu oranın yüksek olması riskin düşük, öz kaynak kullanımının verimli ve kârlılığın fazla olduğu anlamına gelirken, oranın düşük olması kurumun atıl kapasite ile çalıştığı, kapasitesinin altında hizmet verdiği ve riskli algılanması anlamına gelebilmektedir. Ülkemizde bu oran batı ülkelerine nazarla daha yavaştır. Hastane endüstrisinde bu oran 1 olarak alınmıştır.

Aktif devir hızı net satışların aktif toplama bölünmesi ile hesaplanmaktadır (Akgüç, 1998, s. 57-58; Cleverley, 1993, s. 495). Alacakların ortalama tahsil süresi, hizmet sunum sonucu oluşan ticari alacağın faaliyet dönemi içerisinde ortalama kaç günde tahsil edileceğini gösterir. Bu oran 57 gün olarak kabul görmektedir (Cleverley, 1993, s. 495).

Tablo 4:Faaliyet Durum Analizleri

Yıllar	Stok Devir Hızı	Aktif Devir Hızı	Alacakların Ort. Tahsil Süresi
2009	11	3,05	41
2010	16	4,04	46
2011	22	3,54	55
2012	4	2,55	59
2013	7	4,09	22
2014	12	4,88	22



Şekil 5: Faaliyet Durum Analizleri Grafiği

Çalışmada kullanılan sağlık bakanlığı hastanesi verileri Tablo 4 ve Şekil 5'e göre incelenecek olursa, hastanede 2009-2014 yıllarında stok devir hızı 4-22 oranları arasında değişmektedir, bu rakamlar hastane endüstrisi için belirlenen standart rakamın altında kalmaktadır yani sağlık kurumunda ilaç ve tıbbi malzeme hareketliliği fazla değildir. Söz konusu yıllar arasında aktif devir hızı 2-5 arasında, alacakların ortalama tahsil süresi 22-60 gün arasında dalgalı seyir göstermektedir. Genel olarak sağlık kurumunda hizmet sunumunun çok yoğun olmadığı, ancak hastanenin risk oranının düşük olduğu, yani hastanede eldeki varlıklarla yüksek düzeyde gelir üretilebildiği ve kurumda kârlılık gözlemlendiği yorumları yapılabilmektedir. Ayrıca alacak tahsil süresinin daha çok azalan bir eğim göstermesi kredili alacakların düzenli ve kısa sürelerde tahsil edilebildiğini göstermektedir.

Afiliasyona göre kıyaslanacak olursa hastane afiliasyon öncesinde kredili alacakların tahsilinde sorun yaşarken afiliasyondan sonra kurumda bu durum düzelmiştir. Kurumda verimlilik afiliasyon öncesi ve sonrası pek fazla

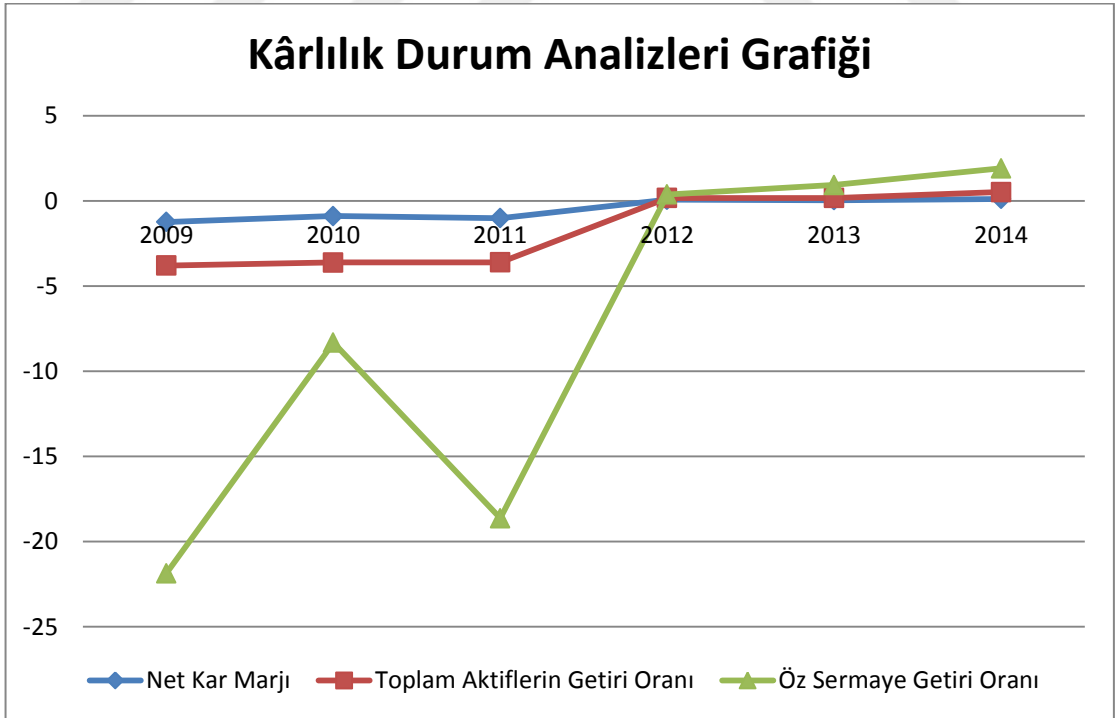
değişmemiştir, ancak yine de kurum afilyasyon sonrası dönemde daha verimli olarak hizmet vermiştir yorumu yapılabilir. Stok devir hızı afilyasyon sonrasında azalma göstermiştir yani kurumdaki hizmet faaliyeti afilyasyon sonrasında artış göstermemiştir.

