



T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

**KAMU SAĞLIK İŞLETMELERİNDE
FİNANSAL PERFORMANSIN İNCELENMESİ:
HATAY İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNDE
BİR UYGULAMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

İlknur KARAKAYA

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Gülhan SUADİYE

Hatay-2019



T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

**KAMU SAĞLIK İŞLETMELERİNDE
FİNANSAL PERFORMANSIN İNCELENMESİ:
HATAY İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNDE
BİR UYGULAMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

İlknur KARAKAYA

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Gülhan SUADİYE

Hatay-2019

ONAY

İlknur KARAKAYA tarafından hazırlanan “**KAMU SAĞLIK İŞLETMELERİNDE FİNANSAL PERFORMANSIN İNCELENMESİ: HATAY İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNDE BİR UYGULAMA**”adlı bu çalışma jüri tarafından lisansüstü öğretim yönetmeliğinin ilgili maddelerine göre değerlendirilip oybirliği/oyçokluğu ile **İŞLETME ANABİLİM DALINDA YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

22/08/2019

Jüri Üyeleri	İmza
Dr. Öğretim Üyesi Gülhan SUADIYE (Tez Danışmanı-Başkan)	
Doç. Dr. Kayahan TÜM (Üye)	
Dr. Öğretim Üyesi Cemil SÜSLÜ (Üye)	

İlknur KARAKAYA tarafından hazırlanan “**Kamu Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın İncelenmesi: Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliğinde Bir Uygulama**” adlı tez çalışmasının yukarıda imzaları bulunan jüri üyelerince kabul edildiğini **onaylarım.**

Doç. Dr. Mustafa Onur KAN
Enstitü Müdürü

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile bu tezde yer alan tüm bilgilerin tamamının akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Söz konusu kural ve ilkelerin gereği olarak tezde yararlandığım eserlerin tamamına uygun bir şekilde atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. (22/08/2019)

İlknur KARAKAYA

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasının amacı, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu sağlık işletmelerinin varlıklarını ne derece etkin kullandıkları, finansal başarı durumları, Kamu Hastane Birliği'nin kurulmasıyla finansal performanslarının nasıl etkilendikleri ortaya koymaktır. Çalışmanın ilk bölümünde sağlık hizmetleri ve sağlık işletmeleri kavramları ele alınmıştır. İkinci bölümünde kamu sağlık işletmelerinin finansal yapı, finansal performans kavramları ve yöntemleri ele alınmıştır. Üçüncü bölümde ise kamu sağlık işletmelerinin finansal performansını ve bunu etkileyen unsurları değerlendirmeye yönelik araştırma süreci, araştırmanın bulguları ve sonuçları yer almaktadır.

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde değerli bilgilerini paylaşan, bana yardımcı olan, anlayış ve sabrını benden esirgemeyen, her aşamada bilgisi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, beni titizlikle yönlendiren değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Gülhan SUADİYE'ye desteği ve ilgisinden dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca ilgi ve bilgilerini benimle paylaşıp ufku genişleten Mustafa Kemal Üniversitesi İİBF İşletme Bölümü değerli öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Tez çalışmam süresince desteğini her zaman hissettiğim, her daim yanımda olan anlayışları, özverileri ve sevgileri ile beni yetiştiren biricik annem Rakkuş CİHANGİR'e ve kıymetli babam Nurittin CİHANGİR'e, ihtiyaç duyduğum zamanlarda bana güç veren sevgili eşim Sefa KARAKAYA'ya, yüksek lisans süresi boyunca zamanını çaldığım biricik oğlum Cihangir'e, kıymetli aileme ve mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İlknur KARAKAYA

Hatay, 2019

KAMU SAĞLIK İŞLETMELERİNDE FİNANSAL PERFORMANSIN İNCELENMESİ: HATAY İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNDE BİR UYGULAMA

İlknur KARAKAYA
İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019
Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Gülhan SUADİYE

ÖZET

Ülkemizde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde başlatılan sağlık reformu çalışmaları ile sağlık işletmeleri yeniden yapılandırılmıştır. Bu yeni yapılanma, sağlık hizmet sunumunda önemli bir paya sahip olan kamu sağlık işletmelerinin finansal performansını etkileyen önemli değişikliklere neden olmuştur.

Bu bağlamda, bu tez çalışmasının amacı; Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu sağlık işletmelerinin finansal performansını ve bu performansı etkileyen faktörleri incelemek ve 2012 Ekim ayında fiilen kurulan kamu hastaneleri birliği yapısının kamu sağlık işletmelerinin finansal performansı üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Bu amaçla, Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı 14 kamu sağlık işletmesinin 2008-2016 yılları arasındaki finansal performansı göstergeleri oran analiz yöntemiyle ölçülmüş ve değerlendirilmiştir. Bunun yanında, hasılat, maddi duran varlıklar, finansal kaldıraç oranı, net çalışma sermaye oranı, faaliyet süresi, personel sayısı ve kamu hastaneleri birliğinin varlıkların getirisi üzerindeki etkileri de regresyon analiz yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Oran analizi sonuçları, kamu sağlık işletmelerinin Kamu Hastaneleri Birliği kurulmadan önceki dönemler itibarıyla, varlıklarını kaynaklar kadar etkin ve verimli kullanmadıklarını, Birliğin kaynaklar üzerinde daha etkin ve verimli olduğunu ortaya koymuştur. Regresyon analizi ise; hasılat, maddi duran varlıklar, net çalışma sermaye oranı ve kamu hastaneler birliğinin kamu sağlık işletmelerinin varlıklarının getirisini olumlu etkilediğini ancak finansal kaldıraç oranının varlıkların getirisini olumsuz etkilediğini ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, Birlik kurulduktan sonra faaliyet süresinin varlıkların getirisi üzerinde olumlu bir etkisinin

olduğu, ancak personel sayısının aktiflerin getirisi üzerinde hiçbir etkisinin olmadığı saptanmıştır.

ANAHTAR KELİMELELER

Kamu Sağlık İşletmesi, Kamu Hastaneleri Birliği, Finansal Performans, Oran Analizi, Regresyon Analizi



**INVESTIGATION OF FINANCIAL PERFORMANCE IN PUBLIC
HEALTH ENTERPRISES: A STUDY ON THE PUBLIC HOSPITAL
ASSOCIATION OF HATAY**

İlknur KARAKAYA

Master's Thesis, Business Administration Department, 2019

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Gülhan SUADIYE

ABSTRACT

In Turkey, health enterprises were restructured through the health reform studies initiated within the framework of the Health Transformation Program in 2003. This restructuring has led to significant changes that affecting the financial performance of public health enterprises, which have an important share in health care provision.

In this context, the aim of this thesis is to examine the financial performance of public health enterprises affiliated to the Ministry of Health and the factors affecting this performance and to reveal the effect of the structure of public hospitals association, established in October 2012, on the financial performance of public health enterprises. For this purpose, the financial performance indicators of 14 public health enterprises which affiliated to Hatay Provincial Public Hospitals Association between 2008 and 2016 was measured and evaluated using ratio analysis method. In addition, the effects of revenue, tangible fixed assets, financial leverage ratio, net working capital ratio, operating year, number of personnel and public hospital association on the return on assets were also examined by using regression analysis method. The results of the ratio analysis showed that public health enterprises did not use their assets as effectively and efficiently as resources before the establishment of Public Hospitals Association. Regression analysis revealed that revenue, tangible fixed assets, net working capital ratio and public hospitals union had positive effects on the return of assets of public health enterprises but financial leverage ratio had

negative effects on return on assets. Furthermore, it was found that operating year had a positive effect but the number of staff had no effect on the return on assets after the establishment of the Association.

KEY WORDS

Public Health Enterprise, Public Hospitals Association, Financial Performance, Ratio Analysis, Regression Analysis.



İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT.....	II
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ	IX
GRAFİKLER LİSTESİ.....	X
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XI
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK İŞLETMELERİ

1.1. Hastalık, Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları	4
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacı ve Özellikleri	5
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	6
1.3.1. Dünya’da Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	6
1.3.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	8
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	13
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	13
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	14
1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	15
1.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	15
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Kullanımı ve Finansmanı	16
1.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	16
1.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımı Etkileyen Faktörler.....	17
1.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	18
1.6. Sağlık Hizmet Sunucusu Olarak Sağlık İşletmeleri	26
1.6.1. Sağlık İşletmesi Kavramı ve Özellikleri	27
1.6.2. Türkiye’de Sağlık İşletmeleri ve Görevleri.....	28
1.6.2.1. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Görevleri.....	29
1.6.2.2. Türkiye’de Birinci, İkinci ve Üçüncü Sağlık İşletmeleri.....	30
1.7. Sağlık İşletmesi Olarak Hastane Kavramı ve Sınıflandırılması.....	31

1.8. Türkiye’de Kamu Hastaneleri Birlikleri Sağlık İşletmesi Modeli	36
---	----

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU SAĞLIK İŞLETMELERİNDE FİNANSAL YAPI VE FİNANSAL PERFORMANS

2.1. Sağlık İşletmelerinin (Hastanelerin) Finansal Yapısı.....	40
2.1.1. Kamu Hastanelerinin Finansal Yapısı.....	41
2.1.2. Hastanelerde Finansman Modeli Olarak Kamu Özel Ortaklığı	43
2.2. Sağlık İşletmelerinde Performans Kavramı ve Boyutları	44
2.2.1. Sağlık İşletmelerinde Performans Kavramı	44
2.2.2. Sağlık İşletmelerinde Performans Boyutları	45
2.3. Sağlık İşletmelerinde Performans Değerleme.....	50
2.3.1. Performans Değerlemenin Amacı ve Yararları.....	50
2.3.2. Performans Değerleme Yaklaşımları	53
2.3.2.1. Geleneksel (Klâsik) Performans Değerleme Yaklaşımları.....	54
2.3.2.2. Modern (Çağdaş) Performans Değerleme Yaklaşımları.....	56
2.4. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans.....	62
2.4.1. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans Kavramı.....	62
2.4.2. Finansal Performansın Ölçülmesinin Önemi	63
2.4.3. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans Göstergeleri	65
2.4.4. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansı Etkileyen Faktörler.....	68
2.4.4.1. Kurumsal Faktörler.....	68
2.4.4.2. Çevresel Faktörler.....	70
2.4.5. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansı Arttırma Yöntemleri.....	72
2.4.6. Finansal Performans Ölçümünde Kullanılan Yöntemler	76
2.4.7. Sağlık İşletmelerinde Kullanılan Finansal Performans Analiz Yöntemleri..	80
2.4.7.1. Oran Analizi.....	80
2.4.7.2. Regresyon Analizi.....	82
2.4.7.3. Veri Zarflama Analizi.....	83
2.4.7.4. Ekonomik Katma Değer Analizi.....	86
2.5. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık İşletmelerinin Finansal Performansa Yönelik Yapılan Çalışmalar	87

2.5.1. Dünya’da Sağlık İşletmelerinin Finansal Performansına Yönelik Yapılan Çalışmalar.....	87
2.5.2. Türkiye’de Sağlık İşletmelerinin Finansal Performansına Yönelik Yapılan Çalışmalar.....	89

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNE BAĞLI SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL PERFORMANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ ÜZERİNE HATAY’DA BİR UYGULAMA

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	93
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	94
3.3. Araştırmanın Kapsamı ve Veriler	97
3.4. Araştırmanın Yöntemi.....	98
3.4.1. Oran Analizi ve Bulguları	98
3.4.2. Çoklu Regresyon Analizi ve Bulgular	108
3.4.2.1. Değişkenler ve Çoklu Regresyon Modelleri.....	108
3.4.2.2. Çoklu Regresyon Modellerinin Analizi Ve Bulgular.....	110
3.4.2.2.1. Tanımlayıcı İstatistikler.....	110
3.4.2.2.2. Korelasyon Analizi.....	113
3.4.2.2.3. Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi.....	115
SONUÇ VE TARTIŞMA.....	122
KAYNAKÇA.....	126

TABLolar LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi Kurumları.....	8
Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	13
Tablo 3. Türkiye’de Hastanelerin Yatak Sayısına Göre Dağılımı (2014)	33
Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Finansal Performans Göstergeleri ve Formülasyonu	99
Tablo 5. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği’nin 2008-2016 Yılları Finansal Performans Gösterge Oranları.....	99
Tablo 6. Çalışmada Kullanılan Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	109
Tablo 7. 2008-2016 Yıllarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler.	111
Tablo 8. 2008-2012 Yıllarına Ait Birlik Öncesi Tanımlayıcı İstatistikler	111
Tablo 9. 2013-2016 Yıllarına Ait Birlik Sonrası Tanımlayıcı İstatistikler	112
Tablo 10. 2008-2016 Yıllarına Ait Korelasyon Analizi.....	114
Tablo 11. 2008-2012 Yıllarına Ait Birlik Öncesi Korelasyon Analizi	114
Tablo 12. 2013-2016 Yılları Birlik Sonrası Korelasyon Analizi	115
Tablo 13. 1. Modelin Analiz Sonuçları.....	117
Tablo 14. 2. Modelin Analiz Sonuçları	118
Tablo 15. Hipotezlerin Sonuç Tablosu	120

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	16
Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Üçgeni.....	19
Şekil 3. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Çerçevesi.....	20
Şekil 4. Cepten Ödeme Yöntemi.....	21
Şekil 5. Özel Sağlık Sigortası Yöntemi.....	22
Şekil 6. Zorunlu Sosyal Sigorta Yöntemi	23
Şekil 7. Genel Vergilerle Finansman Yöntemi	25
Şekil 8. Bütünleştirilmiş Finansman Modeli.....	26
Şekil 9. Mülkiyet Esasına Göre Hastanelerin Sınıflandırılması.....	32
Şekil 10. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumlarına Göre Hastane Grupları	35
Şekil 11. Performans Boyutları ve İlişkileri.....	46
Şekil 12. Davranış Değerleme Ölçeği	56
Şekil 13. Geleneksel ve Modern Performans Yaklaşımlarının Karşılaştırılması.....	57
Şekil 14. Balanced Scorecard ve Boyutları.....	58
Şekil 15. Performans Piramidi	60
Şekil 16. Mükemmellik Modeli	62
Şekil 17. Finansal Performans Göstergeleri.....	66
Şekil 18. Finansal Performans Ölçüm Yöntemlerinin Karşılaştırılması.....	79
Şekil 19. Ekonomik Katma Değer Analizi.....	87

GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa

Grafik 1. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Aktiflerin Kârlılığı	100
Grafik 2. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Özkaynakların Kârlılığı	101
Grafik 3. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Maddi Duran Varlıklarının Toplam Varlıklara Oranı	102
Grafik 4. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Cari Oran.....	103
Grafik 5. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Net Çalışma Sermaye Oranı.....	104
Grafik 6. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Stok Devir Hızı	105
Grafik 7. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Alacak Devir Hızı.....	106
Grafik 8. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Finansal Kaldıraç Oranı.....	107

KISALTMALAR LİSTESİ

ADSM	Ağız Diş Sağlığı Merkezi
AKAR	Aktiflerin Kârlılığı
AMATEM	Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
BSC	Balance Scorecard
ÇKYS	Çekirdek Kaynaklı Yönetim Sistemi
EKD	Ekonomik Katma Değer Analizi
EWiews	İstatistik Paket Programı
FSURE	Faaliyet süresi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Oranı
H	Hipotez
HASTB	Kamu Hastaneler Birliği
HSLT	Hasılat
IMF	International Monetary Fund
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCI	Joint Commission International
KALD	Finansal Kaldıraç Oranı
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
MDV	Maddi Duran Varlık
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
MKYS	Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi
NÇSO	Net Çalışma Sermaye Oranı
PERS	Personel sayısı
ROA	Return On Assets
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSGSSK	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
SYGM	Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDMS	Tek Düzen Muhasebe Sistemi

TSHGM Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼
TSİM Temel Sağlık İstatistikleri Mod¼l¼
T¼İK T¼rkiye İstatistik Kurumu
VZA Veri Zarflama Analizi



GİRİŞ

Son yıllarda sağlık hizmeti alanların beklentilerinin artmasıyla sağlık sektöründe önemli gelişmeler yaşanmıştır. Yaşanan bu gelişmeler sağlık hizmeti sunan işletmelerde de önemli gelişme ve değişmelerin yaşanmasına, sağlık reformu adı altında sağlıkta iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının yapılmasına neden olmuştur. Ülkemizde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında başlatılan sağlık reformu çalışmaları sağlık işletmelerinin girdi maliyetlerinin artmasını da beraberinde getirmiştir. Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla oranı (GSYH) ve devlet bütçesinden karşılanan sağlık harcaması oranı oldukça fazladır (Yiğit, 2016: 9). 2017 Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı %4,5 olup, sağlık harcamalarının %78'i devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Türkiye'de sağlık alanında yapılan harcamalarının büyük kısmı kamu sağlık işletmeleri tarafından kullanılmaktadır. Bu durum sağlık işletmelerinin kaynaklarını etkin ve verimli kullanmasını ülke ekonomisi açısından da zorunlu kılmaktadır.

Sağlık sektöründe kamu sağlık işletmelerinin dışında özel sağlık işletmelerinin faaliyet göstermesi ve sağlık işletmelerinin sayısının gün geçtikçe artması sağlık işletmeleri arası rekabeti kaçınılmaz hale getirmiştir.

Kâr amacı gütmeyen kamu sağlık işletmelerinin esas amacı, eldeki kıt kaynaklarla etkin ve verimli en üst düzeyde sağlık hizmeti sunmak iken; özel sağlık işletmeleri ise bu amaçlarının yanısıra kâr maksimizasyonu sağlayarak firma değerini arttırmaya çalışırlar.

Kamu sağlık işletmelerinin etkin ve verimli hizmet sunma amacı, sağlık reform çalışmaları ile yeni bir boyut kazanmıştır (Çam, 2016: 15). Ülkemizde 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve 2011 yılında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile kabul edilen Kamu Hastaneleri Birlikleri Yasası kamu sağlık işletmelerini sosyal fayda sağlamanın yanısıra kâr elde etme misyonu da yüklemiştir. Bu misyon 2012 yılı Ekim ayında 81 ilde Kamu Hastaneleri Birliklerinin fiilen kurulmasıyla zorunlu hale gelmiştir. Bu yeni yapılanma ile kamu sağlık işletmelerinin; gelir-gider dengesini sağlayabilen, kaynaklarını etkin ve verimli kullanabilen, sunduğu sağlık hizmetlerinden elde ettikleri gelirleri ile kendini finanse edebilen işletmeler olmaları amaçlanmıştır. Böylece bu yeni yapılanma

sayesinde kamu sağlık işletmelerinin yönetsel ve mali yönden özerk olması sağlanmaya çalışılmıştır (Akdağ, 2012: 395).

Neoliberal politikalar çerçevesinde uygulanan sağlık sektöründeki yeni yapılanma; kamu sağlık işletmelerini özel sağlık işletmelerine yakınlaştırarak aynı rekabet ortamında hizmet sunmalarını da beraberinde getirmiştir (Ercan, Dayı ve Akdemir, 2013: 56). Sağlık sektöründe artan bu rekabet koşulları, değişim ve gelişim sürecinin getirdiği mali yük, kaynakların etkin ve verimli kullanım zorunluluğu sağlık işletmelerinin teknik ve finansal açıdan performanslarının değerlendirilmesinide zorunlu kılmıştır.

Türkiye’de 2017 TÜİK verilerine göre Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık işletme sayısı 1518’dir. Bu işletmelerin Sağlık Bakanlığı’na bağlı 879 ‘u kamu sağlık işletmesi, 68’i niversiteye bağlı sağlık işletmesi ve 571’i ise özel sağlık işletmesidir. Grldğu gibi Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu sağlık işletmeleri Türkiye’deki toplam sağlık işletmelerinin yaklaşık %58’ini oluşturmaktadır (TÜİK, 2017). Kamu sağlık işletmelerinin sahip olduğu büyük pay finansal performans açıdan değerlendirilmesini daha önemli hale getirmektedir. Nitekim sağlık harcamaları ülke ekonomisi açısından oldukça önemli bir paya sahip iken, kamu sağlık işletmelerinin kaynaklarını etkin ve verimli kullanması, atıl kaynaklarını daha önemli alanlara yönlendirmesi ve etkin finansal yöntemler kullanması ülke ekonomisi açısından da oldukça önemlidir. Gelirlerini arttıran, giderlerini minimize eden kamu sağlık işletmeleri; sağlık harcamalarındaki kamunun yükünü azaltmada son derece etkili rol oynamaktadır.

Bu çalışmanın amacı; Sağlıkta Dönüşüm Programı erevesinde Ekim 2012 tarihinde fiilen kurulan Kamu Hastaneleri Birlikleri’nin uygulamaya geçilmeden önceki ve sonraki dönemde, Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği’ne bağlı sağlık işletmelerinin finansal performansının ölçülmesi ve değerlendirilmesidir. Bu alışmada Hatay İli Kamu Hastaneleri’ne bağlı 14 sağlık işletmesinin 2008-2016 dönemindeki finansal performansları ölçülerek değerlendirilmiştir. Bu yönüyle alışma Kamu Hastaneleri Birliklerinin kurulmasıyla kamu sağlık işletmelerinin finansal performanslarının nasıl etkilendiklerini ortaya koyarak bu yapılanmanın sağlık işletmeleri üzerinde etkili olup olmadığıkonusunda yol gösterici olacaktır.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde sağlık hizmetleri kavramı, sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi, sınıflandırılması,

kullanımı, finansmanı, sağlık işletmeleri kavramı, sağlık işletmelerinin sınıflandırılması ve Türkiye’de sağlık işletmeleri modelleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde; sağlık işletmelerinin finansal yapısı, sağlık işletmelerinde performans kavramı ve boyutları, sağlık işletmelerinde performans değerlendirme, sağlık işletmelerinde finansal performans kavramı ve yöntemleri ile Dünya’da ve Türkiye’de sağlık işletmelerinin finansal performansına yönelik yapılan çalışmalar açıklanmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı 14 kamu sağlık işletmesinin 2008-2016 yılları finansal performansının değerlendirilmesine yönelik yapılan araştırmanın amacı, gereç ve yöntemleri, elde edilen bulgular ve sonuç olarak tartışma ve sonuç bölümü yer almıştır.



BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK İŞLETMELERİ

Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmetleri kavramı, sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi, sınıflandırılması, kullanımı, finansmanı, sağlık işletmeleri kavramı, sağlık işletmelerinin sınıflandırılması ve Türkiye’de sağlık işletmeleri modelleri açıklanmıştır.

1.1. Hastalık, Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları

Sağlık ve hastalık kavramları; toplumdan topluma hatta aynı toplumun farklı kesimlerine göre değişiklik gösteren tanımlanması oldukça zor kavramlardır. Bu kavramlar toplumu oluşturan bireylerin yaşına, cinsiyetine, kültürüne, statüsüne ve hatta içinde buldukları zamana göre farklı şekilde algılanır. Sağlık hizmetleri kavramı ise geçmişten günümüze sürekli gelişerek değişen sağlık ve hastalık kavramlarından ayrı düşünülemeyen bir kavramdır. Bu kısımda hastalık, sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları kısaca açıklanmaya çalışılmıştır.

Hastalık, çeşitli faktörlerin organ ve sistemlerde yaptıkları fizyolojik değişiklikler sonucu organ ve sistemlerin işlevlerini yapamaz hale gelmesi, sağlığın bozulması halidir. Hastalık, bireyin istemi dışında gelişen istenmeyen bir durumdur. Hastalık halinde birey toplum içerisindeki sosyal sorumluluk ve görevlerini yerine getiremez. Özellikle kronik hastalıklarla birlikte birey çalışamaz hale gelebilir. Bireyin kendisini ve çevresini olumsuz etkileyen hastalık hali aynı zamanda toplumun maddi kaynaklarının tedavi ve rehabilite edici süreçte harcanmasına sebep olan olumsuz bir olgudur (Yıldız, 2013: 5).

Sağlık kavramı geçmiş dönemde ve geleneksel anlayışta sadece hastalık ve sakatlığın olmaması olarak tanımlanmıştır. Ancak sağlık fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri olan çok boyutlu bir kavramdır (Capra, 1992: 368). Bu nedenle günümüzde sağlık çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmaktadır.

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün tüzüğüne göre sağlık; yalnız hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlığı holistik bir yaklaşımla ele alan bu tanım, aynı zamanda sağlığın çok boyutlu bir olgu olduğunu da vurgulamaktadır (Çoşgun ve Topuzoğlu, 2006: 47-49).

1986 yılında sađlđın teŖviki ve geliŖtirilmesi için imzalanan Ottawa SzleŖmesi'nde ise sağlık; günlük yaŖam için gerekli barınma, gıda, huzur, gelir, eğitim, istikrarlı bir ekosistem, sosyal adalet ve sürdürülebilir kaynaklar üzerine kurulan sosyal ve kiŖisel kaynakların yanında fiziksel kapasiteleri ne çıkaran pozitif bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre sađlđın iyileŖtirilmesi ve geliŖtirilmesi yalnızca sağlık sektörünün değil, toplumun her kesiminin sorumluluğundadır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TSHGM), 2011: 1).

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumların sađlđını korumak ve geliŖtirmek; hastalıkların oluŖmasını engellemek; hastalık nedeniyle sakatlanan bireylere tıbbi ve sosyal rehabilite edici hizmetler sunarak bireylerin kaliteli, mutlu ve huzurlu bir yaŖam sürmesini sağlamak ve toplumun sağlık refah düzeyini yükseltmek için yapılan planlı alıŖmaların bütünüdür (ztek, 2001: 295). Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi sađlđın korunması, geliŖtirilmesi, sađlđı olumsuz etkileyen faktörlerin giderilmesi, tanı ve tedavi, rehabilite edici iŖlemler ve sağlık eğitimi sağlık hizmetlerinin içeriğini oluŖturur (Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), 2015: 3).

Sağlıklı yaŖam hakkı günümüzde sosyal refah anlayıŖı benimseyen devletler tarafından temel insan hakkı olarak görülmekle beraber, sađlđın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, sosyal ve rehabilite edici hizmetler kamu hizmeti olarak stlenilmiŖtir (elikay ve GmŖ, 2011: 56).

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacı ve zellikleri

Sağlık hizmetleri; sağlıklı bireyler, ekonomik ve sosyal açıdan güçlü toplumlar sağlamak amacıyla kamu veya özel sektör tarafından sunulan hizmetlerdir (Yıldız, 2013: 6-7). Sağlık hizmetlerinin temel amacı; sađlđı korumak, tedavi etmek ve rehabilite etmektir. Kamu veya özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri bazı özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetlerini diğer hizmet sektörlerinden ayıran temel özellikler, aŖađıdaki gibi sıralanabilir (Tengilimoğlu, IŖık ve Akbolat, 2017: 73-78):

- Sağlık hizmetleri, toplumun tüm kesimini ilgilendiren, nerede, ne zaman, ne lde ve kim tarafından isteneceği belli olmayan tüketime tesadüfi olan hizmetlerdir.
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi olmadığından ihtiyaç duyulan yüksek maliyetli bir sağlık hizmeti daha dŖk maliyetli bir sağlık hizmeti ile yer deđiŖtirilemez.

- Sağlık hizmetleri, ihtiyaç duyulduğu anda karşılanmak zorundadır, ertelenemez.
- Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler. Sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin bu hizmeti deneyimleme şansı yoktur. Sağlık hizmetlerinden sağlanan doyum ve kalitenin önceden belirlenmesi zordur.
- Sağlık hizmetlerinin amacı, bireylerin sağlık düzeyini yükseltmek olduğundan hizmet çıktısı doğrudan paraya çevrilemez.
- Sağlık hizmetlerinin garantisi olmadığından hizmette yaşanan en küçük bir aksaklık bireylerin ölümüyle sonuçlanır.
- Sağlık hizmetlerinin yeterli ve kaliteli olması toplumsal fayda sağlarken, yetersiz ve kalitesiz oluşu topluma zarar verebilir.
- Sağlık hizmetlerinin birey ve topluma sağladıkları doğrudan yatırım olup, ek bir çaba ile kar unsurlarının yatırıma dönüştürülmesine gerek kalmaz.
- Sağlık hizmetleri depolanmadığından kapasite, talebin en yüksek olduğu düzeye göre belirlenir.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetleri gerek hizmet sunum biçimi ve anlayışı gerekse teknolojik açıdan sürekli değişim ve gelişim içerisinde olmuştur. Sağlık hizmetlerinin dünyada ve ülkemizdeki gelişimi aşağıda kısaca belirtilmiştir.

1.3.1. Dünya’da Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Dünyada sağlık hizmetlerinin gelişimini mistik dönem, polifarmasi dönem, etiyolojik tedavi dönemi ve çağdaş dönem olmak üzere dört döneme ayırabiliriz. Mistik dönem; ilk çağlarda sağlık sorunların doğaüstü varlıklardan yardım isteme, adak adama gibi değişik ilkel davranışlarla çözülmeye çalışıldığı, bireylerin sağlık problemlerinin aslında çözülmediği, iyileştiklerini zannettikleri pozitif bilimlerin varlığından bile söz edilmeyen dönemdir. Polifarmasi dönem; mistik uygulamalara devam edilirken tesadüfen bazı bitki ve bazı maddelerden ilaç üretilerek hastalığı iyileştirdiğinin keşfedildiği, ancak hangi ilacın hangi hastalığı iyileştirdiğinin bilinmediği dönemdir. Etiyolojik tedavi dönemi; birçok hastalığının nedenine ve oluş mekanizmasına göre ilaç tedavisinin uygulandığı dönemdir. Etiyolojik tedavi döneminde sağlık bilimindeki gelişmelere paralel olarak bulaşıcı hastalıklara neden olan mikroorganizmalar belirlenmiş, bu mikroorganizmalara uygun antibiyotikler

geliştirilmiştir. Çağdaş dönem; hastalıklara neden olan çevresel ve tüm faktörlerin belirlendiği, çevresel ve dışsal faktörlerin ortadan kaldırılarak hastalıkların ortadan kaldırıldığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazandığı ve böylece toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinin önemini anlaşıldığı dönemdir (Akdur, 1999: 3-4).

Dünya’da 1850-1920 yılları arasında Sanayi devrimi ile birlikte sanayileşme, kentleşme ve bilim alanında pek çok gelişme yaşanmıştır. Bu gelişmelerle birlikte Batı Avrupa’da sigortacılık hizmetleri ortaya çıkmış ve sağlık hizmet anlayışı değişmiştir. Değişen sağlık hizmet anlayışları her ülkenin kendine özgü sağlık sisteminin ortaya çıkmasına neden olmuştur. On dokuzuncu yüzyılın sonlarında Avrupa ülkelerinde gelişen genel sağlık sigortası sistemi sağlık hizmetinin sunumunda bir fon oluşturmuştur. Bu fon sayesinde hükümetler, sağlık harcamalarında düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmiştir. Genel sağlık sigortası ilk defa 1883 yılında Almanya’da uygulanmıştır. 1888 yılında Avusturya, 1911 yılında İngiltere, 1945 yılında Fransa, 1955 yılında da İsveç olmak üzere pek çok Avrupa ülkesinde uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve finansmanı Avrupa ülkelerinde sigortacılık anlayışı temelinde devlet kontrolünde gelişirken Amerika Birleşik Devletleri’nde piyasa kurallarına uygun olarak gelişmiştir (Yavuz, 2011; Yıldız, 2013).

Sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve sağlıkla ilgili mesleklerin bazı kurallara bağlanması yirminci yüzyılın başlarında gerçekleşmiştir. Eskiden uzman olmayan hayırseverler tarafından sunulan hasta bakım hizmetleri, uzmanların kontrolüne geçmiş ve bu durum yönetim gerekliliği ortaya çıkarmıştır. Böylece diğer toplumsal alanlarda geliştirilen yönetim teknikleri ve bilgi birikimi, sağlık hizmetlerinin yönetiminde de kullanılmaya başlanmıştır. Bu gelişmelerin ışığında ilk kez 1910 yılında Carnegie Vakfı tarafından Amerika Birleşik Devletlerinde John Hopkins Hastanesi’nde Flexner Raporu projesi uygulanmıştır. Bu projeye tıp eğitimi ile hastaneler arasında bağlantı sağlanarak mesleki bilgi birikimi ile klinik uygulama bütünleştirilmiştir. Proje, daha sonra Amerika Birleşik Devletleri’nin diğer eyaletlerinde ve Kanada ülkesinde uygulanmıştır. Bu projenin uygulanması ve yaygınlaşmasıyla sağlık alanında örgütlenme ve profesyonelleşme başlamıştır (Yavuz, 2011; Yıldız, 2013).

1.3.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) ’nin açılmasını takiben 3 Mayıs 1920 yılında Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nın kurulmasıyla sağlık hizmetleri devlet görevi olarak ele alınmaya başlanmıştır. TBMM’nin açılmasından sonraki sağlık hizmetlerinin gelişimini aşağıdaki gibi dönemlere ayırmak mümkündür.

- **Cumhuriyet Dönemi (1920-1937):** Türkiye’de sağlık alt yapısının oluşturulması Dr. Adnan Adıvar’ın Sağlık bakanı olarak görev almasıyla başlar. Dr. Adnan Adıvar’dan sonra 1921-1937 yılları arasında Dr. Refik Saydam sağlık bakanı olarak görev almıştır. Dr. Refik Saydam döneminde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve illerde Sağlık Müdürlükleri, ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak sağlık örgüt sisteminin tüm ülke geneline yayılması sağlanmıştır. Ayrıca Dr. Refik Saydam döneminde koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük önem verilmiş, Frengi-Lepra, Trahom ve Sıtma Savaş Örgütleri kurularak sağlık sorunlarına yönelik örgütlenmeye de gidilmiştir. Doğrudan merkezi hükümet tarafından üstlenilen bu hizmetlerin giderleri genel bütçeden karşılanmıştır. Yataklı tedavi hizmetleri ise kamuya bağlı yerel idareler (belediye, il özel idaresi) tarafından merkezi hükümetin yol göstericiliğinde gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla bir yandan yerel idarelerin hastane açmaya teşvik edilirken, 1924 yılında yerel idarelere örnek olması amacıyla doğrudan bakanlığa bağlı Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas Numune hastaneleri açılmıştır (Sağlık Bakanlığı (SB), 2012: 45-46). Cumhuriyet dönemindeki hastane ve yatak sayısına ilişkin veriler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 1
Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi Kurumları

Kurumun Cinsi	Sayısı	Yatak Sayısı
Devlet Hastanesi	3	950
Belediye Hastanesi	6	635
Özel İdare Hastanesi	45	4520
Özel, Yabancı ve Azınlık Hastanesi	32	2402
Toplam	86	6437

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (SB), 2007.

- **1937-1960 Dönemi:** Cumhuriyetin ilanından sonra kurulan sağlık örgütlenmesi 1937-1960 döneminde de devam etmiştir. Bu dönemde sağlık alanında birçok değişiklik ve gelişme yaşanmıştır. 1945 yılında sıtmanın

büyük salgınlar yapması nedeniyle "Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu" çıkarılmıştır. 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuştur. 1946-1947 yılları arasında Dr. Behçet Uz'un bakanlığı sırasında hazırlanan bir plana göre yaklaşık 20.000 nüfusa hizmet verecek "Sağlık Merkezleri" tasarlanmış, 10 hasta yatağının bulunacağı bu merkezlerde, iki hekim, 11 hekim dışı sağlık personelinin görev yapması, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edilmesi öngörülmüştür. Ancak bu plan uygulamaya tam olarak konulamamıştır. 1949 yılında yapılan bir düzenleme ile veremle mücadele etmek için kentlerde "Verem Savaş Dernekleri" kurulmuştur. 1952 yılında "Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü" kurulmuş, Ana Çocuk Sağlığı merkezleri, şubeleri ve istasyonları açılmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu, 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. Böylece Sosyal Sigortalar Kurumu'nun, sağlıkta finansman olmasının yanı sıra sağlık örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olması sağlanmıştır (Fişek, 1985: 157).

- **1960-1990 Dönemi:**1960-1990 yılları arası dönem ülkemizin "Planlı Kalkınma" dönemi olmuştur. Türkiye'de sağlık hizmetleri, yasalarla devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiş ve 1961 Anayasası'nda anayasa hükmü olarak düzenlenmiştir. 1961 tarihli ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu kabul edilmiştir. Böylece, birinci basamak hizmetlerinin kırsal kesime kadar yayılarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesi hedeflenmiştir. 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile hükümet tabipliği yerine nüfus temel alınarak sağlık ocaklarının kurulması öngörülmüştür. 1963 yılından sonra sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. 1963 yılında ilk kez Muş'ta kurulan sağlık ocağı, 1979'da 45 ile, 1982 yılında ise 53 ile yayılmış ve 1983 yılında yapılan bir düzenleme ile tüm ülkede bu kanuna uygun sağlık örgütlenmesine gidilmiştir (Fişek, 1985; SB, 2012). 1982 Anayasası'nın 56. maddesi ile sağlık hizmetleri, devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet "sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemekle" görevlendirilmiştir. 224 sayılı Kanun'un

uygulanması için yeterli çaba gösterilmemiş ve aksayan sağlık hizmetleri toplumun memnuniyetsizliğine yol açtığından, çözüm olarak sağlıkta reform gündeme getirilmiştir. Türkiye’de 1987 tarihli “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile somut olarak ilk adımı atılan sağlık reformları, 1990’lı yılların sonuna kadar maliyet sınırlayıcı politikalarla gündeme gelmiştir. 24.01.1989 yılında yayınlanan 356 sayılı kanun hükmünde “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamesi” ile Bakanlığın ismi Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiş, hizmet koşullarına göre merkez ve taşra örgütü geliştirilmiştir. Türkiye’de sağlık ile ilgili hizmetler, Sağlık Bakanlığı’nın kurulması ile daha sistemli, koordineli ve denetlenebilir hale gelmiştir. 1990’lı yıllar dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık sektöründe reformların yapılmaya çalışıldığı bir dönem olmuştur (SB, 2012: 49-50).

- **1990-2000 Dönemi:** Bu dönem sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi hedefinin açıkça ortaya konduğu, uluslararası teşvik ve zorlamalarla yeni sağlık politikaların gündeme getirildiği bir dönem olmuştur. 1992 ve 1993 yıllarında düzenlenen Ulusal Sağlık Kongreleri ile hastanelerin özelleştirilmesine yönelik kararlar alınarak yeni sağlık politikaları ortaya çıkmıştır. 1994 yılında Türkiye ekonomisi neo-liberal politikalar gereği International Monetary Fund (IMF) ‘nin denetimine girmiştir. IMF ile “stand by” anlaşması imzalanmış, imzalan bu anlaşma Türkiye’de sağlık hizmetlerini kamunun sorumluluğundan alınarak doğrudan özelleştirilmesi hedeflenmiştir. 5 Nisan 1994 yılında Ankara’da Yüksek İhtisas Hastanesi ve İstanbul’da Koşuyolu Hastanesi’nin birer işletmeye dönüştürülmesi bu anlaşmanın ilk somut örneğidir (Kasapoğlu, 2016: 143-144).
- **2000-.....Dönemi:** 2003 yılından itibaren başlayan hala günümüzde devam eden bu dönem, Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında reform çalışmalarının yapıldığı ve sağlık hizmet anlayışının yeni bir boyut kazandığı bir dönem olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık sistemini oluşturan üç temel alana (örgütlenme, finansman ve sağlık hizmeti sunumu) müdahale edilmiştir. SDP adıyla anılan reform projesi dört ana başlık altında toplamak mümkündür (Ataay, 2008: 170):
 - ✓ Reform projesinin ilk ayağını sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması oluşturmaktadır. Bu çerçevede üç sosyal güvenlik

kuruluşu (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) SGK çatısı altında birleştirilmiş (5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu) ve 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” (SSGSSK) ile de Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulmuştur. Bu bağlamda özel ve kamu sağlık hizmet sunucularının finansmanı da tek elden SGK tarafından karşılanmaya başlanmıştır.

- ✓ Reform projesinin ikinci ayağını, sağlık ocakları çatısı altında yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin “aile hekimliği” sistemi altında yeniden yapılandırılması oluşturmaktadır. Böylece birinci basamak sağlık hizmet sunucularında topluma yönelik sağlık hizmeti sunumu yerine başvurana hizmet verme anlayışı egemen olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamına gelen 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” 2004 yılında yürürlüğe girmiştir.
- ✓ Reform projesinin üçüncü ayağını, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında “sağlık işletmesi” modelinin uygulanmaya geçirilmesi oluşturmaktadır. Böylece kamu hastaneleri birlikleri oluşturularak kamu hastaneleri yarı bağımsız hale getirilmiş, piyasa benzeri bir yapıya dönüşmesi süreci başlatılmıştır. Ayrıca bu model ile getirilen döner sermaye ve performansa dayalı ödeme sistemi, sağlık çalışanlarını kamu kurumları içinde rekabete dayalı bir ücretlendirme mekanizması içine çekmiştir.
- ✓ Reform projesinin dördüncü ayağını ise Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının yeniden yapılandırılarak “düzenleyici” işlevlerle sınırlandırılması oluşturmaktadır.

SDP ile sağlık hizmet sunumundan, finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar pek çok alanda köklü değişiklikler yapılmıştır. SDP kapsamında yapılan değişikliklerin bazıları şunlardır (SB, 2011: 357-364):

- 112 Acil sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz hale getirilmiştir.
- Vatandaşlar sağlık sigortaları ile özel hastanelerden ve tıp merkezlerinden hizmet almaya başlamıştır.
- Performansa dayalı ek ödeme sistemi ve tam gün çalışması teşvik edilmiştir.

- Yeşil kart sahipleri ayaktan tedavi kapsamına alınmıştır.
- Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları başlatılmıştır.
- Bireylere hekim seçme hakkı getirilmiştir.
- Kamu hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi ile SSK'lı hastaların devlet hastanelerinden hizmet almaları sağlanmıştır.
- Yeşil kartlı hastaların diğer sigorta grupları gibi ilaçlarını istedikleri eczaneden alabilmeleri sağlanmıştır.
- Hastanelerde "Hasta Hakları" birimleri kurulmuştur.
- Sağlık Bakanlığı hastaneleri için global bütçe uygulamaları başlatılmıştır.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz yürütülmesi sağlanmıştır.
- 18 yaş altı nüfusu ve eğitim görenler sosyal güvence aranmaksızın Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır.
- Açık ve kapalı alanlarda sigara yasağı ile ilgili kanun çıkarılmıştır.
- İlaç Takip Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Tanı İlişkili Gruplar uygulaması yapılmaya başlanmıştır.
- Yeşil kartlı hastaların, özel hastanelerin acil ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanmalarını sağlanmıştır.
- Yatalak durumunda olan hastalar için evde sağlık hizmetleri vermeye başlanmıştır.
- Aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır.
- Bakanlık teşkilat yapısı 02.11.2011 tarihinde 663 sayılı KHK ile İl Sağlık Müdürlüklerinin haricinde Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneleri Kurumu şeklinde iki ayrı kurum daha oluşturularak genişletilmiş ve bu çalışma kapsamında yönetici pozisyonundaki çalışanlar sözleşmeli hale getirilmiştir.
- Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneleri Kurumu 27.08.2017 tarihinde yayımlanan 694 sayılı KHK Genel Müdürlüğüne dönüştürülmüş ve İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde ihtiyaç halinde Halk Sağlığı Başkanlığı, Kamu Hastaneleri Başkanlığı, İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanlığı, Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığı ve Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı kurulmasına

imkan sağlanmış, il sağlık müdürleri de sözleşmeli hale getirilerek, il sağlık müdürlüğü bünyesinde başkan ve başkan yardımcılığı sözleşmeli yönetici pozisyonları yer almıştır.

Böylece 2003 yılından itibaren yapılan bir takım sağlık reformlarıyla birlikte Türkiye’de hem sağlık hizmetlerinin maliyetleri azaltılmış, hem de bireylerin sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanması sağlanmıştır.

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerini; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere Tablo 2’ de görüldüğü gibi dört başlık altında sınıflandırabiliriz.

Tablo 2
Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Hizmet Türü	Kurumlar
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	Sağlık Ocağı Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri Halk Sağlığı Laboratuvarları Gezici Sağlık Ekipleri Çevre Sağlığı Birimleri
Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	Özel Poliklinikler Hastaneler Ayaktan Cerrahi Bakım Merkezleri
Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	Rehabilitasyon Merkezleri Rehabilitasyon Klinikleri Özel Poliklinikler Hemşirelik Bakım Merkezleri Evde Bakım Hizmetleri
Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	Sağlık Eğitim Birimleri Spor Merkezleri

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 28

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; hastalık ve sakatlık durumu ortaya çıkmadan karşılaşılabilecek hastalık risklerini en az düzeye indirmek, bireyin ve toplumun sağlığını korumak amacıyla sunulan çevreye ve kişiye yönelik hizmetleri kapsar. Çevreye ve kişiye yönelik sunulan devlet tarafından verilmesi zorunlu bu hizmetler sayesinde bireylerin ve toplumların sağlıklı yaşam potansiyelini korunması ve dolayısıyla hayat standartlarını artırılması sağlanır (Akdur, 2006: 13). Koruyucu sağlık hizmetleri; aile hekimleri, ana çocuk sağlığı, aile planlaması merkezleri ve verem savaş dispanserleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sunulan birey sağlığını dolayısıyla toplum sağlığını korumaya yönelik hizmetler olduğundan

sosyal faydası oldukça yüksek olan hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu diğer sağlık hizmetlerine göre daha kolay, etkin ve ucuzdur.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; fiziksel, kimyasal, biyolojik, ve sosyal çevre koşullarındaki olumsuz faktörleri yok ederek, birey sağlığının olumsuz yönde etkilenmesini engellemeye, çevre koşullarını iyileştirmeye ve sağlıklı bir çevre sağlamaya yönelik yapılan faaliyetlerdir. Bu hizmetler çevreye yönelik faaliyetler konusunda eğitim görmüş mühendis, kimyager, çevre teknisyeni, veteriner gibi meslek grupları tarafından yürütülen, sağlıklı su kaynaklarının temini, hava kirliliğinin önlenmesi, zararlı canlılarla mücadele, besin hijyeni, gıdaların denetimi, iş sağlığı, konut sağlığı endüstri sağlığı, radyasyonla mücadele gibi faaliyetlerdir (Tengilimoğlu vd., 2017: 79)

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; bireyin hastalanmasını engellemek, hastalanması halinde erken tanı ve tedavi olmasını sağlayarak hastalığın hasarsız veya en az hasarla iyileşmesini sağlamak amacıyla sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler sağlık eğitimi almış sağlık sektöründe görev yapan tarafından meslek grupları tarafından yürütülen aşılamaya, beslenme, sağlık eğitimi, aile planlaması, kişisel hijyen, hastalıkların erken tanı ve tedavi çalışmalarını kapsayan hizmetlerdir (Türkdoğan, 1991: 52-53).

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri; hasta bireyin sağlığının iyileştirilmesi amacıyla tanı, tetkik, muayene ve tedavi için sağlık kuruluşuna müracaat etmesiyle başlayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesi olup, daha yüksek maliyetli, alanında uzman personel ve donanımlı ekipmana sahip sağlık kuruluşları tarafından sunulan bireye özgü daha çok fayda sağlayan hizmetlerdir (Altay, 2007: 35). Ayrıca bu hizmetler bireyin sağlığına kavuşması sonucu iş gücü ve verimlilik artışı sağlayarak sosyal fayda da sağlar (Kılınç ve Aksakoğlu, 1995: 64-65).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalığın niteliğine göre sevk zincirine uygun olarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından sunulur. Sağlık ocakları, sağlık merkezleri, özel poliklinikler, dispanserler ve muayenehaneler hasta bireyin evde veya ayakta tedavisini sağlayan birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşları sevk zincirinin ilk basamağını oluşturan yataksız sağlık kuruluşlarıdır (Özdemir, Ocaktan ve Akdur, 2003: 208). İkinci basamak sağlık kuruluşları, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından tedavi edilemeyen veya

daha ciddi sağlık sorunları olan hastaların uzman hekimler tarafından muayene ve tedavisinin yapıldığı kamu veya özel yataklı tedavi kurumlarıdır (Yıldız, 2013: 8). Üçüncü basamak sağlık kuruluşları, ileri tetkik, tedavi ve üst düzeyde tıp teknoloji gerektiren ikinci basamak sağlık kuruluşları tarafından tedavi edilemeyip sevk edilen hastalıkların tedavisinin yapıldığı üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, onkoloji hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri gibi belirli alanlarda uzmanlaşmış yataklı tedavi kurumlarıdır (Tengilimoğlu vd., 2017: 83).

1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri; herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel ve ruhsal yönden sakat kalmış bireylerin kaybettiği zihinsel ve bedensel yeteneklerinin yeniden kazandırılması, fiziksel ve sosyal açıdan yeniden sosyo-ekonomik hayata dönmeleri için yürütülen hizmetlerdir (Özkara, 2006: 78). Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, sakatlık nedeniyle bedensel çalışma gücünü kaybeden bireylerin, iş gücü ve çalışma gücünün yeniden kazandırılmasına yönelik hekim ve sağlık personeli tarafından sunulan, tıbbi rehabilitasyon ile özürli bireylerin başkalarına bağımlı olmadan sosyal hayatlarını sürdürmelerine yönelik sosyal hizmet uzmanı ve sosyal hizmet çalışanları tarafından sunulan sosyal rehabilitasyon hizmetlerini kapsar (Tengilimoğlu vd., 2017: 83).

1.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri; sağlıklı bireylerin sağlık düzeylerini en üst seviyeye çıkarmak için sorumluluğu öncelikle bireye ait olan, bireyin yaşam kalitesini ve yaşam süresini uzatmayı amaçlayan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk defa büyük tıp tarihçisi Henry E. Sigerist tarafından sağlığın görevlerini tanımlarken kullanılmıştır (Milton, 1992: 267). Günümüzde birçok hastalığın sebebi bireyin sağlıksız yaşam tarzı ve alışkanlıklarıdır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, bireyin ve dolayısıyla toplumun sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik kişinin spor yapması, sigara ve alkolden uzak durması, sağlığı bozucu besinleri tüketmemesi ve kişisel hijyenin artırılması gibi sağlık düzeyini yükselten faaliyetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi, sadece sağlık kurumlarının görevi değil, ulusal ve uluslararası tüm kamu, özel kurum ve kuruluşların sorumluluğundadır (MEB, 2008: 71). Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ile bireyler kendi yaşam biçimlerini değiştirerek yaşam kalitelerini arttırabilirler (Tengilimoğlu vd., 2017: 84). Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 'de Alma-Ata'da Temel Sağlık Hizmetleri Deklarasyonu ile "Herkes İçin Sağlık" hedefine ulaşmak için halk sağlığı

hareketinin yeni bir boyut kazanmasıyla ortaya çıkmış, 1986 yılında Ottawa Sözleşmesi ile ilk defa bir süreç olarak tanımlanmıştır (Alkaya, 2017: 21).

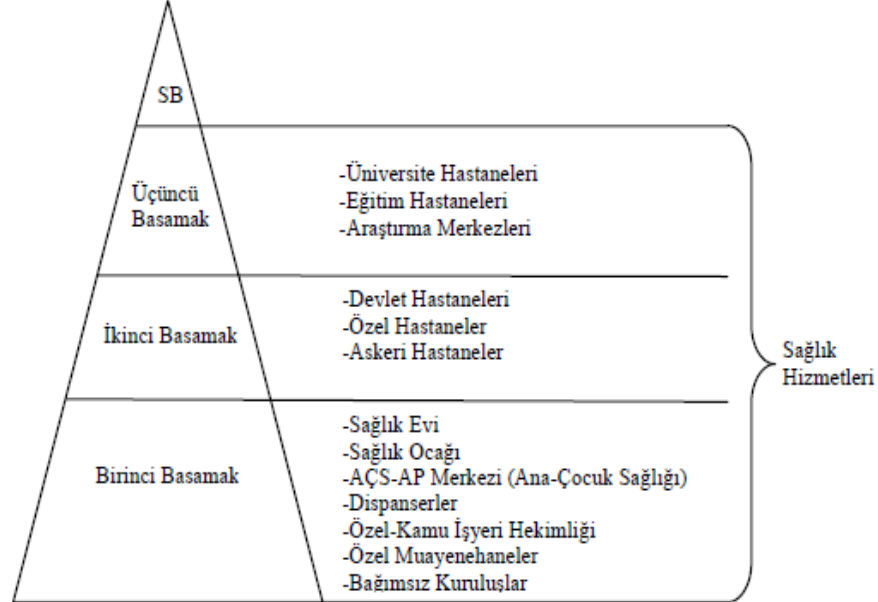
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Kullanımı ve Finansmanı

1.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetleri kamu ve özel sektör tarafından sunulan hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinin sunum şeklini üretilen hizmetin fiyatlandırılması ve kârlılık durumu etkiler. Çevre kirliliği, salgın hastalıklar ve bunlarla mücadele yöntemleri ve aşılama gibi toplumun her kesimini ilgilendiren koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sunucusu devlet yani kamu sektörüdür. Bu hizmetler kamu ekonomisi tarafından üretilen hizmetler olup, finansmanı kamu kaynaklarıdır. Özel sektör, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda yer almaz. Bu hizmetler devlet tarafından toplumun her kesimine ücretsiz sunulur. Tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler ise devlet ve özel sektör hizmet sunucuları tarafından sunulur (Yavuz, 2011: 60).

Ülkemizde sağlık hizmetleri kademeli dört basamaklı bir sağlık sistemi ile sunulmaktadır. Aşağıda ülkemizde sağlık hizmetlerinin kademeli sunumunu gösteren bir piramid yer almaktadır (Altay, 2007: 45).

Şekil 1
Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu



Kaynak: SB, 2004:10

Piramidin en alt basamağında yer alan birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık evi-sağlık ocağı, AÇS-AP merkezi (ana-çocuk sağlığı), dispanserler, özel-kamu işyeri hekimliği, özel muayenehaneler ve bağımsız kuruluşlar tarafından sunulur. Birinci basamak sağlık hizmet sunucularında ayaktan tedavi ve koruyucu sağlık hizmetleri sunulur. Bu birimler, temel sağlık hizmetleri kapsamında yer alan

hizmetleri görürler. Piramidin ikinci basamağında yer alan ikinci basamak sağlık hizmetleri devlet hastaneleri, özel hastaneler, askeri hastaneleri tarafından sunulur. Bu basamakta yer alan sağlık hizmet sunucuları yataklı tedavi kurumlarıdır. Piramidin üçüncü basamağında yer alan üçüncü basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin eğitim, araştırma ve bilimsel alanlarda hizmet üretimini sağlayan üniversite hastaneleri, eğitim hastaneleri ve araştırma merkezleri tarafından sunulur. Piramidin en üst basamağını ise denetleyici ve düzenleyici rolü olan Sağlık Bakanlığı yer almaktadır (Altay, 2007: 45-46).

1.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Kullanımı Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetlerinin kullanımı, toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesini sağlayan en önemli faktörlerden birisidir. Bireylerin ekonomik ödeme gücüne bakılmaksızın kamu veya özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin kullanımı toplumun yaşadığı bölgelere göre değişiklik gösterebilir. Örneğin; kırsal ve küçük şehirlerde yaşayan bireylerin nitelik ve nicelik bakımından sağlık hizmetlerini kullanım düzeyi şehir merkezinde ve büyük şehirlerde yaşayan bireylere göre daha düşük olabilir (Andersen ve Newman, 1973: 95-96). Sağlık kullanımı etkileyen faktörleri hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörleri olmak üzere sınıflandırabiliriz. Bireylerin kişisel, toplumsal ve ekonomik özellikleri hazırlayıcı faktörleri; gelir durumu, sosyal sağlık güvencesi, yaşadığı yerleşim yeri kolaylaştırıcı faktörleri; sağlık durumunun bozulmasıyla ortaya çıkan ihtiyaç hali ise gereksinim faktörlerini oluşturmaktadır (Çam, 2008: 16).

Penchansky ve Thomas'a göre sağlık hizmetinin sağlanması ve kullanımı arasındaki ilişkiyi gösteren özellikler; mevcut olanaklar, ulaşılabilirlik, kolaylık, ödenebilirlik ve kabul edilebilirliktir (Penchansky ve Thomas, 1981: 127-140).

- Mevcut olanaklar (availability): Sağlık hizmeti sunan kuruluşların sahip olduğu teknoloji, personel gibi kaynakların ölçüsü bireylerin sağlık hizmeti kullanım düzeyini etkiler. Mevcut olanak ve kaynaklar ne kadar gelişmiş ve yeterli ise bireylerin sağlık hizmeti kullanım düzeyi de yüksek olur.

- Ulaşılabilirlik (accessibility): Sağlık hizmetinin sunulduğu yere ulaşım kolaylığı, maliyeti ve süresi bireylerin sağlık hizmeti kullanım düzeyini etkiler.

- Kolaylık (accommodation): Sağlık hizmetlerinin işleyişi, hastaları kabul etmek üzere nasıl düzenlendiği hizmet kullanımını etkiler (telefonla randevu alma gibi).

- Ödenebilirlik (affordability): Bireylerin maddi durumu, sosyal sağlık güvencesinin olup olmadığı, sunulan sağlık hizmetinin ödeme yöntemi sağlık hizmeti kullanımını etkiler.

- Kabul edilebilirlik (acceptability): Sağlık hizmetlerinin toplumun kültürel faktörlerini ve dinsel inanışlarına uygun biçimde sunumu, sağlık personellerinin hasta bireylere karşı tutumları ile bireylerin sağlık personeline karşı tutumları sağlık hizmetinin kullanım düzeyini etkiler. Sunulan bir sağlık hizmeti içinde bulunulan toplumun dinsel ve kültürel değerlerine ters düşüyorsa kabul edilmeyebilir.

1.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

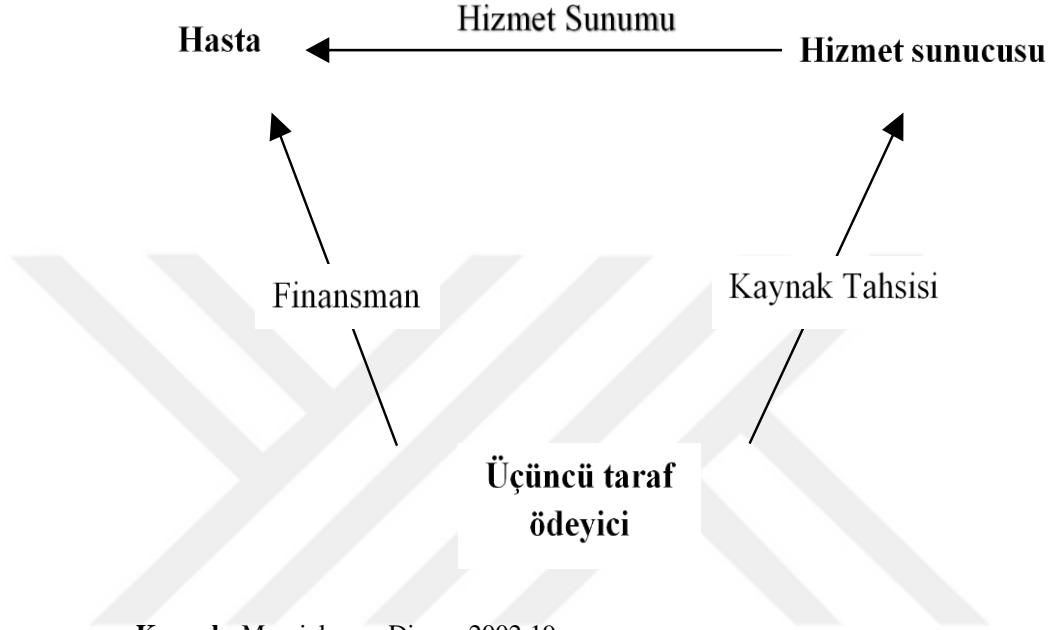
Son yıllarda artan nüfus yoğunluğu bir yandan sağlık harcamalarında artışa neden olurken, bir yandan da bu harcamaların nasıl finanse edileceği konusunun hem kamu hem de özel sektörde tartışılmasına sebep olmuştur. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve finansman yöntemi ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ülkelerin ekonomik yönden gelişme düzeyine paralel olarak bütçeden alacakları pay, sağlık politikalarında belirleyici rol oynar. (Tatar, 2011: 104).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmet sunucularının sundukları hizmet karşılığında katlandıkları maliyetin karşılanması için gerekli kaynakların sağlanması olup, sağlık hizmetlerinin yapılanmasında önemli rol oynar. Sağlık hizmetleri oldukça maliyeti yüksek hizmetlerdir. Bireylerin tek başına ödemesi mümkün olmayabilir. Yeterli finansman sağlanmadığı veya sağlanan finansmanın etkin kullanılmadığı durumda alınan sağlık hizmeti yetersiz kalır. Etkili bir sağlık finansmanı ise hastalık durumunda alınan sağlık hizmetinin finansal yükünden bireyleri koruyarak sağlık hizmetlerine yaptığı ödeme yüzünden maddi sıkıntı yaşanmasını azaltır veya tamamen ortadan kaldırır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 135). Böylece bireylere etkin ve verimli sağlık hizmeti sunulmasını da kolaylaştırır.

Sağlık hizmetlerinin alınacağı zaman ve katlanılacak maliyetin belirsizliği finansmanın üçüncü taraf ödeyici tarafından sağlandığı modern anlayışın benimsenmesine neden olmuştur. Modern sağlık sisteminde hizmeti alan ve veren arasında doğrudan bir finansal akışın sağlanması yerine çoğunlukla üçüncü tarafın ödeyici rolü üstlendiği bir finansman model uygulanır. Böylece bireyin mali açıdan katlanamayacağı boyuttaki sağlık hizmeti de alması sağlanarak etkin ve verimli sağlık hizmeti sunulmuş olur (Tatar, 2011:104). Şekil 2’de sağlık hizmet üçgeni yer almaktadır. Bu üçgene göre sağlık hizmet sunucularına sundukları hizmet

karşılığında hasta bireyler veya ülkenin benimsediği finansman modeline göre üçüncü taraf ödeyicileri tarafından hizmet bedeli aktarılır. Cepten ödeme finansman yöntemi dışında tüm finansman yöntemlerinde üçüncü taraf ödeyici olan kamu veya özel bir aracı kurum bulunmaktadır.

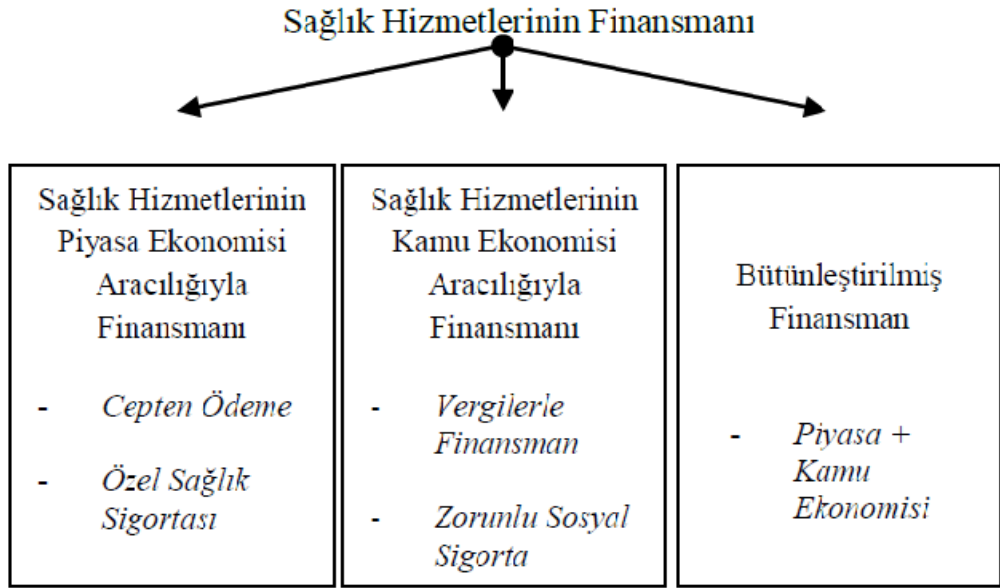
Şekil 2
Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002:19

Sağlık hizmetleri piyasa ekonomisi ve kamu sektörü kaynaklarıyla finanse edilmektedir. Şekil 3’de sağlık hizmetlerinin finansman çerçevesi ve kaynaklara göre finansman yöntemleri yer almaktadır.

Şekil 3
Sağlık Hizmetlerinin Finansman Çerçevesi



Kaynak:Çelikay ve Gümüş, 2014:187

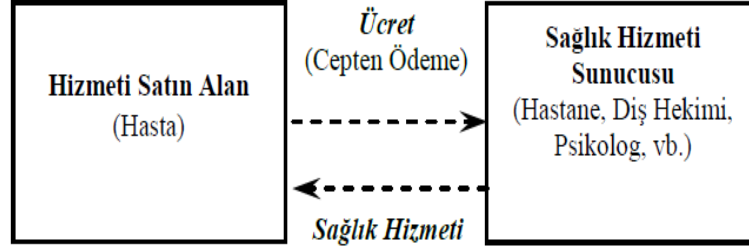
Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerini kaynaklara göre 3 başlık altında toplayabiliriz. Bunlar; piyasa ekonomisi aracılığıyla finansman, kamu ekonomisi aracılığıyla finansman ve kamu ve piyasa ekonomisinin birarada yer aldığı bütünleştirilmiş finansman yöntemleridir.

1. Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansman Yöntemleri:Piyasa ekonomisi aracılığıyla finansman yönteminde sağlık hizmeti talep eden bireyler karşılanan sağlık hizmeti bedelini ya kendileri öder ya da özel sağlık sigortaları aracılığıyla ödenir. Piyasa ekonomisi finansman yöntemlerinde kesinlikle kamu kaynaklarının katkısı söz konusu değildir (McGregor, 2001: 2). Sağlık hizmeti alan bireylerin katlandıkları maliyeti serbest piyasa koşullarındaki arz ve talebe göre oluşan denge fiyat belirler. Hizmeti sunan ve hizmeti alan söz konusu denge fiyatı kabul eder. Sağlık hizmetleri piyasa ekonomisi ile cepten ödeme ve özel sağlık sigortası ile olmak üzere iki farklı şekilde finanse edilir (Çelikay ve Gümüş, 2014: 187-188).

- **Cepten Ödeme:**Cepten ödeme yönteminde, sağlık hizmeti alan ile sunan arasında doğrudan bir para ilişkisi olup, birey sağlık hizmeti sunumu sırasında aldığı hizmetin bedelini öder (Akdur, 1999: 9-10). Bu yöntemde sağlık hizmeti herhangi bir aracı kuruluş bulunmadan satın alınarak, alınan hizmetin finansal yükü

doğrudan birey tarafından karşılanmaktadır (Sekhri ve Savedoff, 2006: 357). Aşağıdaki şekilde cepten ödeme yönteminde hizmeti satın alan ile hizmeti sunan arasında herhangi bir aracı kurum bulunmadığı şematize edilmiştir.

Şekil 4
Cepten Ödeme Yöntemi

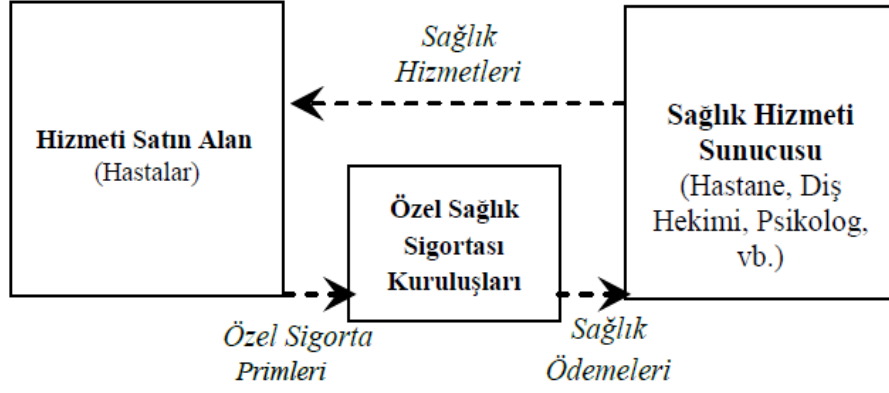


Kaynak: Çelikay ve Gümüş, 2014: 188

Cepten ödeme yöntemi son yıllarda artan sağlık harcamaları ile gündeme gelen bir finansman yöntemidir. Bu yöntem ile gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçilerek sağlık giderlerinin azaltılabileceği düşünülmektedir. Cepten ödeme yöntemi ile gelir durumu yüksek olan bireyler sağlık hizmetlerinden etkin yararlanabilir. Aksi bir durumda ödeme gücüne sahip olmayan bireyler, hastalık durumlarında maddi kaygılar yaşayarak sağlık hizmeti alma sürecini erteleyebilir. Bu durum bireyin sağlık durumunun daha da kötüleşmesine ve daha fazla maliyete katlanılmasına sebep olur (Çelikay ve Gümüş, 2014: 188-189).

- **Özel Sağlık Sigortası:** Özel Sağlık Sigortası yönteminde, bireylerin özel bir sigorta şirketine belli bir sözleşme karşılığı ödedikleri prim karşılığı satın aldıkları sağlık hizmet paketi ile sağlık giderleri karşılanır (Akdur, 1999: 9-10). Bu finansman yönteminde özel sağlık sigortası kuruluşları hizmeti alan ve sunan arasında üçüncü taraf ödeyici aracı bir kurum olarak yer almaktadır. Aşağıdaki şekilde özel sağlık sigortası kuruluşlarının üçüncü taraf ödeyici olarak yer aldığı sağlık hizmetinin sunumu ve alımı gösterilmektedir.

Şekil 5
Özel Sağlık Sigortası Yöntemi



Kaynak: Çelikay ve Gümüş, 2014: 190

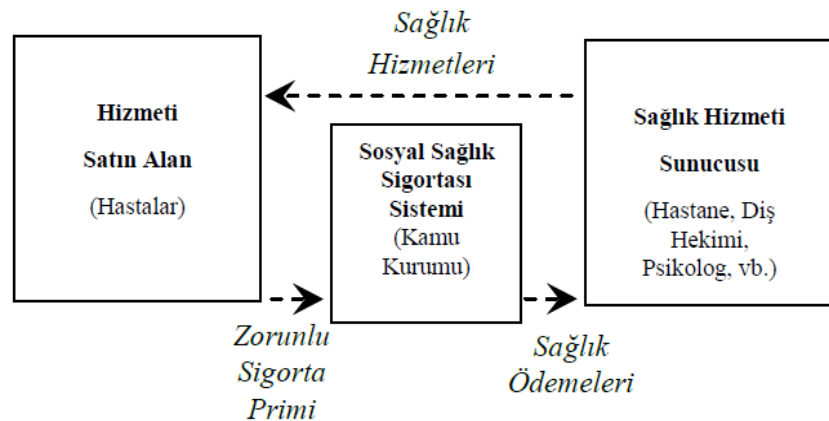
Özel sağlık sigortası ile bireyler içinde buldukları veya gelecek yıllarda karşılayacakları sağlık problemlerine karşın sigorta şirketine prim öder. Böylece birey sağlık harcamaları ile ilgili tasarrufta bulunmuş olur. Özel sağlık sigortası ile bireyin tek başına karşılayamayacağı maliyeti yüksek sağlık harcamaları biriken sağlık primleri ile, karşınamayacak düzeyde olanlar ise; özel sağlık sigortasına sahip diğer sigortalıların iş birliği ile karşılanmış olur (Parente, Feldman, Abraham ve Xu, 2008: 1-3). Özel sağlık sigorta kuruluşlarına hastalanma riski yüksek bireyler fazla prim öderken, hastalanma riski düşük bireyler daha az prim öder. Özel sağlık sigorta şirketlerine ödenen primler bir havuzda toplanarak, elde edilen nakit ile sağlık hizmet sunucularına karşın pazarlık fırsatı sunar (Çelikay ve Gümüş, 2014: 190). Özel sağlık sigortasının en önemli avantajı, kısıtlı olan kamu kaynaklarının gelir düzeyi düşük, özel sağlık sigorta şirketlerinden yararlanmayan kişiler tarafından harcanmasına imkân sağlamasıdır (İstanbulluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 91).

2. Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansman Yöntemleri: Kamu ekonomisi aracılığıyla finansman yönteminde sağlık hizmeti alan ile veren arasında doğrudan para ilişkisi yoktur (Akdur, 1999: 9). Sağlık hizmetinin finansmanı kamu ekonomisi aracılığıyla sağlanır. Piyasa ekonomisi ile sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinden düşük gelir düzeyine sahip bireyler etkin yararlanamaz. Bu durum ödeme gücü düşük

bireylerin sağlık refah düzeyinin azalmasına ve sosyal faydanın gözardı edilmesine sebep olabilir. Sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisi ile finanse edilmesi toplumun her kesimin sağlık hizmetlerinden etkin ve verimli yararlanmasını sağlar. Kamu ekonomisi ile finansman yöntemlerinde kamu sektörü sağlık hizmet sunumunun ya finansal aracı olarak ya da kendi kaynakları ile hizmet finansmanının doğrudan sağlayıcısı olarak yer alır (Çelikay ve Gümüş, 2014: 192). Sağlık hizmetleri kamu ekonomisi ile zorunlu sosyal sigorta ve vergilerle finansman olmak üzere iki farklı şekilde finanse edilir.

- **Zorunlu Sosyal Sigorta:** Zorunlu sosyal sigorta yönteminde sağlık hizmetleri devlet tarafından yasal düzenlemelerle oluşturduğu sosyal sigorta ağı ile finanse edilir. Zorunlu sosyal sigorta sistemine kimlerin katılacağı devlet tarafından belirlenmiş olup, zorunludur(Tengilimoğlu vd.,2017: 307). Bu finansman yönteminde devlet, çalışandan, işverenden, serbest meslek sahibi olanlardan, fiilen çalışmayan ancak sigorta sistemine dâhil olmak isteyenlerden zorunlu sigorta primi almakta, gelir durumu yetersiz ödeme gücü olmayan bireylerin ise sigorta primlerini kendi bütçesinden karşılamaktadır (Belek, 2009: 174). Aşağıdaki şekilde zorunlu sosyal sigorta sistemi ile sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği gösterilmektedir.

Şekil 6
Zorunlu Sosyal Sigorta Yöntemi



Kaynak: Çelikay ve Gümüş, 2014:194

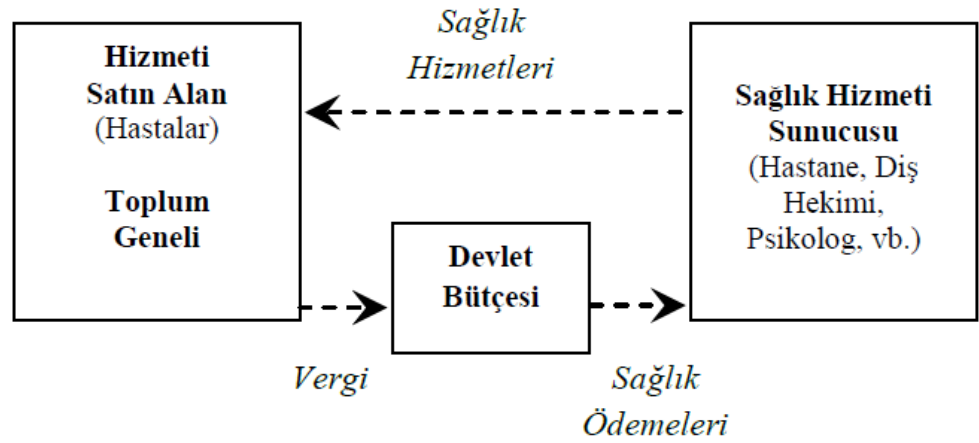
Zorunlu sosyal sigorta sistemi ilk defa Almanya'da 1883 yılında Van Bismarck tarafından geliştirilmiştir. Zorunlu sosyal sigorta sistemi Bismarck sistemi veya sosyal sağlık sigortası

sistemi olarak da adlandırılmaktadır. Bu sigorta sisteminde çalışanlar ve işverenler kamu sigorta kurumuna prim öder, ödeme gücü olmayan bireylerin primleri ise devlet tarafından kamu sigorta sistemine aktarılır. Sigorta sistemine dâhil olan tüm bireylerin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşmaları durumunda sunulan sağlık hizmetleri kamu sigorta sistemine aktarılan primlerle finanse edilir (Tiryaki ve Tatar, 2002: 125-126).

Zorunlu sağlık sigorta sistemi ile özel sağlık sigorta sistemi sağlık hizmetlerinin finanse ediliş amaçları yönünden birbirinden farklıdır. Özel sağlık sigorta finansman yönteminde bireysel fayda ve aracı kuruluş için maliyetlerin en aza indirilmesi amacı söz konusu iken, zorunlu sosyal sigorta sisteminde toplumun refah düzeyinin artırılması amacı güdülür (Çelikay ve Gümüş, 2014: 195).

- **Genel Vergilerle Finansman:** Genel vergilerle finansman yönteminde, sağlık hizmetleri genel bütçe aracılığıyla aktarılan vergilerle finanse edilir. Bismarck Modelinin ardından 1942 yılında İngiltere’de Lord Beveridge tarafından yayınlanan bir raporla başlatılan, eğitim ve sağlık hizmetlerinin genel bütçe gelirleri ile finanse edilmesini benimseyen bir anlayışla ortaya çıkan bir sistemdir. Bu sistem anlayışında amaç, toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmasıdır (Svedoff, 2004: 2). Beveridge modeli olarak adlandırılan genel vergilerle finansman yönteminde, bireylerin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmet bedelleri genel bütçe gelirleri ile finanse edilir. Bu finansman yönteminde, kamu tarafından sağlık harcamaları için sağlık sektörüne ödenek aktarılmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2014: 196). Aşağıdaki şekil sağlık hizmetlerinin genel vergilerle nasıl finanse edildiğini göstermektedir.

Şekil 7
Genel Vergilerle Finansman Yöntemi



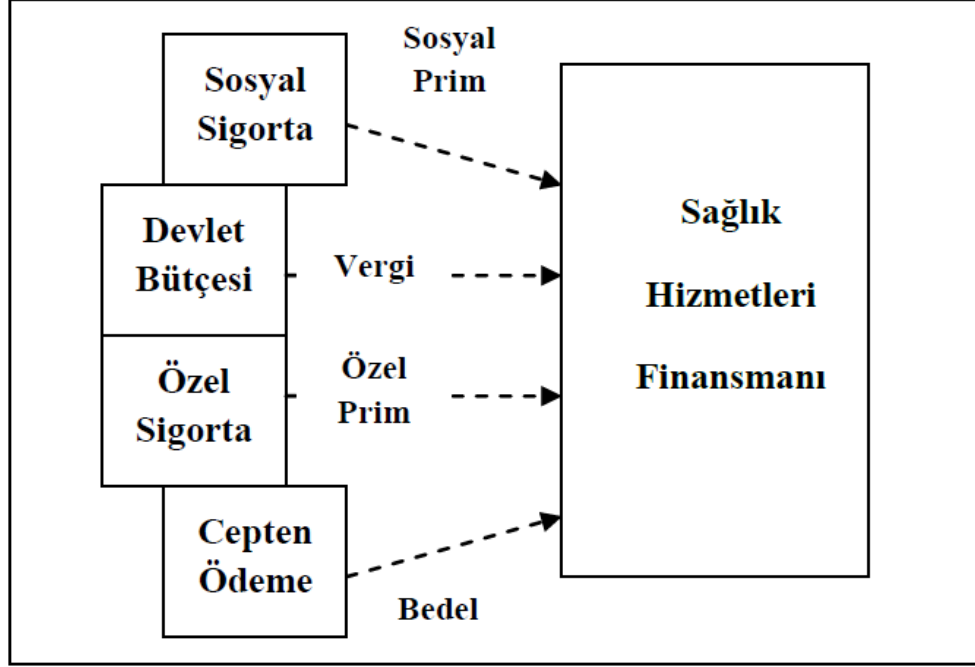
Kaynak: Çelikay ve Gümüş, 2014: 194

Vergilerle finansman yönteminde, devlet sigorta primleri yerine daha geniş bir finansal kaynak olan vergileri kullanır. Böylece toplumun daha geniş kesiminin sağlık hizmetlerinden etkin ve verimli yararlanması sağlanmış olur. Ancak bunun başarılabilmesi için vergi tabanının geniş olması, kayıt dışı ekonominin minimize edilmesi ve vergi sisteminin toplumun geneline yayılmasının sağlanması gerekir (Çelikay ve Gümüş, 2014: 196).

3. Bütünleştirilmiş Finansman Yöntemleri: Bütünleştirilmiş finansman yönteminde, sağlık hizmetleri kamu ve piyasa ekonomisi ile birlikte finanse edilir. Kamu ekonomisi ve piyasa ekonomisi aracılığıyla uygulanan dört finansman yöntemi (özel sigorta, cepten ödeme, zorunlu sigorta, vergiler) birarada kullanılır. Bu finansman yönteminde, tüm yöntemler birbirlerini tamamlayacak, olumsuzluklarını ve eksiklikleri giderilecek şekilde sistem içinde yer alır. Tüm yöntemlerin birbirleriyle uyum içerisinde çalışması sağlanır. Günümüzde sağlık hizmet maliyetlerinin ve yararlanmak isteyenlerin artması sağlık hizmetlerinin sadece bir finansman yöntemiyle finanse edilmesini zorlaştırmaktadır. Bu durum bütünleştirilmiş finansman yönteminin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bütünleşmiş finansman yönteminde hangi finansal kaynağın etkin olacağı sağlık sisteminin özelliklerine göre değişiklik gösterir. Aynı sağlık hizmetinde birden fazla finansman yöntemi yer alır, ancak etkinliği farklıdır (Çelikay ve Gümüş, 2014: 197). Aşağıdaki şekilde sağlık

hizmetlerinin kamu ve piyasa ekonomisi ile birarada finanse edildiğini gösteren bütünleştirilmiş finansman modeli yer almaktadır.

Şekil 8
Bütünleştirilmiş Finansman Modeli



Kaynak: Çelikay ve Gümüş, 2014:198

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu ekonomisi ve piyasa ekonomisi aracılığıyla dört finansman yöntemiyle (sosyal sigorta, vergi, özel sigorta, cepten ödeme) sağlanmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2017: 312). 2008 yılından önce sağlık hizmetleri birbiri ile ilişkisi az olan farklı finansman kaynakları ile finanse edilmekteydi. 31 Aralık 2006 yılında kabul edilen ve 1 Ekim 2008 yılında yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık isteminin her alanında olduğu gibi finansmanında da köklü değişiklikler yapılmış, sağlık hizmetlerinin finansmanında bütünleştirilmiş finansman yönteminin uygulanması sağlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetlerini finanse eden sosyal sigorta kuruluşları Genel Sağlık Sigortası adı altında tek çatıda toplanmış, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılarak toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerinden etkin yararlanması sağlanmaya çalışılmıştır (Sıvacı, 2007: 33-24).

1.6. Sağlık Hizmeti Sunucusu Olarak Sağlık İşletmeleri

Sağlık işletmeleri koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin sunulduğu işletmelerdir. Koruyucu, tedavi edici,

rehabilite edici ve sađlđın geliştirilmesi hizmetleri kamu ve özel sağlık işletmeleri aracılığıyla birey ve topluma sunulur.

1.6.1. Sağlık işletmesi Kavramı ve Özellikleri

Sağlık işletmeleri; bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim faktörlerini bilinçli ve uyumlu bir şekilde bir araya getiren, sağlık hizmeti sunumu sağlayan ve pazarlayan kuruluşlardır (Akar ve Özalp, 1998: 41). Daha geniş bir ifadeyle sağlık işletmeleri, bireyde fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlere bağlı ortaya çıkan sağlık problemlerini çözümleyen bireylerin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel yönden tam bir iyilik halinde olmasına katkıda bulunan ekonomik hizmet ve ürün üreten sosyo-ekonomik birimlerdir (Yılmaz, 2008: 303).

Sağlık işletmeleri sahip oldukları birtakım belirleyici özellikleri ile diğer hizmet üreten işletmelerden ayrılmaktadır. Sağlık işletmelerini diğer işletmelerden ayıran belirleyici özelliklerini şunlardır (Devebakan, 2007: 59):

1. Sağlık işletmelerinde uzmanlaşma düzeyi çok yüksektir. Tıp biliminin hızla gelişmesi, teknolojik gelişmeler, hastalıkların oluşmasında ve tedavisindeki değişiklikler, yeni hastalıkların ortaya çıkması, sağlık işletmelerinde uzmanlaşma düzeyini arttıran nedenlerdir.
2. Sağlık işletmelerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Sağlık işletmelerinde birden fazla meslek grubunun bir arada hizmet verir ve bir birim veya kişiden kaynaklanacak aksaklık verilen hizmeti ve dolayısıyla sağlık işletmesini olumsuz etkiler.
3. Sağlık işletmelerinde insan kaynakları, kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem veren profesyonellerden oluşur. Bir hekim maliyeti ne olursa olsun hastasını en iyi şekilde tedavi etmek isterken, sağlık kurumları yöneticisi aynı zamanda kalite ve verimlilik hedefleri doğrultusunda örgütsel performansı sağlamaya çalışır.
4. Sağlık işletmelerinde, hizmetin ve dolayısıyla gelirin önemli bir bölümünü her yönüyle denetlenebilir, hekimlik fonksiyonları oluşturur. Sağlık işletmelerinde, hizmet birimlerinin çoğu hekimden gelen talep doğrultusunda hizmet sunmaktadır. Bu nedenle sağlık işletmelerinde hizmet miktarını büyük ölçüde hekimler belirlemektedir. Bir sağlık işletmesinde hekimin istemi olmadan hasta bireye herhangi bir tetkik istenmesi veya tedavi uygulanması mümkün değildir. Ayrıca mevcut kaynakların etkin ve verimli kullanımını sağlamak için hekimlerin karar

ve davranışlarını denetleyen yönetsel ve kuramsal mekanizmalara ihtiyaç vardır.