8.1.4. Kârlılık Durum Analizleri

Kârlılık durum analizlerinden, net kâr marjı, toplam aktiflerin getiri oranı ve öz sermaye getiri oranı kullanılmıştır. Özellikle kamu işletmelerinde net kâr marjı yeterli ve ölçülü bir kâr elde edilmesi açısından yüksek olmalıdır. Net kâr marjı oranı ABD hastanesine göre 0,027 civarındadır (Akgüç, 1998, s. 72; Cleverley, 1993, s. 492). Toplam aktiflerin getiri oranı, bu oranın yüksek çıkması olumlu olarak değerlendirilir, yani oran yüksek ise sağlık kurumu varlıklarını verimli ve etkili şekilde kullanmaktadır yorumu yapılabilmektedir. ABD hastanelerinde bu oran 0,038 civarındadır (Akgüç, 1998, s. 67-68; Cleverley, 1993, s. 492). Öz sermaye getiri oranı sağlık kurumuna, yatırımcıları tarafından sağlanan öz kaynakların her birimine düşen kâr payını göstermektedir. Bu nedenle ortaklar oranın yüksek çıkmasını istemektedirler. Bu oran ABD hastanelerinde 0,074 civarındadır. Bu oran aşağıdaki gibi formüle edilmektedir (Cleverley ve diğerleri, 2011, s. 247; Akgüç, 1998, s. 63-65)

Tablo 5: Kârlılık Durum Analizleri

Yıllar	Net Kâr Marjı	Toplam Aktiflerin Getiri Oranı	Öz Sermaye Getiri Oranı
2009	-1,24	-3,8	-21,87
2010	-0,89	-3,62	-8,33
2011	-1,02	-3,61	-18,64
2012	0,06	0,17	0,37
2013	0,04	0,17	0,93
2014	0,11	0,52	1,91



Şekil 6: Kârlılık Durum Analizleri Grafiği

Çalışmada kullanılan sağlık bakanlığı hastanesi verileri Tablo 5 ve Şekil 6'ya göre incelenecek olursa, 2009-2014 yıllarında net kâr marjı, toplam aktiflerin getiri oranı ve öz sermaye getiri oranı genellikle artış göstermiştir.

Bu oranlara göre hastane afilyasyondan önceki dönemde, yani 2009-2011 yılları arasında bulunan oranlar hastane endüstrisi için belirlenen oranların altında kalmaktadır, buradan hastanenin afilyasyon öncesi dönemde zarar etmekte olduğu yorumu yapılabilir. 2011 yılı sonrası, yani afilyasyon sonrası, oranlar standart oranların üzerine çıkmıştır, bu da afilyasyon sonrası hastanenin kâr etmeye başladığı anlamına gelmektedir. Diğer bir bakış açısıyla hastane kârlılık oranlarının genel olarak artan bir eğilim göstermesi hastane yönetiminin ve sağlık kurumunun sağlık hizmet üretimi ve sunumu konusunda başarılı olduğunun göstergesidir. Yani hastane afilyasyon öncesinde zararla çalışırken afilyasyon sonrasında varlıklar verimli ve etkili bir şekilde kullanılarak kâra geçilmiş, yönetimde ve sağlık hizmetinin üretilip dağıtılmasında başarı elde edilmiştir.

Buraya kadar çalışmada ilgili sağlık kurumunun finansal analizi yapılmış ve elde edilen oran analizi sonuçları, hastaneler için belirlenen standart oranlarla kıyaslanarak yorumlanmıştır. Ancak sağlık kurumları söz konusu olduğunda yalnızca finansal veriler hastanelerin faaliyetlerinin yorumlanmasında yeterli olmamaktadır. Bunun yanı sıra hastanelerin işlevlerini etkileyen operasyonel performans göstergeleri de bulunmaktadır. Bu kısımdan sonra elde edilen oranlar ile çalışma için belirlenen ilgili hastanenin operasyonel göstergeleri hastane açısından daha net sonuçlar elde edilebilmesi amacıyla bir karşılaştırmaya tabi tutulmuştur. Elde edilen operasyonel göstergeler Tablo 6'da ve çalışmada kullanılan finansal oranlar Tablo 7'de gösterilmektedir.