5. Hastane işletmeleri başta olmak üzere, tüm sağlık işletmelerinde ikili otorite vardır. Çalışanların mesleki bilgi ve deneyimleri, yönetime karşı otorite geliştirmelerine neden olarak sağlık işletmelerinde eşgüdümleme, denetim ve çatışmalara yol açabilmektedir.
6. Sağlık işletmelerinde sunulan hizmetin çok karmaşık olması ve sağlık işletmelerinin çok sayıda amacının bulunması yapısal karmaşıklığa neden olmaktadır. Sunulan hizmetlerin çeşitliliği, sağlık işletmelerinde bölüm, makam ve yönetsel kademe sayısını arttırmaktadır. Sağlık işletmelerinde temel işlev olan tanı ve tedavi hizmeti dışında eğitim hizmeti de verilebilmektedir. Dolayısıyla verilen hizmetin çeşidi arttıkça karmaşıklık derecesi ve buna bağlı olarak da sorunlar artmaktadır.
7. Sağlık işletmelerinde gerçekleştirilen hizmetlerin büyük bir bölümü acil ve ertelenemeyecek özelliktedir. Sağlık işletmeleri 24 saat kesintisiz hizmet sunan kuruluşlardır. Sağlık işletmelerine yapılan başvuruları hukuksal, bilimsel ve etik açıdan geri çevirmek olanaksızdır. Birkaç istisnai durum dışında kalan hastaların hizmetlerden yararlanması ertelenemez, hasta için gerekli işlemler gecikmeden yerine getirilmesi gerekir. Aksi takdirde hasta bireyin ölümüyle veya sakat kalması ile sonuçlanabilir.
8. Sağlık işletmelerinde verilen hizmetlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır. Sağlık işletmelerinin insan hayatı ile doğrudan ilgili olan faaliyetleri deneme ve sonradan düzeltme şansı olmadığından, kalite ilkesi olarak yapılan faaliyetlerin her zaman doğru olarak yapılması benimsenmiştir.
9. Sağlık işletmelerinde çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur. Sağlık işletmelerinde temel girdi ve çıktı insandır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin çıktılarını diğer işletmelerde olduğu gibi kısa sürede görmek ve değerlendirmek mümkün değildir.

1.6.2. Türkiye’de Sağlık İşletmeleri ve Görevleri

Ülkemizde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Belediyeler, Milli Savunma Bakanlığı ve diğer devlet kurumlarına bağlı kamu işletmeleri ile özel sağlık işletmeleri tarafından sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı, kamu ve özel sağlık

işletmelerinin sağlık hizmetlerinin sunumunda planlayıcı ve denetleyici üst kurum olarak görev almaktadır.

1.6.2.1. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Görevleri

Sağlık Bakanlığı ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda planlayıcı ve denetleyici üst kurum olarak rol almaktadır. Ülkemizde sağlık sisteminin yönetilmesi ve sağlık politikalarının belirleyicisi konumunda olan T.C. Sağlık Bakanlığı'nın görev ve sorumlulukları Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 2. maddesinde açıkça belirtilmektedir. Bu maddeye göre;

Bakanlığın görevi; herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır.

Bu kapsamda Bakanlık;

- Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi,
- Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi,
- Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi,
- Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi,
- İnsan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması,
- Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetir ve politikaları belirler.

Bakanlık bu amaçla;

- ✓ Strateji ve hedefleri belirler, planlama, düzenleme ve koordinasyon yapar.
- ✓ Uluslararası ve sektörler arası işbirliği yapar.
- ✓ Rehberlik, izleme, değerlendirme, teşvik, yönlendirme ve denetleme yapar, müeyyide uygular.
- ✓ Acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlar ve yürütür.
- ✓ Bölgesel farklılıkları gidermeye ve herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlamaya yönelik tedbirler alır.
- ✓ İlgili kurum ve kuruluşların insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörler ve sosyal belirleyicilerle ilgili uygulamalarına ve düzenlemelerine yön verir, bunu teminen gerekli bildirimleri yapar, görüş bildirir ve müeyyide uygular.
- ✓ Görevin ve hizmetin gerektirdiği her türlü tedbiri alır.

1.6.2.2. Türkiye’de Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık İşletmeleri

Türkiye’de sağlık hizmetleri özel veya kamu kuruluşları tarafından birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık işletmeleri tarafından sunulur.

• **Birinci Basamak Sağlık İşletmeleri:** Birinci basamak sağlık işletmeleri; hasta bireyin ilk başvurduğu anda ayaktan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulduğu işletmelerdir. Toplum Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri, Dispanserler, Özel-Kamu İşyeri Hekimlikleri, 112 Acil Sağlık Hizmet Birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler ve özel muayehaneler birinci basamak sağlık işletmeleri olup yataksız tedavi kurumlarıdır.

• **İkinci Basamak Sağlık İşletmeleri:** İkinci basamak sağlık işletmeleri; alanında uzman personeller tarafından tanı ve tedavi hizmetlerinin sunulduğu işletmelerdir. Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler, kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, özel hastaneler, ile özel tıp merkezleri ikinci basamak sağlık işletmeleri olup; yataklı tedavi kurumlarıdır.

• **Üçüncü Basamak Sağlık İşletmeleri:** Üçüncü basamak sağlık işletmeleri, ikinci basamak sağlık işletmelerinde tedavi edilemeyen hastalıkların tedavi edildiği en üst düzeyde tıp teknolojisine sahip işletmelerdir. Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim

ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler, üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleridir.

1.7. Sağlık İşletmesi Olarak Hastane Kavramı ve Sınıflandırılması

Sağlık sektöründe farklı tür, özellik, büyüklük ve yapıda pek çok sağlık işletmesi hizmet sunmaktadır. Bu işletmeler içerisinde en kapsamlı hizmet hastaneler tarafından sunulmaktadır. Hastane işletmeleri sağlık sisteminin alt sistemlerinden oluşan karmaşık bir yapıya sahiptir (Yaman, 2009: 17). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından hastaneler, “ hastaları kontrol altında tutan, tanı ve tedavilerinin yanı sıra rehabilitasyon hizmetleri veren sağlık kuruluşları” olarak tanımlanırken, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde, “ hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edilenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmıştır (Özgülbaş, 1995: 20).

Günümüzde yaşanan sosyal, bilimsel ve teknolojik gelişmeler hastanelerin sınıflandırılmasına yeni ölçütler getirmiştir. Hastaneleri bu yeni ölçütlere göre; hizmet türü, mülkiyet, yatış süresi, büyüklük, halkın kullanımına açık olma, eğitim statüsü, akreditasyon ve dikey entegrasyon açısından aşağıdaki gibi sınıflandırmak mümkündür (Tengilimoğlu vd., 2017: 190-195).

a) Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler

Hastaneler verdikleri hizmetlerin türüne göre genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere sınıflandırılabilir.

- **Genel Hastaneler:** Yaş, cinsiyet ve acil vaka ayrımı gözetmeksizin bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla her türlü hastaya hizmet sunan hastanelerdir.
- **Özel Dal Hastaneleri:** Belirli hastalıkları veya belirli bir yaş ve cinsiyet grubu hastaların tanı, muayene, tedavi ve rehabilitasyonunun yapıldığı hastanelerdir. Onkoloji hastaneleri, göğüs hastalıkları hastaneleri, çocuk hastaneleri, fizik tedavi hastaneleri ve doğumevleri bu tür hastanelere örnek verilebilir.

b) Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler

Hastaneler mülkiyetin hangi kurum ve kuruluşa ait olduğuna göre devlete doğrudan bağlı hastaneler, devlete dolaylı bağlı hastaneler ve özel hastaneler olmak üzere sınıflandırılabilir.

- **Devlete Doğrudan Bağlı Hastaneler:** Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastaneleridir.
- **Devlete Dolaylı Bağlı Hastaneler:** Belediye ve üniversite hastaneleri bu grupta yer alır. Belediye hastanelerinin sağlık hizmetine katkısı sınırlı iken, üniversite hastaneleri eğitim ve araştırma hizmetlerinin yanı sıra üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu önemli kuruluşlardır.
- **Özel Hastaneler:** Kâr amacı ile kurulup işletilen kendi güçleri ile kendilerini geliştirmeye çalışan şahıslara, yabancılara ve azınlıklara ait hastanelerdir.

Aşağıdaki şekilde hastaneler mülkiyeti kamu veya özel olmasına göre sınıflandırılmıştır (Tengilimoğlu vd., 2017: 190).

Şekil 9
Mülkiyet Esasına Göre Hastanelerin Sınıflandırılması



Kaynak:Tengilimoğlu vd., 2017: 190

c) Yatış Süresine Göre Hastaneler

Hastaneler hastaların hastanede kalış sürelerine göre kısa süreli kalınan hastaneler ve uzun süreli kalınan hastaneler olmak üzere sınıflandırılabilir.

- **Kısa Süreli Hastaneler:** Hastaların 30 günden az sürede hastanede kaldığı, akut hasta yatağı bulunan hastanelerdir. Hastaların %50'den fazlası kısa süreli olarak hastanede kalmaktadır. Türkiye'deki genel devlet hastaneleri ve doğumevleri bu gruba örnek verilebilir.
- **Uzun Süreli Hastaneler:** Hastaların 30 günden daha fazla sürede kaldığı kronik hasta yataklarının bulunduğu hastanelerdir. Tüberküloz hastaneleri, psikiyatri hastaneleri, zührevi hastalıklar hastaneler, geriatri hastaneleri, fizik tedavi hastaneleri bu gruba örnek verilebilir.

d) Büyüklüklerine Göre Hastaneler

Hastaneler yatak kapasitelerine yani büyüklüklerine göre 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılabilir. Hastanelerin yatak kapasiteleri büyüdükçe hastane içindeki idari kademe ve pozisyonlar artış gösterir ve işletme içerisinde yeni hizmet birim ihtiyacı veya mevcut birimlerde büyümeye gidilerek organizasyon yapısında değişiklik meydana gelir. Mevcut yönetmeliklere göre Türkiye'de özel ve kamu hastanelerinin asgari yatak kapasite şartı 25 olup, Türkiye'de özel hastanelerin büyük çoğunluğu 100 yataktan daha kapasiteli hastanelerdir. Tablo-3' de 2014 yılında Türkiye'deki hastanelerin yatak sayılarına göre dağılımı göstermiştir.

Tablo 3
Türkiye'de Hastanelerin Yatak Sayısına Göre Dağılımı (2014)

Yatak Sayısı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
800 ve üzeri yatak	15	17	-	32
600-799 yatak	30	10	1	41
400-599 yatak	54	7	-	61
200-399 yatak	109	11	17	137
100-199 yatak	116	16	95	227
50-99 yatak	147	4	196	347
25-49 yatak	169	-	170	339
25 yataktan az	213	2	67	282
Yatak olmayan	-	2	0	2
Toplam	853	69	546	1468

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: 2014

e) Halkın Kullanımına Açık Olma Durumuna Göre Hastaneler

Hastaneler halkın kullanımına açık olma durumuna göre toplumun geneline açık hastaneler ve toplumun geneline açık olmayan hastaneler olmak üzere sınıflandırılabilir.

- **Toplumun Geneline Açık Hastaneler:** Kısa süreli hizmet veren topluma açık genel kamu ve genel özel hastanelerdir.
- **Toplumun Geneline Açık Olmayan Hastaneler:** Uzun süreli hizmet veren, toplumun her kesimine açık olmayan psikiyatri hastaneleri, tüberküloz hastaneleri, AMATEM gibi alkol ve sigara bağımlılarına hizmet veren hastaneler, kronik hastalıklar için hizmet veren hastaneler ve onkoloji hastaneleridir.

f) Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler

Eğitim statüsüne göre hastaneler eğitim hastaneleri ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olmak üzere sınıflandırılabilir.

- **Eğitim Hastaneleri:** Tanı ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra sağlık hizmetlerine yönelik araştırmalarının yapıldığı ve sağlık profesyonellerine eğitim hizmeti verilen hastanelerdir.
- **Eğitim Amaçlı Olmayan Hastaneler:** Temel amacı eğitim vermek olmayan sınırlı olarak uygulamaya yönelik staj imkânlarını sunarak eğitime katkı sağlayan tanı ve tedavi hizmetlerinin sunulduğu hastanelerdir.

g) Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Akreditasyon; sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini iyileştirmek için tasarlanan ve kuruluşun organizasyon ve hasta odaklılığı karşılayıp karşılamadığının yetkili ve bağımsız bir otorite tarafından incelenmesi ile başlayıp onaylanması ile sonuçlandırılmasını içeren bir süreçtir. Sağlıkta Akreditasyon Standartları Dünya Sağlık Örgütü ve International Society for Quality in Health Care (ISQua) 'nın sağlıkta kalite alanında hasta güvenliği, kalite iyileştirme, hasta ve hizmet kullanıcı odaklılığı, kurumsal planlama ve performans ilkeleri çerçevesinde minimum değeri risk, optimum kalite, maksimum değeri güvenlik esasına uygun olarak yapılandırılmıştır.

Akreditasyon durumuna göre hastaneler akredite edilen ve akredite edilmeyen hastaneler olmak üzere sınıflandırılabilir. Kullanılan akreditasyon hasta odaklı ve organizasyon odaklı standartlar olmak üzere gruplandırılabilir. Hasta odaklı standartlar; hizmete erişim, hizmette süreklilik, hasta ve yakınlarının hakları, hastanın değerlendirilmesi, hastaların bakımı, anestezi ve cerrahi bakım, hasta ve yakınlarının eğitimi, ilaç kullanımı ve yönetimini kapsar. Organizasyon odaklı

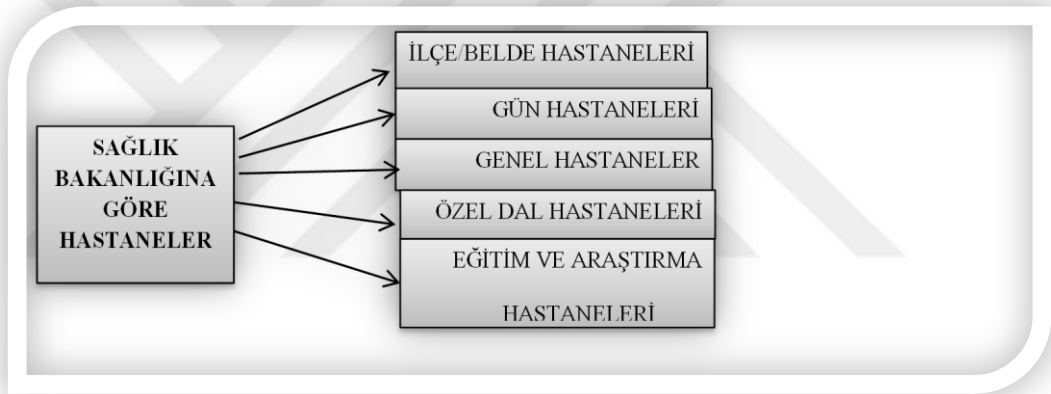
standartlar ise sağlık kuruluşuna ait yonetim standartlarını kapsar. Turkiye’de akreditasyon calışmalarının temelleri ilk kez sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile 2005 yılında atılmış olup, 2016 yılı itibariyle 48 kuruluş Joint Commission International (JCI) tarafından verilen akreditasyon belgesini almaya hak kazanmıştır.

h) Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yonnetmeliğinde dikey entegrasyona göre hastaneler; ilçe/belde hastaneleri, gün hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastaneleri olmak üzere sınıflandırılmıştır (Resmi Gazete, 1983: 17927). Şekil.10 ‘da Sağlık Bakanlığı’nın yataklı tedavi kurumlarının dikey entegrasyona göre grupları gösterilmektedir.

Şekil 10

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumlarına Göre Hastane Grupları



- **İlçe/belde hastaneleri:** Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir Şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.
- **Gün hastanesi:** Birden fazla branşta, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan, bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.
- **Genel hastaneler:** Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların

kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

- **Özel dal hastaneleri:** Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.
- **Eğitim ve araştırma hastaneleri:** Öğretim, eğitim ve araştırmak yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

1.8. Türkiye’de Kamu Hastaneleri Birlikleri Sağlık İşletmesi Modeli

Dünya Bankası 2003 tarihli raporunda, kamu hastanelerinin hem sağlık hizmeti üretimi, hem de idari açıdan verimliliğinin artırılabilmesi için, kendi öz kaynaklarını ortaya çıkarabileceği ve özzerkleşebileceği bir işletme modeline sahip olması gerektiği savunulmuştur (Dünya Bankası, 2008:15). Türkiye’de bu görüş doğrultusunda sağlık işletmesine dönüş sürecinde ilk fiili adım; 19.01.2005 tarihli 5283 sayılı kanunla Sağlık Bakanlığı’na bağlı olmayan SSK hastanelerinin Bakanlığa bağlanması ile atılmıştır. Eğitim hastaneleri dışındaki kamu hastaneleri ve diğer sağlık kuruluşlarının il özel iadesine bağlanarak sağlık işletmesi modeline geçiş “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Kanun Tasarısı ve “Sağlık Kanun Tasarısı” ile öngörülmüş ancak tasarılar yasalaşamamıştır. Bunun üzerine, 2 Kasım 2011 tarihli resmi gazetede yayınlanan 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur.

663 sayılı kararnamenin 29. maddesinde; “Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli,” Sağlık Bakanlığına bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun kurulduğu belirtilmektedir. Aynı kararnamede Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun görev, yetki ve sorumlulukları şu şekilde belirtilmektedir:

a) Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak.

b) Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması maksadıyla Bakanlığa teklifte bulunmak.

c) Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistematığı için her türlü alt yapıyı kurmak.

) Kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak.

d) Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışma yürütmek.

e) Hastane hizmetleriyle ilgili yapılacak çalışmalarda gerekli komisyonları kurmak.

f) Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek.

g) Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idar ve mal hizmetleri yürütmek.

Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması kapsamında; 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 30. maddesinde belirtildiği üzere “Kurum tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir.” hükmü gereğince kurulan Kamu Hastane Birlikleri teşkilatı illerde genel sekreterlik ve hastane yneticiliklerinden oluşmaktadır. Genel sekreterlikler birliğin en üst karar ve yürütme organı olarak görev almıştır. Kurulan genel sekreterlikler bünyesinde tıbbi, idari ve mali hizmetler olmak üzere üç başkanlık görev yapmaktadır. Birliğe bağlı hastanelerde hastanenin idaresi hastane yöneticisinin sorumluluğundadır. Hastanelerde yöneticiye bağlı olarak başhekimlik, idari ve mal işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri görev yapmaktadır.

Aynı kararnamenin 31. maddesinde; Genel Sekreter ve hastane yöneticisinin görev, yetki ve sorumlulukları şu Şekilde belirtilmektedir.

1) Genel Sekreter;

a) Birliği belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere ve performans programına göre yönetmek.

b) Birliğin faaliyet ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini değerlendirmek, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek, yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesini sağlamak.

c) Birlik bünyesindeki sağlık kurumlarında etkili ve verimli hizmet sunumunu sağlamak, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit etmek, istihdam planlaması yapmak ve personel hareketlerini gerçekleştirmek.

ç) Hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak.

d) Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak Kuruma sunmak.

e) Birlik ile ilgili istatistikî bilgilerin takibini sağlamak, birliğin malî tablolarını birleştirmek ve alınabilecek önlemler hakkında Kuruma önerilerde bulunmak.

f) Hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamak.

g) İlgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerinin tahakkuk ettirilmesini, gelir ve alacakların takip ve tahsili ile harcama işlemleri ve muhasebe hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.

ğ) Birlik ile ilgili diğer görevleri yürütmek.

2) Genel sekreterlik bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları yer alır. Genel sekreter gerektiğinde sınırlarını yazılı olarak belirlemek suretiyle yetkilerinden bir kısmını alt birim yöneticilerine devredebilir.

3) Hastane yöneticisi;

a) Hastane ölçeğinde Genel Sekreterin görev, yetki ve sorumluluklarına sahip olup, hastanede tüm hizmetlerin verimli ve mevzuata uygun şekilde yürütülmesinden Genel Sekretere karşı sorumludur.

Kararnamenin 34. maddesinde ise birlik hastanelerinin gruplandırılması ve denetimi ilgili şu hükümler yer almaktadır:

1) Hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Kurumca belirlenecek usûl ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir.

2) Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin;

a) Grup dūřurūlmesi,

b) (D) grubunda devralınması halinde, ūçūncū deęerlendirmede ūst gruba çıkarılamaması,

c) (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede ūst gruba çıkarılamaması,

) Būnyesindeki hastanelerden birinin ard arda yapılan iki deęerlendirmede de grup dūřurūlmesi,

d) (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci deęerlendirmede bu hastanenin bir ūst gruba çıkarılamaması, hallerinde Kurumca Genel Sekreterin gūrevine son verilir. Bu fıkranın (a), (b) ve (c) bentlerinde sayılan hallerin hastane ūleęinde gerçekleřmesi durumunda ise, genel sekreterce hastane yūneticisinin gūrevine son verilir.

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU SAĞLIK İŞLETMELERİNDE FİNANSAL YAPI VE FİNANSAL PERFORMANS

Çalışmanın bu bölümünde sağlık işletmelerinin finansal yapısı, sağlık işletmelerinde performans kavramı ve boyutları, sağlık işletmelerinde performans değerlendirme, sağlık işletmelerinde finansal performans kavramı ve yöntemleri açıklanmaya çalışılacaktır.

2.1. Sağlık İşletmelerinin (Hastanelerin) Finansal Yapısı

Sağlık işletmeleri diğer işletmelere göre daha karmaşık yapıya sahip, pahalı hizmet üreten ve sürekli finansmana ihtiyacı olan işletmelerdir. Sağlık işletmelerinin hizmet üretimi için kullandıkları insan gücü, tıbbi malzeme, tıbbi ilaç gibi girdi unsurları hizmet üretim birimlerinde (poliklinik, ameliyathane, klinik, yoğun bakım gibi) muayene sayısı, taburcu edilen hasta sayısı, ameliyat sayısı gibi çıktı unsurlarına dönüşür. Girdi unsurlarının temin sürecinde yaşanan herhangi bir sıkıntı, çıktı unsurlarını olumsuz yönde etkileyerek işletmenin hizmet üretiminde sıkıntılar yaşanmasına neden olur (Ağırbaş, 2014: 17-18).

Sağlık işletmelerinin kullandıkları girdilerin ve çıktı olarak üretilen hizmetin maliyetinin yüksek olması bu işletmelerdeki finansal faaliyetleri daha önemli kılmaktadır. Sağlık işletmelerinde finansal faaliyetler, sağlık hizmetleri ile ilgili yapılan harcamaların hangi kaynaktan nasıl karşılanacağını ve bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına etkin ve verimli bir biçimde nasıl yönlendirileceğini kapsayan faaliyetler bütünüdür. Finansal faaliyetleri kapsamında bir sağlık işletmesinin gelirlerinin nereden ve nasıl sağlanacağını belirlenmesi, nakit, faaliyet ve sermaye bütçelerinin analiz edilmesi ve işletme ile ilgili diğer finansal faaliyetlerin yürütülmesi yer alır (Özgülbaş, 2001:12).