8.2. İlgili Faaliyet Dönemine Ait Operasyonel Performans Göstergeleri

Tablo 6: 2009-2014 Yılları Arasındaki Operasyonel Performans Göstergeleri

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Yatak Sayısı	501	501	501	501	501	501
Hekim Sayısı	80	91	99	124	81	212
Hekim Dışı Personel Sayısı	587	591	600	603	850	1.111
Ortalama Yatış Süresi	4,30	4,40	4,20	4,70	5,20	4,40
Yatak İşgal Oranı	% 59.2	% 61.4	% 60.8	% 57.5	% 62.3	% 54.4
Poliklinik Hasta Sayısı	613.224	631.300	654.010	649.735	704.399	757.335
Yatan Hasta Sayısı	23.692	24.112	24.266	23.944	24.743	24.179
Ameliyat Sayısı	32.046	33.264	34.100	35.907	41.335	41.482
Doğum Sayısı	648	793	860	873	1037	1041
Radyolojik Tetkik Sayısı	268.237	309.592	319.556	244.344	283.178	293.141
Laboratuvar Tetkik Sayısı	669.741	784.413	861.760	603.584	718.951	784.975
Acil Servis Müracaat Sayısı	110.226	114.210	118.647	121.267	147.037	155.049

8.3. İlgili Faaliyet Dönemine Ait Finansal Performans Göstergeleri

Tablo 7: 2009-2014 Yılları Arasındaki Finansal Performans Göstergeleri

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cari Oran	1	1,47	1	1,45	0,94	0,88
Asit Test Oranı	0,62	1,03	0,77	0,83	0,46	0,6
Nakit Oranı	0,18	0,08	0,06	0,01	0,01	0,05
Öz Sermayenin Aktif	0,17	0,43	0,19	0,44	0,18	0,27
Toplama Oranı						
Kaldıraç Oranı	0,83	0,57	0,81	0,56	0,82	0,73
Borçlar/Öz Sermaye Oranı	4,75	1,3	4,16	1,24	4,5	2,68
Stok Devir Hızı	11	16	22	4	7	12
Aktif Devir Hızı	3,05	4,04	3,54	2,55	4,09	4,88
Alacakların Ort. Tahsil	41	46	55	59	22	22
Süresi						
Net Kâr Marjı	-1,24	-0,89	-1,02	0,06	0,04	0,11
Toplam Aktiflerin Getiri	-3,8	-3,62	-3,61	0,17	0,17	0,52
Oranı						
Öz Sermaye Getiri Oranı	-21,87	-8,33	-18,64	0,37	0,93	1,91

8.4. Operasyonel Göstergelerle Finansal Göstergeler Arasındaki Korelasyon Matrisi***

Tablo 8: Operasyonel Göstergeler ile Finansal Göstergeler Arasındaki Korelasyon Matrisi

		Cari Oran	Asist Test Oranı	Nakit Oranı	Öz Sermayenin Aktif Toplama Oranı	Kaldıraç Oranı	Borçların Öz Sermayeye Oranı	Stok Devir Hızı	Aktif Devir Hızı	Alacak Ortalama Tahsil Süresi	Net Kâr Marjı	Toplam Aktiflerin Getiri Oranı	Öz Sermaye Getiri Oranı
Poliklinik hasta sayısı	R	-,754	-,600	-,667	,086	-,086	-,086	,029	,714	-,464	,714	,899	,829
	P	,084	,208	,148	,872	,872	,872	,957	,111	,354	,111	,015	,042
Acil Müracaat Sayısı	R	-,667	-,543	-,812	,257	-,257	-,257	-,257	,600	-,406	,886	,986	,943
	P	,148	,266	,050	,623	,623	,623	,623	,208	,425	,019	,000	,005
Ameliyat Sayısı	R	-,667	-,543	-,812	,257	-,257	-,257	-,257	,600	-,406	,886	,986	,943
	P	,148	,266	,050	,623	,623	,623	,623	,208	,425	,019	,000	,005
Yatak işgal oranı	R	,162	-,087	,000	-,377	,377	,377	,174	,116	-,088	-,464	-,353	-,232
	P	,759	,870	1,000	,461	,461	,461	,742	,827	,868	,354	,493	,658
Ortama Yatış Gün Sayısı	R	-,088	-,261	-,765	,290	-,290	-,290	-,754	,203	-,250	,638	,529	,696
	P	,868	,618	,077	,577	,577	,577	,084	,700	,633	,173	,280	,125
Yatan Hasta Sayısı	R	-,493	-,486	-,493	-,143	,143	,143	,257	,657	-,377	,257	,493	,486
	P	,321	,329	,321	,787	,787	,787	,623	,156	,461	,623	,321	,329
Hekim Sayısı	R	-,174	,143	-,464	,714	-,714	-,714	,086	,200	,203	,771	,754	,600
	P	,742	,787	,354	,111	,111	,111	,872	,704	,700	,072	,084	,208
Diğer Sağlık Personeli Sayısı	R	-,667	-,543	-,812	,257	-,257	-,257	-,257	,600	-,406	,886	,986	,943
	P	,148	,266	,050	,623	,623	,623	,623	,208	,425	,019	,000	,005
Doğum Sayısı	R	-,667	-,543	-,812	,257	-,257	-,257	-,257	,600	-,406	,886	,986	,943
	P	,148	,266	,050	,623	,623	,623	,623	,208	,425	,019	,000	,005
Radyoloji Tetkik Sayısı	R	-,029	,143	,319	-,029	,029	,029	,943	,486	-,058	-,200	-,087	-,086
	P	,957	,787	,538	,957	,957	,957	,005	,329	,913	,704	,870	,872
Laboratuvar Tetkik Sayısı	R	-,319	-,086	,203	-,086	,086	,086	,886	,600	-,203	-,029	,145	,086
	P	,538	,872	,700	,872	,872	,872	,019	,208	,700	,957	,784	,872