Türkiye’de hastanelerin finansal faaliyetleri ile ilgili olarak yapılan araştırmalar; kamu hastanelerindeki finansal sistemin çok başlı yönetilmesi, üst düzey yöneticinin yönetim muhasebesi, maliyet muhasebesi, maliyet analizleri, finansal tablo analizleri gibi finansal konularda bilgi eksikliği ve yetersizliği gibi pek çok finansal sorunları ortaya koymuştur (Yıldız, 2013: 29).

Hastanelerin mülkiyetinin kamu veya özele ait olması; kar amacı gütmeyen kamu hastaneleri ile kar amacı güden özel hastaneler arasında finansal açıdan farklı

yapıların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Ayrıca finansal yapı açısından kamu hastanelerinin finansal yapı organizasyonu ve idaresi ile ilgili birçok kanun ve yönetmelik ile bağlayıcı koşul bulunurken, özel hastaneleri finansal yapı açısından hiçbir bağlayıcı unsur bulunmamaktadır. Özel hastaneler borçlanma yoluna giderek piyasa koşullarındaki en uygun fonu temin edebilmektedirler (Aydın, 2003: 3). Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde finansal yönetimi için geçerli olan temel amacı vardır. Bu amaç işletmenin kamu veya özel sektör olmasına göre farklılık gösterir. Özel sağlık işletmelerinin sağlık hizmet üretiminde temel amacı; kâr iken, kâr amacı gütmeyen kamu sağlık işletmelerinde temel amaç, sağlık işletmesinin eldeki kaynakları en etkin ve verimli şekilde kullanarak firma değerini maksimize etmesi, dolayısıyla finansman sağlayıcısı olan devletin giderlerinin ise minimize edilmesidir (Aydın, 2003; Ağırbaş, 2014).

2.1.1. Kamu Hastanelerinin Finansal Yapısı

Kamu hastanelerinde hukuken birbirinden bağımsız olarak çalışan genel bütçe, döner sermaye, taşınır mal ve taşınmaz mal finansal yapısı olmak üzere genel dört ayrı finansal yapı bulunmaktadır.

- **Genel Bütçe Finansal Yapı:** Kamu hastanelerinin hazine tarafından sağlanan fonlarla finanse edilen kısmı genel bütçe finansal yapısını oluşturur. Genel bütçeli kurumlar tüzel kişiliğe sahip 5018 sayılı yasaya ekli I sayılı cetvelde yer alan tek bir tüzel kişilik olarak kendine özgü mal varlığı ve geliri olmayan kurumlardır. Genel Bütçeli kurumların bütçeleri “Analitik Bütçe Sistemi” ile hazırlanmakta, muhasebe sistemleri ise Maliye Bakanlığı’nın saymanlık teşkilatları (defterdarlık, muhasebe müdürlükleri, mal müdürlükleri) tarafından Maliye Bakanlığı tarafından geliştirilen “say2000i web tabanlı otomasyon sistemi” ile yürütülür (Köse, 2004: 227). Bu kamu kurumları içerisinde yer alan Sağlık Bakanlığı’nın genel bütçesi 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu kapsamında hazırlanmakta ve uygulanmakta ve denetlenmektedir (Ağırbaş, 2014: 131). Genel bütçe, Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık işletmelerine Sağlık Bakanlığı aracılığıyla aktarılır. Sağlık Bakanlığı hastaneleri toplam gelirlerinin yaklaşık %34,7’sini genel bütçeden almaktadır. Genel bütçeden hastanelere aktarılan kaynak sağlık işletmesinin zorunlu giderleri içerisinde yer alan personel giderlerinin ancak %80’ini karşılayabilmektedir (Tengilimğolu vd., 2017: 222).

- **Döner Sermaye Finansal Yapı:** Hastanelere kamu maliyesi alanında belirli ve sürekli bir amacın elde edilmesi için genel veya katma bütçeden bir miktar paranın, azaltılmamak şartı ile verilerek elde edilen döner sermayenin oluşturduğu finansal yapıyı ifade eder. Döner Sermaye İşletmeleri kamu adına faaliyet gösteren, kamu hizmetinden ayrımı mümkün olmayan ticari mahiyetli işlerin kamu hizmeti ile birlikte yürütülmesi ve bu hizmet yürütülürken doğan atıl kapasitelerin değerlendirilmesi amacıyla kurulan işletmelerdir. Ülkemizde maddi anlamda en büyük döner sermayeye sahip kurum Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinin genel bütçe sisteminde gerçekleşen muhasebe işlemlerinin kayıtları Maliye Bakanlığı birimleri tarafından tutulurken, döner sermaye finansal sistemine ilişkin muhasebe kayıtları ise Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) ile ilgili birimleri tarafından tutulmaktadır (Köse, 2012: 227). Sağlık işletmelerinde sunulan sağlık hizmetleri karşılığında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından aktarılan kaynak ve cepten yapılan ödemeler döner sermaye finansal yapısının temel kaynağıdır (Tengilimoğlu vd., 2017: 222). 2006 yılından beri Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık tesisleri tarafından sunulan sağlık hizmet bedelleri Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında imzalanan Global Bütçe Protokolü hükümlerine göre belli bir ödeme planına uygun olarak karşılanmaktadır. Aylık gönderilen Global Bütçe ödeneği Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlara sabit giderler, değişken giderler ve kurumsal farklılıklar gözönünde bulundurularak Bakanlık tarafından dağıtılmaktadır (Ağırbaş, 2014: 157). Sağlık Bakanlığı hastaneleri cari giderlerini çoğunlukla gelirlerinin yaklaşık %65'ini oluşturan döner sermaye gelirlerinden karşılamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2017: 222).
- **Taşınır Mal Finansal Yapısı:** Taşınır mal; kamu işletmelerinin mali yönetimi içerisinde mal ve hizmet üretmek amacıyla kullanılan ve taşınabilen kamu mallarının oluşturduğu finansal yapıdır. Hastanelerin ilk madde ve malzeme stokları, makine, tesis ve cihazlar, taşıt araçları ve demirbaşları taşınır mal finansal yapısı içerisinde yer almaktadır. Kamu sağlık işletmeleri taşınır mal muhasebe kayıtları 28.12.2006 tarihli Taşınır Mal Yönetmeliğine göre "Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS)" ile tutulmaktadır. Böylece hem Sağlık Bakanlığı'na bağlı merkez ve taşra teşkilatlarının taşınır

mallar ilişkin kayıtları merkezi olarak tutulmakta hem de elde edilen veriler merkezi olarak değerlendirilebilmektedir (Köse, 2012: 228). Sağlık işletmelerinde ameliyat malzemeleri, laboratuvar malzemeleri, ilaçlar, tıbbi sarf malzemeleri, tıbbi gazlar, radyoaktif malzemeler, genel sarf malzemeleri, temizlik malzemeleri, kırtasiye malzemeleri, bilgi işlem malzemeleri, yakıt, gıda malzemeleri vb. taşınır mallar stokları oluşturur. Sağlık işletmelerinde teşhis ve tedavi sürecinde kullanılan malzemelerin ihtiyaç tespitinin zamanında yapılması, istenilen miktarda, istenilen kalitede ve en uygun fiyatta temin edilmesi etkin stok yönetimi ile sağlanır .Sağlık işletmesi etkin stok yönetimi ile düşük maliyetle maksimum değeri fayda sağlayarak kaynaklarını daha etkin ve verimli kullanabilir (Tengilimoğlu vd., 2017: 268).

- **Taşınmaz Mal Finansal Yapısı:** Taşınmaz mal; kamu sağlık işletmelerinin hizmet sunarken kullandığı arsa ve araziler ile binaların oluşturduğu finansal yapıdır. Taşınmaz mallara ilişkin muhasebe kayıtları ise Maliye Bakanlığı'nın Milli Emlak Genel Müdürlüğü merkez ve taşra birimleri tarafından 01.01.2006 tarihinde Kamu İdarelerine Ait Taşınmaz Kaydına İlişkin Yönetmeliğine göre kayıt altına alınmaktadır (Köse, 2012: 228).

2.1.2. Hastanelerde Finansman Modeli Olarak Kamu Özel Ortaklığı

Kamu Özel Ortaklığı Modeli, “kamunun yaptığı yol, su, eğitim, sağlık ve bazı altyapı hizmetlerinin birçoğu özel sektör tarafından da yapılması ve sunuma hazır hale getirilmesini sağlayan bir süreci kapsar. Bu süreçte tüm sorumluluk, maliyet, yetki, gelir, risk, fayda ve zararlar özel sektör ve kamu sektörü tarafından eşit ölçüde paylaşılır. Bu modelde kamu sektörünün yüksek maliyetli finansman ihtiyacı sağlanırken, özel sektör ise kira geliri ile kâr elde eder. Böylece her iki sektör için aşırı görev yükü önlenmiş olur. Kamu Özel Ortaklığı Modeli; sağlık gibi yüksek maliyetli hizmetlerin yürütülmesinde kamunun harcama yükünü azaltan bir finansman model olup, ülkemizde sağlık sektöründe son yıllarda oldukça yaygınlaşmıştır. Son yıllarda kurulan şehir hastaneleri bu finansman modeli ile kurulan sağlık işletmelerine örnek gösterilebilir (Acartürk ve Keskin, 2012: 26-27).

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair 5683 sayılı Kanununun 09 Haziran 2007 tarih ve 26547 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmesi ile 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 17/C Maddesinin (k) bendine göre Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın

görevi; ülkemizin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin çok daha modern koşullarda sunulmasına imkân sağlayacak yeni sağlık tesislerinin; yapımını, yenilenmesini ve yönetimini, özel sektörün kaynak ve tecrübelerinden de istifade ederek, kamu-özel ortaklığı modeli ile etkin ve verimli bir şekilde planlamaktır (Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü (SYGM), 2018).

Türkiye’de Kamu özel ortaklığı kapsamında 8 ilde toplam 8 bin 364 yatak kapasiteli 8 şehir hastanesi açılmış olup, 2020 yılının sonuna kadar 10 ilde 22 bin 739 kapasiteli 12 şehir hastanesinin yapılması planlanmaktadır. Şehir hastanelerinin yapılması düşünülen iller: Ankara Bilkent, Ankara Etlik, Bursa, Konya, Gaziantep, Tekirdağ, Kütahya, Kocaeli, İzmir Bayraklı, İstanbul İkitelli, Şanlıurfa’dır. Şehir hastaneleri kampüslerinde genel hastanelerin yanı sıra kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi, kalp damar hastalıkları hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi, onkoloji hastanesi, ruh sağlığı hastanesi, yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastanesi gibi dal hastanelerinin hizmet vermektedir (SYGM, 2018).

2.2. Sağlık İşletmelerinde Performans Kavramı ve Boyutları

İşletmeler için performans kapsamlı ve çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte sağlık işletmelerinde ise bu kavram her paydaş için (hasta, hekim, sağlık kurumu yöneticisi, sağlık belirleyicisi gibi) farklı anlamlar içerir.

2.2.1. Sağlık İşletmelerinde Performans Kavramı

Performans; amaçlı ve planlanmış bir işi gerçekleştiren birey veya grubun o işle ilgili belirlenen hedefe yönelik neye ulaşılabilirdiğini ve neyin sağlanabilirdiğini ifade eden nitel ve nicel bir kavramdır (Karaman, 2009: 413). Performans bir işletme için, iş sisteminin belli bir zaman dilimindeki sonuç olarak değerlendirilen çıktısının, işletmenin amacının yerine getirilme derecesi olarak tanımlanabilir (Akal, 2000: 1). Bir işletmenin toplam performansının bilinebilmesi için girdileriyle çıktıları arasındaki ilişkinin ve sonuçların ölçülüp değerlendirilmesi gerekir (Benligiray, 1999: 8). Çağdaş Yönetim anlayışında performans bir işletmenin amaçlarına ulaşma düzeyini tanımlayan, işletmenin başarısını gösteren çok boyutlu bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Demirsel, 2006: 72).

Daha önce ifade edildiği üzere sağlık işletmeleri açısından performans oldukça kapsamlı ve karmaşık bir kavram olmakla birlikte her paydaş için farklı bir anlam taşır. İyi bir performans hasta için; kaliteli bir sağlık hizmeti almak; hekim için, sağlık sonuçlarının mükemmelliği, sağlık yöneticisi için yönettiği kurumun

sürekliliği; sağlık politikası belirleyicileri için ise toplumun sağlığının geliştirilmesi olarak tanımlanabilir (Avcı ve Çınaroğlu, 2015: 3).

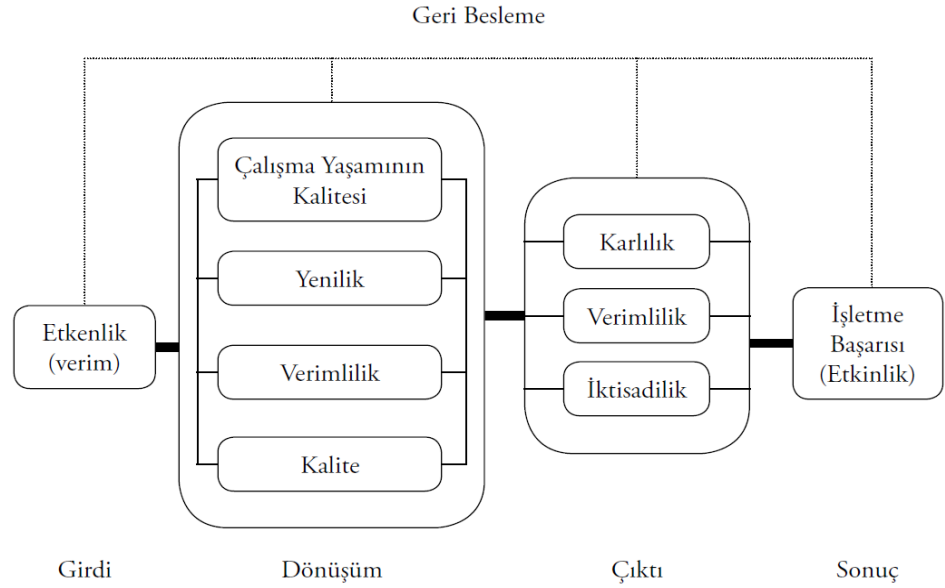
Sağlık işletmelerinde performans kıt kaynakların etkili ve verimli şekilde kullanılabilmesi ve hızla artan maliyet kontrolü için son derece önemli ve gereklidir. Sağlık işletmelerinin eldeki kıt kaynakları etkin ve verimli kullanması ancak maliyet, etkililik ve performans analizlerinin iyi bir şekilde planlanmasıyla mümkün olabilir (Tarım, 2004:240-246). Etkili bir sağlık işletmesi oluşturulabilmesi için güçlü bir performans değerlendirmesi gerekmektedir. Performans değerlemesinden elde edilen bilgiler, yöneticiler tarafından işletmenin sürekliliği ve geliştirilebilmesi için stratejik bir araç olarak kullanılabilir (Waldman, 1997: 264). İşletme yöneticileri, performans değerlendirmesinden elde edilen bilgilerle işletmenin geleceğine yönelik kararlar verirler (Tetik, 2003: 222). Sağlık işletmelerinde muayene sayısı, hekim-hemşire etkililiği, yatakların etkin kullanımı, poliklinik sayısının artırılması, taburcu sayısı, mali gösterge oranları önemli performans göstergeleridir (Bayram, 2006: 45).

Sağlık işletmelerinde performans yönetimi ile ilgili çalışmalar 1970' li yıllarda verimlilik ölçümüne yönelik çalışmalarla başlamıştır. Bu yıllardan itibaren sağlık sektöründe diğer sektörlerde olduğu gibi performansın artırılması sektörün başarısının sağlanmasında önemli bir rol oynamıştır (Özgülbaş, 2001: 20).

2.2.2. Sağlık İşletmelerinde Performans Boyutları

Performans bir işletmenin başarı düzeyini tanımlayan çok boyutlu bir kavramdır. Sanayi devriminin başlangıcından yakın zamana kadar performansın boyutları olarak sadece kâr ve maliyet incelenirken, zamanla yaşanan değişim ve gelişmelerle performans kavramına yeni boyutlar ilave edilmiştir. Günümüzde performans kavramı etkinlik, etkililik, verimlilik, yenilik, kalite, esneklik, kârlılık ve ekonomiklik boyutları ile incelenmektedir (Akal, 2000: 15). Şekil 11'de günümüzde kullanılan performans boyutları ve birbirleri ile ilişkileri yer almaktadır.

Şekil 11
Performans Boyutları ve İlişkileri



Kaynak: Ayanoğlu ve ark, 2010:46

- **Etkinlik:** Etkinlik, bir işletmenin hedeflenen amaçlarına belirlediği politika, proje ve aldığı tedbirlerle ulaşma başarısı ve derecesidir.

$$\text{ETKİNLİK} = \frac{\text{ÇIKTI}}{\text{PLANLANAN ÇIKTI}}$$

Etkinlik düzeyi işletmenin amaç ve hedeflerine bağlı öznel, değişken ve göreceli bir boyuttur. Minimum değeri çaba ve maliyet ile maksimum değeri sonuç elde etme kapasitesi olarak da tanımlanabilen etkinlik; teknik, ölçek ve fiyat etkinlik kavramlarını içerir. Teknik etkinlik; en az girdi ile en fazla çıktı elde edilmesi etkinliğidir. Ölçek etkinliği; en uygun ölçekte üretim yapma etkinliğidir. Fiyat etkinliği ise; minimum değeri maliyetle üretim yapılması etkinliğidir. (Yıldız, 2013: 43-44) Sağlık işletmelerinde etkinlik ölçütü, işletmenin hedeflerine ulaşma derecesidir. Etkinlik düzeyi hesaplanırken sağlık işletmelerinde maliyetler genellikle dikkate alınmaz. Örneğin; tüm hastalıkları teşhis eden kanserden korunma programı %100 etkindir (Özgülbaş, 2005: 127).

- **Etkililik:** Bir işletmenin sahip olduğu veya herhangi bir etkinlik sonucu elde ettiği imkânların en iyi şekilde kullanılmasıyla elde edilebilecek nitelik ve niceliğe ulaşma düzeyidir. İşletmenin eldeki imkânlarla gerçekleştirebileceklerin ne kadarının gerçekleşebileceğini ve amaçlarına ulaşma derecesini gösterir. Özellikle hizmet üreten kurumların değerlendirme çalışmalarında önemlidir (Yıldız, 2013: 44)

$$\text{ETKİLİLİK} = \frac{\text{GERÇEKLEŞEN}}{\text{ELDEKİ İMKÂNLARLA EN İYİ GERÇEKLEŞECEK OLAN}}$$

Sağlık işletmelerinde etkililik; en az maliyetle temin edilen, etkin ve verimli kullanılan girdilerle işletmenin amaçlarına ulaşma derecesidir. Sağlık işletmelerinin hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilite edilmesi gibi ortak amaçlarına ulaşma sürecindeki başarısı, işletmenin etkililik düzeyini gösterir. Etkililik düzeyi diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmeleri için de çıktı unsurları ile ilgili bir boyuttur. Bu boyut ile ilgili değerlendirmeler yapılırken, işletmenin genel bir bütün olarak değerlendirilmesinin yanısıra, ameliyathane, yoğunbakım, poliklinik, laboratuvar vb. birim bazlı değerlendirmenin yapılması daha yararlı olacaktır (Ağırbaş; 2014: 21).

- **Verimlilik:** Bir işletmenin hedefleri doğrultusunda belli girdilerle en yüksek çıktının elde edilmesi veya belirli çıktıların en az girdiyle elde edilmesidir. Verimlilik kısıtlı kaynakların daha etkin kullanımı için son derece gerekli ve önemli olup, performans boyutlarının başında gelmektedir. Verimlilik sağlık hizmeti veya malı üretimi için gerekli birim çıktı başına girdi oranı olup; girdi ve çıktı arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkinin derecesini gösterir (Benligiray, 1999: 12-13).

$$\text{VERİMLİLİK} = \frac{\text{GİRDİ}}{\text{ÇIKTI}}$$

Verimlilik; sağlık işletmesine eldeki kıt kaynaklarla düşük maliyetle kaliteli hizmet sunma sürecini öğreten bir performans boyutu olup, sağlık işletmesinin iç işleyişi ile ilgilidir. Kısacası sağlık işletmeleri açısından verimlilik, en düşük maliyetle kaliteli sağlık hizmeti üretilmesidir. Verimlilik sağlık işletmelerinin eldeki girdilerinden yararlanma becerilerini ortaya koyar (Ağırbaş, 2014:20-21). Sağlık işletmesinde çalışan sağlık personelinin zamanını iyi yöneterek daha fazla hastaya bakım verebilmesi veya en az hata ile laboratuvar tetkiklerine bakılması bu boyuta örnek olarak verilebilir (Özgülbaş, 2005:127). Sağlık işletmelerinin eldeki kaynakları verimli kullanamaması hem hizmet sunumunda aksaklıklara hem de işletme için gelir kayıplarının yaşanmasına neden olur. Verimlilik ile ilgili değerlendirme çalışmalar yapılırken etkililik düzeyinde olduğu gibi sağlık işletmesinde genel değerlendirmenin yanısıra birim bazlı değerlendirmeler yapılmalıdır (Ağırbaş, 2014: 21).

- **Yenilik:** Bir işletmenin ürettiği ürün ve hizmetin katma değer yaratarak ticarileşebilmesidir. Yenilik sadece ürün ve hizmetle sınırlı olmayıp bu ürün ve hizmeti meydana getiren tüm süreç ve faaliyetler için söz konusu olabilir. Başka bir deyişle işletmenin ürettiği üründe herhangi bir yenilik ve değişim yapmadan ürünü farklı bir yöntemle pazarlaması veya insan kaynakları yönetimi açısından yeni bir ücret ve performans sistemi kullanılması da bir yeniliktir. İster kamu ister özel sektör olsun sağlık işletmeleri, hizmetten yararlananlara en iyi hizmeti verebilmek için sürekli yenilikçi yaklaşım içinde olmalıdır. Bu yenilikçi yaklaşım çerçevesinde sağlık işletmeleri, tıbbi, mali ve idari hizmet faktörlerini sürekli iyileştirerek hem çalışan hem de hasta memnuniyetini arttırabilmelidir (Sarsenova, 2010; Yıldız, 2013).
- **Kalite:** Bir işletmenin ürettiği ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin bütünüdür. Kalite, yararlananların beklentilerinin ne ölçüde karşılandığının göstergesidir. Bu gösterge kaynakların verimli kullanımını sağlayarak ürün ve hizmetlere kullanım uygunluğu sağlayan, işletmelerin kamusal sorumluluk anlayışı geliştiren bir performans boyutudur. Kalitenin müşteri memnuniyetinin artması, pazar payının artması, kârın

artması, çalışan memnuniyetinin artması, yüksek rekabet gücü ve maliyetlerin azalması gibi işletme performansına ve gelişmesine pek çok olumlu katkısı da vardır (Akal, 2002: 28). Sağlık sektöründe hizmete ulaşılabilirlik ve tıbbi açıdan uygulanan tedavinin etkililiği kalite boyutu çerçevesinde izlenmeli, sağlık hizmet kalitesini geliştirmek amacıyla işletme tarafından somut hedefler ve standartlar belirlenmelidir (Özgülbaş, 2005: 127).

- **Esneklik:** İşletmenin piyasadaki değişikliklere hızlı ve etkili bir şekilde uyum sağlayabilmesi olup, uzun vadede işletmenin sistem yapısını ve elemanlarını iyileştiren önemli bir performans boyutudur. Sağlık işletmeleri kaliteli ve düşük maliyetli sağlık hizmeti sunabilmek için değişen koşullara uyum sağlayarak esnekliklerini sürekli devam ettirmek zorundadır. Sağlık işletmelerinin esnekliklerini devamlı kılmaları finansal performanslarını da etkileyen bir boyuttur (Çam, 2008: 56).
- **Kârlılık:** İşletmenin belli bir dönemde sağladığı kârın aynı dönemde işletmenin kullandığı sermayeye oranı olup, işletmenin başarısını gösteren önemli bir performans boyutudur. Kârlılık tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de finansal sürdürülebilirlik ve işletmenin başarısı için son derece önemli bir boyuttur. İşletmeler kâr ile faaliyetlerini devam ettirirerek varlıklarını sürdürürler (Yıldız, 2013: 44).

$$\text{KÂRLILIK} = \frac{\text{KÂR}}{\text{SERMAYE}}$$

- **Ekonomiklik:** Ekonomiklik, tutumluluk kavramı ile de ifade edilebilen, işletmenin en az maliyetle girdi kaynaklarını uygun kalitede elde etmesidir. Toplam satış tutarının toplam maliyet tutarına oranı olan ekonomiklik düzeyi hesaplanırken, işletme üretimi ile ilgili tüm masrafları maliyete dâhil etmelidir. Ekonomiklik; işletmenin başarısını yansıtan, performans kavramı ve unsurlarında yaşanan değişim sürecinde değişmeyen tek boyuttur. Bu boyut işletmenin en düşük maliyette uygun kalitede çıktı ve kaynak temin etmesi olarak tanımlandığından bu boyutu başarı ile gerçekleştiren işletmeler

tutumlu işletmeler olarak tanımlanabilir. Sağlık sektöründeki tutumlu işletmeler üretim amacıyla kullandığı girdileri en düşük maliyette temin edip, üretilen hizmetin kalitesini düşürmeden üretilen ürünün fiyatını azaltan, ucuz elektrik gibi girdi kullanan işletmelerdir (Özgülbaş, 2005: 127). Ekonomiklik, sağlık işletmelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinden ödün vermeden hizmet sunumu için gerekli girdilerin en uygun fiyatla temin edilmesini ve sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetinin azaltılmasını sağlayan önemli bir boyuttur. Sağlık işletmelerine ilaç, tıbbi malzeme, MR, tomografi, koroner anjiyografi, röntgen cihazı vb, alımlarında ekonomiklik ilkesi doğrultusunda piyasa fiyat araştırması yapılması ve kaliteli ürünün en mâkul fiyata alınması, sağlık işletmelerine daha hizmetin sunumunun başlangıç aşamasında büyük avantaj sağlayarak girdi maliyetlerini azaltır (Ağırbaş, 2014: 20).

2.3. Sağlık İşletmelerinde Performans Değerleme

Sağlık işletmeleri etkin maliyet yönetimi sağlamak, kaynaklarını etkin ve verimli kullanmak için performanslarını sürekli iyileştirerek devam ettirmek zorundadır. Etkin ve verimli yapılan bir performans değerlendirme sağlık işletmesine etkin ve verimli hizmet sunma imkânı sağlar (Çam, 2008: 41). Ancak sağlık işletmelerinde verilen tıbbi hizmetin gerekliliği ve sağlık politikalarının sunulan sağlık hizmeti belirleyici rolü sağlıklı bir performans değerlemeyi zorlaştırmaktadır (Günel, 2013: 95). Sağlık işletmelerinde performans değerlemesi sağlık yöneticisinin sorumluluğundadır.

2.3.1. Performans Değerlemenin Amacı ve Yararları

Performans değerlendirme, işletmede karar alıcıların doğru karar almaları ve işletmenin kuruluş amaçlarının gerçekleştirilmesi için son derece gerekli ve önemlidir. Performans değerlendirme; işletmelerin geçmişe yönelik çalışmalarını değerlendirmelerine, ekiskliklerinin tespit edilmesine, bunların giderilmesine, işletmenin performansını etkileyen faktörlerin tespit edilmesine ve geleceğe yönelik doğru kararların alınmasını sağlayarak işletmenin başarısının artırılmasına katkı sağlar. Performans değerlendirme ile işletmeler, kaynaklarını daha etkin ve verimli kullanma yollarını öğrenir. İşletmelerin performans göstergelerinin saptanıp değerlendirilmesi, etkin bir şekilde yönetimi ve geliştirilmesi için de son derece gereklidir (Bayyurt, 2007: 578). Sağlık işletmelerinin de diğer işletmeler gibi etkin

ve verimli hizmet sunabilmesi düzenli aralıklarla performans değerlendirilmesinin yapılmasına ve yapılan değerlendirme sonuçlarının doğru analiz edilerek doğru kararların alınmasına bağlıdır. İşletmelerin sürekliliğini ve kâr maksimizasyonunu performansına bağlı olduğundan performans değerlemesi işletmeler açısından son derece önemlidir (Çam, 2008: 40).

Performans değerlemenin yönetsel ve geleceğe ilişkin çalışana ve işletmenin genel durumuna yönelik amaçları vardır. Yönetsel amaçlar; işletmenin en alt biriminden en üst biriminin başarı düzeyinin ölçülmesine olanak sağlama, çalışanlarla ilgili doğru ve etkin kararların alınmasını sağlayacak bilgilerin edinilmesi, işletmenin amaçları ile çalışanların gereksinimlerinin bütünleşmesini sağlayacak ortamın hazırlaması, işletmenin geleceğe yönelik ortaya çıkabilecek sorunların önceden tespit edilmesi ve işletmenin insan kaynakları ve yönetim fonksiyonu ile ilgili bilgilerin sağlanması olarak sıralanabilir. Geleceğe yönelik amaçlar ise; çalışanların başarı düzeylerinin hangi düzeyde olduğunun tespit edilmesini sağlayarak işletme ile çalışan arasında ortak bir hedef oluşturmak, iş verimini ve çalışan motivasyonu arttırmak, eğitim ihtiyaçlarını tespit etmek, adil ücret politikası belirlemek, çalışanların kariyer beklentilerine karşılık vermek, yöneticilerin işletmenin geleceği ile ilgili doğru kararlar vermesini imkân sağlamak ve işletmenin geleceğe yönelik finansal kararlar almasında alt yapı oluşturmak olarak sıralanabilir (Eraslan ve Algün, 2005: 96).

Performans değerlemenin amaçlarının yanısıra birtakım faydaları da vardır. Performans değerlemenin faydalarını aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Barutçugil, 2002; Yüreğir ve Nakıboğlu, 2007):

- Performans değerlendirme, işletme yöneticilerine yapılan iş ve çalışanlar hakkında önemli bilgiler sunar, iş süreçlerinin daha iyi anlaşılmasını ve süreçlerin sorunların belirlenmesini sağlayarak sürecin iyileştirilmesine katkı sağlar.
- Performans değerlendirme ile çalışanların iş verimlilikleri ve tatminleri artar.
- Performans değerlendirme işletmenin finansal sürdürülebilirliğini sağlayacak geliştirilmiş yöntemlerin ve yeni fikirlerin ortaya çıkmasına imkân sağlar.

- Performans değerleme, işletmenin performansını geliştirecek, verimliliğini artıracak uygulamalar hakkında yol gösterir.
- İyi bir performans değerleme işletmenin geleceği ile ilgili doğru yönetsel ve finansal kararların alınmasına olanak sağlar.
- Performans değerleme, işletme sahiplerinin i ve dış paydaşlarından haberdar olmasını sağlayarak işletmenin sunduğu hizmet ve ürünün kalitesinin geliştirilmesini sağlar.
- Performans değerleme, işletmenin stratejik planlarının ve amaçlarını destekler.
- Performans değerleme, işletmenin iş süreçlerini diğer iş süreçleri ve rakipleri ile kıyaslanmasını sağlayarak işletmenin başarisının ölçülmesini sağlar.

Performans değerlemenin sağlık işletmelerinde de diğer tüm işletmelerde olduğu gibi yönetici, çalışan ve işletme açısından ayrı ayrı yararları vardır. Bu yararları aşağıdaki gibi sağlık yönetici, sağlık çalışanı ve sağlık işletmesi açısından sıralayabiliriz (Tengilimoğlu vd., 2017: 406):

- **Sağlık yöneticisi açısından performans değerleme;**
 - ✓ Sağlık alışanları ile sağlık yöneticileri arasından ilişki ve iletişimin güçlendirilmesini sağlar.
 - ✓ Sağlık yöneticileri tarafından çalışanlarının yetersizlikleri ile yeterliliklerinin bilinmesini ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçlarının planlanmasını sağlar.
 - ✓ Sağlık yöneticilerinin astlarına yetki devrini kolaylaştırır.
 - ✓ İşletme içerisinde çalışanlardan kaynaklı mevcut ve olabilecek problemlerin ortaya çıkarılmasını sağlar.
 - ✓ çalışanların değerlendirilmesini ve hatalarının dzetilmesini sağlar.
 - ✓ İş doyumunu arttırmaya yönelik bilgi sahibi olunmasını sağlar.
 - ✓ çalışanların iş tutumu hakkında bilgi sahibi olunmasını sağlar.
 - ✓ Sağlık yöneticilerinin yöneticilik becerilerini ortaya koyma fırsatı sunar.
- **Sağlık alışanları açısından performans değerleme;**
 - ✓ Sağlık çalışanlarına zgven duygusu kazandırır ve arttırır.

- ✓ Sağlık çalışanlarının çalıştığı birimin ve işletmenin hedefleri hakkında bilgi sahibi olunmasını ve bu hedeflerin tartışılmasını sağlar.
 - ✓ Sağlık çalışanlarının işletme içerisindeki rolünü tam anlamıyla yerine getirip getirilmediğinin belirlenmesini sağlar.
 - ✓ Sağlık çalışanlarının kendilerinin zayıf ve güçlü yönlerini öğrenebilme fırsatı sunar.
 - ✓ Sağlık çalışanlarının sürekli kendini geliştirme isteğinin olmasını sağlar, iş doyumunu artırır.
- **Sağlık işletmesi açısından performans değerlendirme;**
 - ✓ Sağlık işletmesi içindeki birimlerin geliştirilmesini sağlar.
 - ✓ Sağlık işletmesinin verimliliğini artırır.
 - ✓ Sağlık işletmesinde sunulan hizmetlerin kalitesini artırma fırsatı sunar.
 - ✓ Sağlık işletmesinde ücret yönetimin etkin ve hakkaniyetli bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlar.
 - ✓ Sağlık işletmesinde çalışanların motivasyon düzeylerinin belirlenmesini ve bu düzeyin geliştirilmesi için gerekli planlamaların yapılmasını sağlar.
 - ✓ Sağlık işletmesinde finansal ve yönetsel açıdan doğru kararların alınmasını sağlar.
 - ✓ Sağlık işletmelerinin kaynaklarını etkin ve verimli kullanılmasında yol göstericidir.
 - ✓ Sağlık işletmelerinin başarısı için gerekli olan finansal ve finansal olmayan performans göstergelerinin geliştirilmesini, iyileştirilmesini sağlar.
 - ✓ Sağlık işletmesinin başarı düzeyinin ölçülmesini sağlar.

2.3.2. Performans Değerleme Yaklaşımları

1950’li yıllar itibariyle küreselleşmenin hız kazanması, tüm dünyada artan rekabet olgusu, müşterilerin ve çalışanların beklentilerinin artması, bilgiye dayalı ekonominin ortaya çıkması işletmeleri performans değerlendirme yapmasını zorunlu kılmıştır (Keklik, 2018: 71-72). Performans değerlendirme yaklaşımları tarih içinde yaşanan ekonomik, teknolojik ve sosyal gelişmelere paralel olarak süreçlerin tek başına incelenmesinden sistem yaklaşımına, finansal ölçütlerden finansal olmayan

ölçütlere doğru gelişme göstermiştir (Yüreğir ve ark., 2007: 546). Performans değerlendirme yaklaşımları geleneksel (klâsik), ve modern (çağdaş) olmak üzere iki başlık altında toplayabiliriz.

2.3.2.1. Geleneksel (Klâsik) Performans Değerleme Yaklaşımları

Geleneksel performans yaklaşımı, işletmenin sahip olduğu performans düzeyinin belirlenmesi ve çalışanların işletmenin hedeflediği performans düzeyine ulaşip ulaşmadığı ile ilgilenen muhasebeye dayalı bir yaklaşımdır (Çam, 2008: 47). Geleneksel yaklaşımda; kâr ve büyüme gibi finansal temelli, işletmenin içi ile ilgilenen, geçmiş verilerle performansın kıyaslandığı, birim performansına odaklı tek boyutlu performans değerlendirme ölçütleri kullanılır (Yüreğir ve Nakıboğlu, 2007: 548). Geleneksel performans yaklaşımı kısa dönemli olup, bu yaklaşım modelinde bireysel başarı ön planda tutulmaktadır. Geleneksel yaklaşımda performans, doğrudan kârlılık ve büyüme ile belirlenmektedir. Geleneksel performans yaklaşımında Mc Gregor'un X kuramı etkili olup, otoriter yönetim ve denetim anlayışının hâkim olduğu mutlak amir anlayışı vardır (Kingir ve Taşkiran, 2006: 200). Geleneksel yaklaşım işletmenin bugünkü durumunu bir önceki döneme göre finansal ölçütlerle kıyaslar. İşletmenin mevcut satışlarında bir önceki döneme göre artış varsa ve işletme kâr ediyorsa performansı geleneksel yaklaşımına göre iyi demektir (Ağca ve Tuncer, 2006: 176).

Muhasebeye ve finansal ölçütlere dayanan Geleneksel yaklaşımları; Sıralama Yöntemi, İkili Karşılaştırma Yöntemleri, Kontrol Listesi Yöntemi, Kritik Olay Yöntemi, Grafik Değerlendirme Ölçeği, Davranışsal Değerlendirme Ölçeği, Davranışsal Gözlem Ölçeği ve Zorunlu Seçim Yöntemi olarak sıralamak mümkündür (Keklik, 2018: 72).

- **Sıralama Yöntemi:** Sıralama yöntemi, tüm çalışanların başarı ölçütüne göre en iyi olandan en kötü olana doğru sıralanması ile uygulanan bir yöntemdir. Performans değerlemesi yapan kişi sıralama yönteminde kişiyi ve kişinin gösterdiği performansını bir bütün olarak değerlendirir. Değerleyici başarılı gördüğü çalışanı en üste başarısız gördüğü çalışanı ise en alta yazarak iyiden kötüye doğru sıralar (Üzüm ve Uçkun, 2018; Keklik, 2018).
- **İkili Karşılaştırma Yöntemi:** İkili karşılaştırma yöntemi, bir çalışanın diğer çalışanla kıyaslandığı bir yöntemdir. Bu yöntemde çalışanlar yukarıdan aşağıya ve soldan sağa doğru matris tablosuna yazılarak her çalışanın birbirleriyle karşılaştırılması yapılır.

Değerleyici başarılı olduğunu düşündüklerine işaret koyar, çalışanlar işaret sayılarına göre sıralanır (Keklik, 2018: 72). En çok işareti alandan en az işareti alana doğru sıralama yapılarak çalışanların performansı değerlendirilir (Üzüm ve Uçkun, 2018: 259).

- **Kontrol Listesi Yöntemi:** Kontrol listesi yönteminde çalışanın nitelik ve davranışlarını belirlemek amacıyla soruların bulunduğu, evet ve hayır şeklinde işaretlenen bir form kullanılır. Form üzerinde işaretlemeler yapıldıktan karşılığındaki değerler toplanarak ortalamaları alınır (Okakın ve Sakar, 2013: 149).
- **Kritik Olay Yöntemi:** Kritik olay yöntemi, çalışanların bağlı oldukları yöneticiler tarafından kritik nitelik taşıyan iş ve olay karşısındaki olumlu ve olumsuz davranışlarının kaydederek performanslarının ölçüldüğü bir yöntemdir. Bu yöntemde amirler astlarını sürekli gözlemler, zaman sınırlaması bulunmaz (Üzüm ve Uçkun, 2018: 260).
- **Grafik Değerlendirme Ölçeği:** Grafik değerlendirme ölçeği, çalışanın kişisel özellikleri, işe ilişkin davranışları ve yaptığı işin sonuçlarının puanlama dayalı olarak ölçüldüğü ve çalışanın bireysel başarılarını değerlendirmek amacıyla kullanılan bir yöntemdir (Ayan, 2013: 211). Bu yöntemle çalışanların tümü değerlendirilebileceği gibi, değerlendirme yapılacak çalışana ait başarı ölçütleri kullanılarak bir çalışanın da değerlendirilmesi yapılabilir (Üzüm ve Uçkun, 2018: 259).
- **Davranış Değerlendirme Ölçeği:** Davranış değerlendirme ölçeği, çalışanın performansını kişisel özellikler yerine beklenen iş davranışlarına göre ölçer. Davranışsal değerlendirme ölçeği, her iş ve pozisyon için ayrı hazırlanan ve formun hazırlanmasında çalışanın katılımına izin veren bir yöntemdir (Keklik, 2018: 74). Şekil 12’de davranışsal değerlendirme ölçeği örneği yer almaktadır.

Şekil 12
Davranış Değerleme Ölçeği

İş İlişkileri		
Çalışma grubuyla ve diğer işgörenlerle olan ilişkileri son derece iyidir.	1	
	2	Çalışma grubuyla ve diğer işgörenlerle ilişkileri fazlaca tatmin edici düzeydedir.
Çalışma grubuyla ve diğer işgörenlerle işin gerektirdiği derecede iş birliği yapmaktadır.	3	
	4	Diğer kişilerle ilişkileri ortalama düzeydedir.
Çalışma grubuyla ve diğer işgörenlerle olan ilişkilerinde çeşitli sorunlar bulunmaktadır.	5	
	6	Diğer kişilerle ilişki kurma ve sürdürmede başarılı değildir.
Diğer kişilerle ilişki kurma ve sürdürmede oldukça başarısızdır.	7	

Kaynak: Üzüm ve Uçkun, 2018: 260

- **Davranışsal Gözlem Ölçeği:** Davranışsal gözlem ölçeği, davranışsal değerlendirme ölçeğinden güçlü yanlarından yararlanarak geliştirilen ve daha fazla kriter içeren bir yöntemdir. Davranışsal gözleme ölçeği, çalışandan beklenen davranışı çalışanın gözlemlenme derecesine göre değerlendirir (Ferecov, 2003: 9).
- **Zorunlu Seçim Yöntemi:** Zorunlu seçim yöntemi, değerlendirme yapacak kişiye olumlu ve olumsuz tanımlama cümlelerinden oluşan bir form ile uygulanan bir yöntemdir. Bu yöntemde değerlemeci form üzerindeki çalışanın durumunu belirten tanımlama cümlelerinden çalışan için en uygun seçeneği işaretleyerek değerlemede bulunur. Değerlemeci tanımlama cümleleri çalışan için uymasa bile en uygun olanını seçmek zorundadır (Keklik, 2018: 74).