*: 0,05 yanılma payına anlamlı ilişki (çift yönlü), **: 0,01 yanılma payında anlamlı ilişki (çift yönlü),***: Spearman korelasyon testi

Finansal performans göstergeleri ile operasyonel performans göstergeleri arasındaki ilişkinin olup olmadığı gözlem sayısının az olması ve verilerin genellikle normal dağılım göstermemesi sebebiyle non-parametrik test olan Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. Buna göre;

Poliklinik hasta sayısı açısından bu sayı ile toplam aktiflerin getiri oranı arasında ($r=0,889$; $p<0,05$), öz sermaye getiri oranı arasında ($r=0,829$; $p<0,05$) anlamlı ilişki bulunmaktadır. Acil müracaat sayısı açısından bu sayı ile net kâr marjı arasında ($r=0,886$; $p<0,05$), toplam aktiflerin getiri oranı arasında ($r=0,986$; $p<0,01$), öz sermaye getiri oranı arasında ($r=0,943$; $p<0,01$) anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ameliyat sayısı açısından bu sayı ile net kâr marjı arasında ($r=0,886$; $p<0,05$), toplam aktiflerin getiri oranı arasında ($r=0,986$; $p<0,01$), öz sermaye getiri oranı arasında ($r=0,943$; $p<0,01$) anlamlı ilişki bulunmaktadır. Hekim dışı sağlık personeli sayısı açısından bu sayı ile net kâr marjı arasında ($r=0,886$; $p<0,05$), toplam aktiflerin getiri oranı arasında ($r=0,986$; $p<0,01$), öz sermaye getiri oranı arasında ($r=0,943$; $p<0,01$) anlamlı ilişki bulunmaktadır. Doğum sayısı açısından bu sayı ile net kâr marjı arasında ($r=0,886$; $p<0,05$), toplam aktiflerin getiri oranı arasında ($r=0,986$; $p<0,01$), öz sermaye getiri oranı arasında ($r=0,943$; $p<0,01$) anlamlı ilişki bulunmaktadır. Radyolojik tetkik sayısı ve laboratuvar tetkik sayısı açısından bu sayılar ile stok devir hızı arasında ($r=0,943$; $p<0,01$) ve ($r=0,886$; $p<0,05$) anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

Korelasyon analizinden elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde; poliklinik hasta sayısı, acil müracaat sayısı, ameliyat sayısı, doğum sayısı, hekim dışı personel sayısı göstergelerinin artması karlılık rasyolarını pozitif olarak etkilemektedir. Hastane içerisinde gerçekleştirilen acil ya da poliklinik hasta muayene sayısının artması ile hastanenin karlılığı artmakta, buna ek olarak hastanede gerçekleştirilen ameliyat sayısı ve doğum sayısı arttıkça hastanenin karlılığı artmaktadır. Hastane içinde radyolojik tetkik sayısı ve laboratuvar tetkik sayısı arttıkça hastanenin hizmet süreci yoğunluk kazanmaktadır, dolayısıyla sağlık hizmetinin yoğunluğu doğrudan stok devir hızının artmasına sebep olmaktadır.

9. SONUÇ VE ÖNERİLER

Genel olarak bir değerlendirme yapıldığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Kurumun kısa vadeli borçlarını ödemede zorluk yaşadığı ve fonların dengeli olarak kullanamadığı, aynı zamanda kurumun genel olarak bir nakit sıkıntısı yaşadığı söylenebilir. Bunun yanında kurum alacaklarını tahsil etmekte de sorun yaşamaktadır. Sağlık kurumunda yaşanan likit sıkıntısı 2013 yılından sonra iyileşme eğilimi göstermektedir.
- Sağlık kurumunun ödemelerinde mali zorluk yaşadığı, yabancı kaynakların işletmeye daha fazla katkıda bulunduğu ve kurumun emniyet marjının düşük olduğu yorumları yapılabilmektedir. Hastane için mali durum 2013 yılından sonra düzelmeye başlamıştır. Yani hastanenin 2013 yılından itibaren öz kaynak ağırlıklı bir finansman politikası izlemeye başladığı gözlemlenmektedir.
- Sağlık kurumunda risk oranının düşük olduğu, öz kaynakların verimli kullanıldığı, yani hastanede eldeki varlıklarla yüksek düzeyde gelir üretilebildiği ve kurumda kârlılık gözlendiği yorumları yapılabilmektedir. Ayrıca alacak tahsil süresinin daha çok azalan bir eğim göstermesi kredili alacakların düzenli ve kısa sürelerde tahsil edilebildiğini göstermektedir.
- Hastane kârlılık oranlarının genel olarak artan bir eğilim göstermesi hastane yönetiminin ve sağlık kurumunun sağlık hizmet üretimi ve sunumu konusunda başarılı olduğunun göstergesidir.
- Operasyonel göstergelerden poliklinik hasta sayısı, acil müracaat sayısı, ameliyat sayısı, diğer sağlık personeli sayısı ve doğum sayısı ile karlılık rasyoları olan net kar marjı, toplam aktiflerin getiri oranı ve öz sermaye getiri oranı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler elde edilmiştir.
- Radyolojik tetkik sayısı ve laboratuvar tetkik sayısı açısından bu sayılar ile stok devir hızı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler gözlemlenmiştir. Radyolojik tetkik sayısı ve laboratuvar tetkik sayısı arttıkça, stok devir hızı da artmıştır.

Sonuç olarak elde edilen veriler afilyasyon öncesi ve sonrasına göre kıyaslanacak olursa;

- Hastane afilyasyon öncesinde elinde daha fazla likit varlık bulundururken afilyasyondan sonra bulunduran likit varlık miktarı azalmıştır. Bu durum kurumdaki tıbbi aktivitelerin kesintiye uğrayabileceği, sağlık hizmeti sunumunda kaynak sıkıntıları yaşanabileceği anlamına gelmektedir.
- Hastane afilyasyon öncesinde daha fazla yabancı kaynak kullanırken afilyasyondan sonra kurumda yabancı kaynak kullanımını azalmış, özkaynak kullanımını artmış, diğer bir deyişle kurumun mali gücü afilyasyondan sonra artmaya başlamıştır.
- Hastane afilyasyon öncesinde kredili alacakların tahsilinde sorun yaşarken afilyasyondan sonra kurumda bu durum düzelmiş ve verimlilik afilyasyon sonrası artmıştır.
- Hastane afilyasyon öncesinde zararlı çalışırken afilyasyon sonrası varlıklar verimli ve etkili bir şekilde kullanılarak kâra geçilmiş, yönetimde ve sağlık hizmetinin üretilip dağıtılmasında başarı elde edilmiştir.

Bu göstergeler hastanenin afilyasyon sonrası daha olumlu bir finansal davranışa geçtiğini işaret etmektedir. Çalışmada yukarıda bahsedilen bazı operasyonel performans göstergelerinin özellikle net kâr marjı, toplam aktiflerin getiri oranı ve öz sermayenin getiri oranı olarak ayrıntılandırılan kârlılık durumunu gösteren finansal oranlarla arasında korelasyona rastlanması doğal karşılanmalıdır. Çünkü hastanenin hizmet üretim faaliyetini gösteren operasyonel performans verileri sonuçta hastanenin kâr/zarar durumunda etkili olmaktadır.

Ayrıca sonuçlardan da gözlemlenebildiği üzere hastane genel olarak likit sıkıntısı çekmekte ve kısa vadeli borçlarını ödemede zorluk yaşamaktadır. Afilyasyon sürecinden sonra bu durum düzelmeye başlamış görünse bile likidite analiz oranları ve finansal durum analizi oranları istenen seviyelerin altında kalmaktadır. Bu sebeple kurumda mali yapıyı güçlendirici politikalar izlenmeli, borçlanma azaltılmalı, sağlık hizmet sunumu sürecinde hastanenin tercih edilmesi sağlanmalıdır.

Bulunan bu eksiklik ve tehditler kurum açısından fırsat ve hedefe dönüştürülmelidir. Yani sağlık kurumu açısından, bu yorumlar finansal performansın geliştirilmesi amacıyla yapıcı ve pozitif yönlü olarak değerlendirilmelidir.

10. KAYNAKÇA

1. Ağırbaş, İ. (2014). *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
2. Ahgren, B.ve Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: A model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, 5 (31), 1-9.
3. Akal, Z. (2002). *İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi Çok Yönlü Performans Göstergeleri*. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.
4. Akdoğan, N. ve Tenker, N. (2007). *Finansal Tablolar ve Mali Analiz Teknikleri*. Ankara: Gazi Kitapevi.
5. Akgüç, Ö. (1998). *Finansal Yönetim*. İstanbul: Muhasebe Enstitüsü.
6. Alparslan, D., Gençtürk, M. ve Özgülbaş, N. (2015). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde İşletme Sermayesi İle Finansal Performans Göstergeleri Arasındaki İlişkinin Analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20 (1), 317-338.
7. Altuntaş, Y. (2007). *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*. Erişim: 3 Ocak 2016, <http://www.sdplatform.com/Dergi/60/Saglik-Bakanligi-egitim-ve-arastirma-hastaneleri-icin-egitimde-yeni-yapilanma-onerileri.aspx>
8. Avcı, K. (2014). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Finansal ve Operasyonel Performans Göstergeleri arasındaki İlişki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 17 (1), 1-20.
9. Axelson, R. (2002). Institutional Developments in Russian System of Social Security: Organizational and Interorganizational Aspects. *Social Policy and Administration*, 36 (2), 142-155.
10. Barrett, D. J. (2008). The Evolving Organizational Structure of Academic Health Centers: The Case of the University of Florida. *Academic Health Centers*, 83 (9), 804-808.

11. Bem, A., Prędkiewicz, K., Prędkiewicz, P. ve Ucieklak-Jeż, P. (2014). Determinants of Hospital's Financial Liquidity. *Procedia Economics and Finance*, 12, 27-36.
12. Bernstein, J. (2009). Issue Brief Impact of the Economy on Health Care. *Changes in Health Care Financing & Organization*, 1-8.
13. Berwick, D., Godfrey, A. ve Roessner, J. (2002). *Curing Health care: New Strategies For Quality Improvement*. San Francisco: CA: Jossey-Bass.
14. Chen, K. H. ve Shimerda, T. A. (1981). An Empirical Analysis of Useful Financial Ratios. *Financial Management*, 10 (1), 51-60.
15. Cleverley, W. O. (1993). *The 1993 Almanac of Hospital Financial & Operating Indicators*. Columbus, OH: The Center for Healthcare Industry Performance Studies (CHIPS).
16. Cleverley, W. O. ve Harvey, R. K. (1992a). Competitive Strategy for Successful Hospital Management. *Hospital & Health Services Administration*, 37 (1), 53-69.
17. Cleverley, W. O. ve Rohleder, H. (1985). Unique Dimensions of Financial Analysis Service Ratios. *Topics in Healthcare Fiana*, 11 (4), 81-88.
18. Cleverley, W. O., Song, P. H. ve Cleverley, J. O. (2011). *Essentials of Healthcare Finance Seventh Edition*. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
19. Cleverly, W. O. (1990). Improving Financial Performance:A Study of 50 Hospitals. *Hospital & Health Services Administration*, 35 (2), 173-187.
20. Cleverly, W. O. ve Harvey, R. K. (1992). Does Hospital Financial Performance Measure Up? *Healthcare Financial Management*, 46 (5), 20-25.
21. Conrad, D. A. ve Shortell, S. M. (1996). Integrated Health Systems: Promise and Performance. *Frontiers of Health Service Management*, 13 (1), 3-40.

22. Cowing, M., Davino-Ramaya C. M., Ramaya, K. ve Szmerekovsky, J. (2009). Health Care Delivery Performance:Service, Outcomes, and Resource Stewardship. *The Permanente Journal*, 13 (4), 72-78.
23. Çam, H. (2008). Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi: Karaman Devlet Hastanesi Örneği. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Selçuk Üniversitesi S. B. E. . Konya.*
24. Davies, H. T. ve Lampel, J. (1998). Trust in performance indicators? *Quality in Health Care*, 7 (3), 159-162.
25. Ercan, C., Dayı, F. ve Akdemir, E. (2013). Kamu Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans Değerlemesi: Kamu Hastaneleri Birlikleri Üzerine Bir Uygulama. *Asia Minor Studies-International Journal Of Social Sciences*, 1 (2), 54-71.
26. Freeman, T. (2002). Using Performance Indicators to Improve Health Care Quality in the Public Sector: A Review of the Literature. *Health Services Management Research*, 15 (2), 126-137.
27. Frenk, J. (Mayıs 2004). *OECD Observer*.Erişim:17 mayıs 2015, OECD.org: http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship_.html
28. Fuchs, V. R. (2015). Major Concepts of Health Care Economics. *Annals of Internal Medicine*, 162, 380-383.
29. Gider, Ö. (2011). Ekonomik Kriz Dönemlerinin Özel Hastanelere Etkileri: Bir Özel Hastanenin Oran Analizleri Yöntemiyle Finansal Performansına Bakış. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Öneri Dergisi*, 9 (36), 87-103.
30. Gider, Ö. (2004). Hastanelerde İndirgenmiş Nakit Akımı Yöntemi İle Firma Değerinin Tespiti ve Ekonomik Katma Değer(EVA) Yöntemine Göre Finansal Performansın Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi*. Ankara.

31. Giuffrida, A., Gravelle, H. ve Roland, M. (1999). Measuring Quality of Care with Routine Data: Avoiding Confusion Between Performance Indicators and Health Outcomes. *BMJ*, 319, 94-8.
32. Gombola, M. J. ve Ketz, J. E. (1983). A Note on Cash Flow and Classification Patterns of Financial Ratios. *The Accounting Review*, 58 (1), 105-114.
33. Hall, R. E. ve Jones, C. I. (2007). The Value of Life and The Rise in Health Spending. *NBER Working Paper Series*, 11 (E1), 2-42.
34. Halley, M. D. (2012). Integration From Structural to Functional. *Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 66 (6), 74-77.
35. Harris, J. M., Özgen, H. ve Özcan, Y. A. (2000). Do Mergers Enhance the Performance of Hospital Efficiency? *Journal of Operational Research Society*, 51 (7), 801-811.
36. Hassan, M. (2008). *Financial Analysis for Health Care Organizations*. England: John Wiley & Sons.
37. Hawkins, M. A. (1998). Clinical Integration Across Multiple Hospitals: the agony, the ecstasy. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 4 (1), 16-26.
38. Heo, J. ve Han, I. (2003). Performance Measure of Information Systems (IS) in Evolving Computing Environments: An empirical Investigation. *40* (4), 243-256.
39. Jonny, J. (2016). Efficiency Analysis of Financial Management Administration of ABC Hospital Using Financial Ratio Analysis Method. *Binus Business Review*, 7 (1), 65-69.
40. Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.

41. Knight, R. ve Bertoneche, M. (2000). *Financial Performance*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
42. Lawrence, P. R. ve Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12 (1), 1-47.
43. Leatt, P., Pink, G. H. ve Guerriere, M. (2000). Towards A Canadian Model Of Integrated Healthcare. *HealthcarePapers*, 1 (2), 13-35.
44. Lee, M. (2015). Financial Analysis of National University Hospitals in Korea. *Osong Public Health Res Perspect*, 6 (5), 310-317.
45. Li, L. X. ve Benton, W. C. (1996). Performance measurement criteria in health care organizations: Review and future research directions. *European Journal of Operational Research*, 93 (3), 449-468.
46. Lyngso, A. M., Godtfredsen, N. S. ve Frolich, A. (2016). Interorganisational Integration: Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System. *International Journal of Integrated Care*, 16 (1), 1-10.
47. Medimagazin. (16 Haziran 2016a). Erişim: 11 Kasım 2016, <http://www.medimagazin.com.tr/mevzuat/yonetmelik/tr-saglik-bakanligi-ve-universite-hastanelerinin-ortak-kullanimini-saglayan-afiliasyon-yonetmeligi-yayimlandi-80-94-70570.html>
48. Medimagazin. (16 Mayıs 2016). Erişim: 11 Kasım 2016 www.medimagazin.com.tr. <http://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-danistay-afiliasyon-yonetmeligini-durdurdu-11-681-70174.html>
49. Mulligan, J. A., Fox-Rushby, J. A., Adam, T., Johns, B. ve Mills, A. (2003). Unit Costs of Health Care Inputs in Low and Middle Income Regions. *DCPP Working Paper*, 6, 1-56.

50. Naranjo-Gil, D., Hartmann, F. ve Maas, V. S. (2008). Top Management Team Heterogeneity, Strategic Change and Operational Performance. *British Journal of Management*, 19 (3), 222-234.
51. Nerenz, D. R.ve Neil, N. (2001). Performance Measures for Health Care Systems. *Commissioned Paper for the Center for Health Management Research*, 1-38.
52. Ovseiko, P. V., Davies, S. M. ve Buchan, A. M. (2010). Organizational Models of Emerging Academic Health Science Centers in England. *Academic Medicine*, 85 (8), 1282-1289.
53. Özgülbaş, N., Koyuncugil, A. S., Duman, R. ve Hatipoğlu, B. (2008). Özel Hastane Sektörünün Finansal Değerlendirmesi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 40, 120-131.
54. Öztürk, P. D. (Aralık, Ocak, Şubat 2012-2013). Eğitim Üniversitenin, Hastane Yönetimi Profesyonellerin Olmalı. 32-37. (Ö. Çakkal, Röportajı Yapan)
55. Pardes, H. ve Pincus, H. A. (2010). Commentary: Models of Academics-Clinical Partnerships: Goods, Better, Best. *Academic Medicine*, 85 (8), 1264-1265.
56. Phillips, S. E. ve Rubenstein, A. H. (2008). The Changing Relationship Between Academic Health Centers and Their Universities: A Look at the University of Pennsylvania. *Academic Health Centers*, 83 (9), 861-866.
57. ResmiGazete. (3 Mayıs 2014). Erişim: 11 Aralık 2016, www.resmigazete.gov.tr.
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140503-3.htm>
58. Sağlık Bakanlığı. (2011). Erişim: 03 Ocak 2016, www.resmigazete.gov.tr.
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110218-3-1.htm>

59. Sara, S., Rebecca, R.ve Benedict, R. (2011). *What is Integrated Care*. Nuffield Trust.
60. sbu.saglik.gov.tr. (2002). *Hastane Yönetimi Eğitimi Referans Notları*.Erişim: 1 Haziran 2016, sbu.saglik.gov.tr: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/hasyonegt.pdf>
61. Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, M. K. ve Mitchell, J. B. (1996). *Remaking Health Care in America:Building Organized Delivery Systems*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
62. Siregar, S. (2013). *Safety in cardiac surgery*. Utrecht, Hollanda: Utrecht Üniversitesi Doktora Tezi.
63. Strandberg-Larsen, M. (2011). *Measuring Integrated Care*. *Danish Medical Bulletin*, 58 (2), 1-22.
64. Sultz, H. A. ve Young, K. M. (2014). *Hospitals: Origin, Organization and Performance*. *Sekizinci Baskı* (s. 69-119). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
65. Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E. ve Armitage, G. D. (2010). *Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration*. *Healthc Q.*, 13, 16-23.
66. Taylor, G. M. (2012). *The Value of Key Performance Indicators for Healthcare Providers*. *The Performance Management Group LLC*, 1-13.
67. TTB. (2014). Erişim: 03 Ocak 2016, www.izmirtabip.org.tr. [www.izmirtabip.org.tr: http://www.izmirtabip.org.tr/userfiles/RAPOR.pdf](http://www.izmirtabip.org.tr/userfiles/RAPOR.pdf)
68. TTB. (13 EKİM 2016). Erişim: 11 Kasım 2016, www.ttb.org.tr. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/birliktekullanim-6330.html>
69. TUİK. (2016). Erişim: Ağustos 28, 2016, www.tuik.gov.tr. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>

70. Uğurluoğlu, Ö. (2015). Üniversite Hastanelerinde Uygulanan Organizasyon Yapılarının Değerlendirilmesi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 52-63.
71. Walburg, J., Bevan, H., Wilderspin, J. ve Lemmens, K. (2006). *Performance Management in Health Care: Improving patient outcomes: an integrated approach*. London and New York: Taylor & Francis Group.
72. Wartman, S. A. (2007). *The Academic Health Center: Evolving Organizational Models*. Erişim: 07 Ocak 2016, aahci.org: http://aahci.org/policy/reddot/AAHC_Evolving_Organizational_Models.pdf
73. Watkins, A. L. (2000). Hospital Financial Ratio Classification Patterns Revisited: Upon Considering Nonfinancial Information. *Journal of Accounting and Public Policy*, 19 (1), 73-95.
74. WHO. (2008). *Integrated Health Services- What and Why*. Technical Brief.
75. Yli-Olli, P.ve Virtanen, I. (1986). Classification Pattern of Financial Ratios; a Comparative Analysis Between US and Finnish Firms on the Aggregate Level. *The Finnish Journal of Business Economics*, 2, 112-132.
76. Zeller, T. L., Stanko, B. B.ve Cleverley, W. O. (1996). A Revised Classification Pattern of Hospital Financial Ratios. *Journal of Accounting and Public Policy*, 15 (2), 161-182.
77. Zuckerman, A. M. (2000). Creating a Vision for the Twenty-First Century Healthcare Organization. *Journal Healthcare Management*, 45 (5), 294-305.

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : MERYEM DEMİRTAŞ

Doğum Yeri : AHLAT

Doğum Yılı : 1987

Medeni Hali : BEKAR

EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER

Lise 2001-2004 : ÖZEL SERHAT FEN LİSESİ

Lisans 2004-2009 : KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ \ MATEMATİK

Yabancı Dil : İNGİLİZCE

MESLEKİ BİLGİLER

2009-2011: Kültür Dershanesi Matematik Öğretmenliği (Van)

2012-2014 : Gürpınar Toplum Sağlığı Merkezi (Van)

2014-.... : Kavaklıdere İlçe Devlet Hastanesi (Muğla)