2.3.2.2. Modern (Çağdaş) Performans Değerleme Yaklaşımları

Performans değerlendirme yaklaşımları değişen ve gelişen koşullara uyum sağlamak için geçmişten günümüze sürekli değişim ve gelişme içerisinde. Bu değişim sürecinde bazı yaklaşım yöntemleri önemini kaybederken, bazı yaklaşım yöntemleri daha önemli hale gelmiştir. Günümüz rekabet koşullarında daha çok kârlılık ve üretim odaklı geleneksel yaklaşım önemini yitirirken, kalite ve müşteri odaklı modern performans yaklaşımı daha önemli hale gelmiştir (Çam, 2008: 47). Modern performans yaklaşımı, işletmenin tüm boyutlarıyla değerlendirildiği, strateji,

müşteri, kalite, kârlılık, insan kaynakları, yenilik, esneklik gibi geniş çaplı finansal ve finansal olmayan performans ölçütlerinin kullanıldığı çok boyutlu bir yaklaşımdır (Ağca ve Tuncer, 2006: 176). Modern performans yaklaşımı, geleneksel yaklaşıma göre daha zamanında, ölçülebilir, kesin, işletmenin amaç ve hedeflerine uyumlu, değişen değişim ve gelişime açık bir performans değerlendirme yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, geleneksel performans değerlendirme yaklaşımının sınırlamalarını ve eksiklerini ortadan kaldırarak işletmenin performansı hakkında doğru, gerçekçi ve güncellenmiş yönetim bilgisi sunar (Yüreğir ve Nakıboğlu, 2007: 548-549). Çağdaş performans yaklaşımında Mc. Gregor'un Y kuramı etkilidir. Bu yaklaşımda çalışanlar; astlar, akranlar ve müşterilerden oluşan bir çerçevede çok boyutlu kaynaklardan elde edilen veriler ile değerlendirilir (Kıngır ve Taşkiran, 2006: 201). Çağdaş performans yaklaşımı; bireysel başarıyı değil, takım başarısına önem vererek değer yaratma üzerinde yoğunlaşır, gelecek odaklı olup, uzun dönemli stratejiler içerir (Toni ve Tonchia, 2001: 47). Şekil 13'de geleneksel ve çağdaş performans yaklaşımlarının özellikleri yer almaktadır.

Şekil 13

Geleneksel ve Modern Performans Yaklaşımlarının Karşılaştırılması

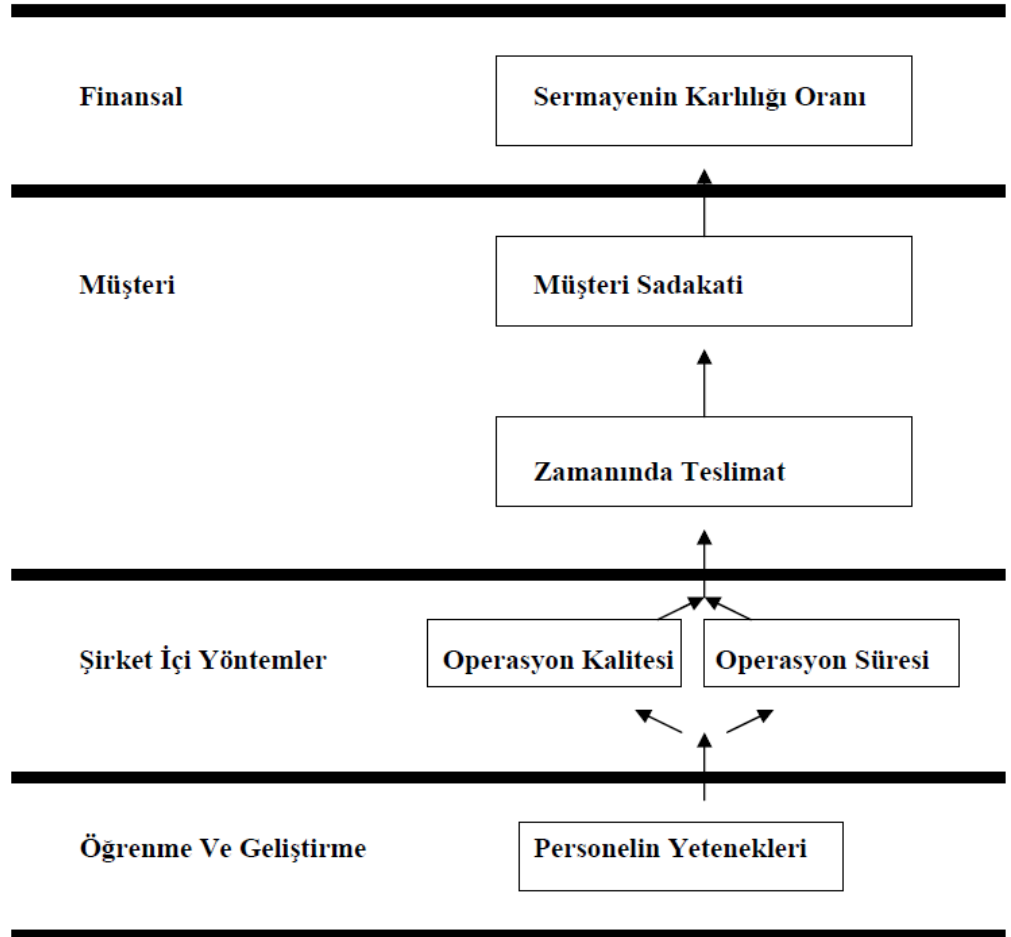
Geleneksel Performans Yaklaşımı	Modern Performans Yaklaşımı
Maliyet / Verimlilik Tabanlı	Değer Tabanlı
Performans / Kar İlişkisi Odaklı	Performans ve Müşteri Odaklı
Kısa Dönem- Geçmiş ve Bugün Odaklı	Strateji- Uzun Dönem- Gelecek Odaklı
Bireysel Başarı ve Ölçüm Odaklı	Takım Başarısı ve Takım Çalışması Odaklı
Fonksiyonel Ölçüler Yaygın	Çapraz Ölçüler Yaygın
Standartlarla Karşılaştırmalar	Gelişmeleri Sürekli İzleyen ve Değerlendiren Bir Yaklaşım
Değerlendirme Odaklı	Değerlendirme ve Müşteriyi Üretim Faaliyetine Ortak Etme

Kaynak: De Toni ve Tonchia, 2001: 47

Kalite ve müşteri odaklı modern performans yaklaşımları; Dengeli Performans Değerleme Modeli (Balanced Scorecard), Paydaş Temelli Performans Değerleme Yöntemi (The Stakeholder Scorecard), Lynch- Cross Performans Piramidi, Amaçlara Göre Değerleme Yöntemi, 360 Derece Değerlendirme Yöntemi, Yetkinliklere Dayalı Değerlendirme ve Mükemmellik Modeli olarak sıralamak mümkündür (Ağca ve Tuncer, 2006: Keklik, 2018).

- **Dengeli Performans Değerleme Modeli (Balanced Scorecard):** Dengeli Performans Değerleme Modeli, Kaplan ve Norton tarafından finansal performans değerlendirmesindeki eksikliği gidermek için geliştirilen, özellikle büyük işletmeler tarafından kullanılan, finansal boyut, süreçler boyutu, müşteri boyutu, öğrenme ve geliştirme boyutu olmak üzere dört boyutu olan modern performans değerlendirme yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, işletme yöneticilerine, işletmenin vizyon ve stratejisinin dört boyutlu kapsamlı bir çerçevede sunulmasına imkân sağlar (Kaplan ve Norton, 1999: 32-33). Şekil 14’de Dengeli Performans Modelinin ve dört boyutu ve ölçütleri yer almaktadır.

Şekil 14
Balanced Scorecard ve Boyutları



Kaynak: Kaplan ve Norton, 1999: 39

Şekil 14’de de görüldüğü gibi Balance Scorecard (BSC)’ın öğrenme ve gelişme boyutunun ölçütü; çalışanın yetenekleri, şirket içi yöntemler olan süreç boyutunun ölçütü; operasyonunun kalitesi ve süresi, müşteri

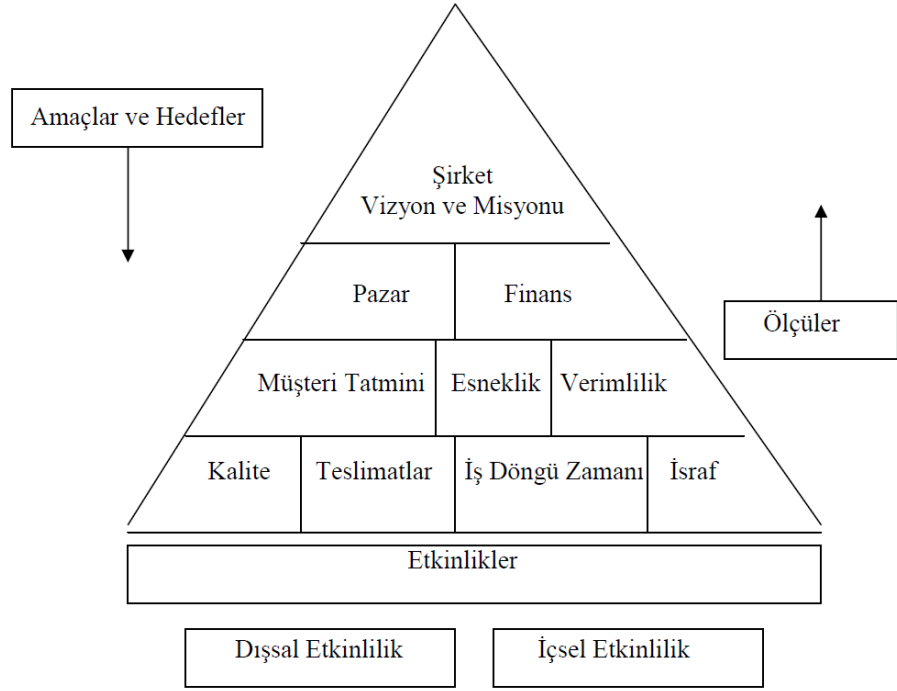
boyutunun ölçütü müşteri sadakati ve zamanında teslimat, finansal boyutun ölçütü ise sermaye karlılığının oranıdır.

BSC, sadece performans değerlendirme yaklaşımı değil, aynı zamanda stratejik yönetim sistemidir. Bu yönetim sistemi, işletmenin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bir araç olarak kullanılır. BSC, üst düzey işletme yöneticilerinin uzun dönemde başarı sağlayacak stratejilere odaklanmalarını sağlar. BSC'nin etkin ve verimli bir performans değerlendirme yaklaşımı olması, işletmelerin kendi içsel süreçlerine adapte etmelerine bağlıdır (Karaman, 2009: 426).

- **Paydaş Temelli Performans Değerleme Yöntemi(The Stakeholder Scorecard):** Paydaş temelli performans değerlendirme yaklaşımı; işletmenin finansal performansının gelişmesinde finansal olmayan performansının etkili olduğunu gösteren Atkinson ve arkadaşları tarafından geliştirilen modern değerlendirme yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, işletme içi ve dışı paydaş grupları arasındaki ilişkiyi ortaya çıkararak, paydaşların gereksinimlerini ve beklentilerini performans değerlemede gözönünde bulundurur. Paydaş Temelli Performans Değerleme Yöntemi, işletme paydaşlarının performansını işletmenin amaçlarının gerçekleştirilmesinde belirleyici unsur olarak görür. Bu yaklaşıma göre; işletmenin performansı, paydaşların performansının toplamı olup, finansal ve finansal olmayan iki boyutu kapsar (Ağca ve Tuncer, 2006: 179).
- **Lynch- Cross Performans Piramidi:** Lynch-Cross Performans Piramidi, ismini aldığı Lynch ve Cross tarafından geliştirilen, işletmenin neyi nasıl elde edeceğini gösteren performansın sonuç ve süreçlerini ortaya koyan finansal ve pazar olmak üzere iki boyutu olan modern performans değerlendirme yaklaşımıdır. Aşağıdaki şekilde performans piramidi gösterilmektedir.

Şekil 15

Performans Piramidi



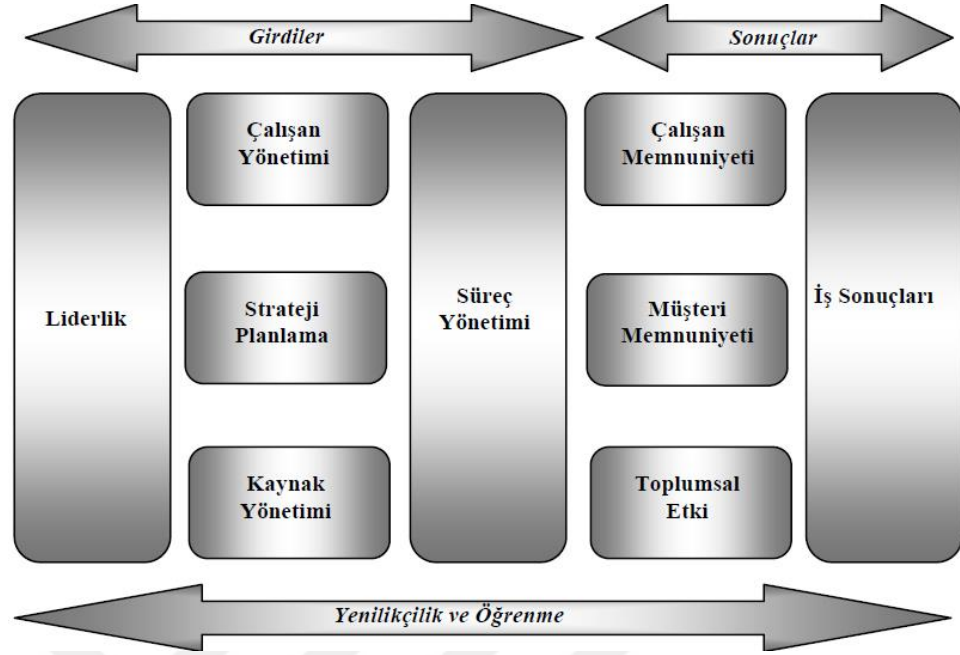
Kaynak: Barutçugil, 2002:15

Şekil 15’de görüldüğü gibi piramidin en tepesinde işletmenin vizyonu ve misyonu yer almaktadır. Bu aşamada işletmenin elde etmek istediği sonuçlar ve sonuçların nasıl ölçüleceği belirlenir. İşletmede birim düzeyinde kullanılan göstergeler ile finans ve pazar performansı ölçülür. Finansal performans göstergeleri ile ilişkili pazar ve finans boyutu piramidin ikinci katında yer almaktadır. Piramidin üçüncü katında müşteri tatmini, esneklik ve verimlilik yer alır. Piramidin en alt katında ise kalite, teslimat, iş döngüsü, israf boyutu yer alır. Piramitte aşağıya doğru inildikçe bir bölümden diğerine aktarılarak gerçekleştirilen işler yer alır.

- **Amaçlara Göre Değerleme Yöntemi:** Amaçlara göre değerlendirme yöntemi, Peter Ducker tarafından geliştirilen temelinde bazı hedefleri belirleme ve belirlenen hedefler üzerinde odaklanma olan modern performans yaklaşımıdır. Bu yaklaşım birey ve işletmenin amaçlarını bütünleştirir. Amaçlara göre değerlendirme yönteminde, işletme yöneticisinin ve çalışanın hedefleri birlikte belirlenerek, çalışan motivasyonu, eğitimi ve performans değerlendirilmesi yapılır. İşletmenin başarısını geliştirme amacı taşıyan bu yaklaşımda hedeflerin gerçekleşip gerçekleşmediği belirli periyodlarla değerlendirilir (Keklik, 2018: 75).

- **360 Derece Değerlendirme Yöntemi:** 360 Derece Değerlendirme Yöntemi, çalışanın performansının üstleri, astları ve kendi seviyesindekiler tarafından değerlendirildiği ve geri bildirim sağlandığı modern yaklaşım yöntemidir (Akdoğan ve Demirtaş, 2009: 52). Günümüzde son derece popüler olan bu değerlendirme yaklaşımı çalışanın performansının sadece yönetici bakış açısıyla değerlendirilmemesine, iş ilişkisinde bulunduğu tüm çevresiyle değerlendirilmesine ve geri bildirim imkân sağlayan, müşterilerin de performans değerlendirme sürecine katıldığı çok boyutlu bir yaklaşımdır (Keklik, 2018: 75).
- **Yetkinliklere Dayalı Değerlendirme:** Yetkinliklere dayalı değerlendirme, çalışanların işletme içindeki rollerini en iyi şekilde yerine getirmesi için sahip olması gereken kritik bilgi, beceri ve tutumunu tanımlayan modern değerlendirme yaklaşımıdır (Lekshmi ve Radhika, 2016: 1919).
- **Mükemmellik Modeli:** Mükemmellik Modeli, Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı tarafından geliştirilen işletmenin iş stratejilerinin oluşturulmasını ve geliştirilmesini sağlayan modern performans değerlendirme yaklaşımıdır. Mükemmellik modelinde; politika ve stratejilerin, çalışanların, kaynakların ve süreçlerin uygun bir liderlik anlayışıyla yönlendirilmesiyle performansa, çalışanlara, müşterilere ve topluma yansıyan mükemmel sonuçlar elde edilebilir. Mükemmellik modelinde liderlik, politika ve strateji, çalışanlar, işbirlikleri, kaynaklar ve süreçleri oluşturan girdi kriterleri ve müşterilerle ilgili sonuçlar, çalışanlarla ilgili sonuçlar, performans ile ilgili sonuçlar ve toplumla ilgili sonuçların oluşturduğu çıktı kriterleri olmak üzere başlıca iki kriter yer alır (Yüreğir ve Nakıboğlu, 2007: 556). Şekil 16'de mükemmellik modelinde yer alan girdi ve çıktı kriterleri ve birbirleri ile ilişkileri yer almaktadır.

Şekil 16
Mükemmellik Modeli



Kaynak: Yüreğir ve Nakıboğlu, 2007: 557

2.4. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans

Sağlık işletmeleri diğer işletmelerden farklı olarak eş zamanlı pek çok faaliyeti bir arada yürütürken bir yandan da finansal yapılarını koruyarak sürdürülebilirliklerini sağlayan işletmelerdir. Sağlık işletmelerinde finansal performans; kıt kaynakların etkin ve verimli kullanımı için ekonomik değerlendirme sağlayarak karar verme sürecinde alternatif yol gösterici olup, hastane yönetiminden hükümet politikalarına, sağlık sisteminin yapısından maliyetlerine kadar birçok faktörden etkilenmektedir.

2.4.1. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans Kavramı

Finansal açıdan başarılı bir işletme, borç ve öz sermaye ile dengeli fon sağlayabilen, özkaynaklarını optimum seviyede finanse edebilen işletmedir (Özgülbaş, 2005: 128). İşletmelerde iyi bir planlama, iyi bir denetim ve doğru yönetsel kararların alınabilmesi için işletme yöneticileri tarafından düzenli aralıklarla finansal performansının ölçülmesi ve değerlendirilmesi gerekir (Çam, 2008: 55). Bu bağlamda finansal performans; karar vericilere işletmenin mali durumu ve gelişimi ile ilgili bilgi sağlayan çok boyutlu bir kavramdır. Finansal performans işletmenin hedeflerinin gerçekleştirilme derecesinin kâr-zarar, miktar ve nicelik bakımından yorumlayan örgütsel değişim ve yönetim açısından son derece önemli bir kavramdır. Finansal performans, işletmenin varlıklarını nasıl kullandığını gösteren bir kriter olması sebebiyle işletme içi kadar işletmenin dışını da ilgilendirir. İşletmenin

finansal performans sonuçları sürekli değişen çalışma koşullarında gerek işletme sahip ve yöneticileri, gerekse işletmeye finansman sağlayan kredi kuruluşları açısından büyük önem taşımaktadır (Kıyak, Bozaykut, Güngör ve Aktaş, 2011: 1522). İşletmeler; değişen rekabet koşullarına ayak uydurmak, örgütün itibarını arttırmak ve uygun şartlarda sermaye bularak uzun vadede finansal sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için iyi bir finansal performansa sahip olmak ister (Neely, Gregory ve Platts, 1995: 85).

Sağlık işletmeleri kalite ve maliyet odaklı sağlık hizmeti sunabilmek için finansal performanslarını sürekli devam ettirmek zorundadır. Sağlık işletmelerinde finansal performans; işletmenin finansal durumunu, yatırımların güvenilirliğini ve riskini değerlendirilmesini sağlayan ve finansal planlamada son derece yararlı bir kavramdır (Özgülbaş, 2005: 128).

Ülkemizde sağlık sektöründeki en önemli sorun; sağlık işletmelerinin sayısal anlamda yetersizliğinden çok mevcut kaynaklarının iyi yönetilememesidir. (Acar, 2003: 21). Bu durum sağlık işletmelerinin finansal planlamasını ve finansal performansını doğrudan etkilemekte ve finansal performans kavramını daha önemli hale getirmektedir.

2.4.2. Finansal Performansın Ölçülmesinin Önemi

Finansal ve teknik verilerle analiz edilmesiyle ölçülen finansal performans; sağlık işletmelerinin finansal durumu hakkında bilgi sahibi olunmasının yanı sıra, yapılan finansal yatırımların güvenilirliğini ve riskinin değerlendirilmesini sağlar. Bu açıdan finansal performans ölçümü finansal kararların alınmasında son derece etkin ve etkilidir. Özellikle sağlık işletmelerinde kıt kaynakların etkin ve verimli kullanılabilmesi için alınacak finansal kararlarda finansal performans ölçümünden elde edilen sonuçlar son derece etkin rol oynar. Finansal performans ölçümünden elde edilen bilgiler; işletmelerin ekonomik açıdan karar verme sürecinde alternatifler arasından etkili seçim yapmalarına yardımcı olur (Çam, 2008: 51).

İşletmelerin finansal başarısı ancak finansal performansının ölçülmesi ile anlaşılabilir. Finansal performans göstergelerinden kâr marjı başta sağlık işletmesi yöneticileri olmak üzere tüm işletme yöneticileri tarafından finansal başarı ölçütü olarak kullanılmaktadır (Yıldız, 2013: 49). Sağlık işletmelerinde finansal planlamanın ve finansal performansın başarılı olabilmesi aşağıda belirtilen koşulların gerçekleştirilmesine bağlıdır (Özgülbaş, 2005: 128).

- Sağlık yöneticileri tarafından finansal planlamada kullanılmak üzere finansal açılımlar geliştirilmelidir.
- Sağlık işletmelerinin uzun vadeli hedeflerinin gerçekleştirilmesine yardımcı olacak makro analizlerin yapılarak işletmenin finansal amaçları belirlenmelidir.
- Sağlık işletmesinde yatırım fırsatları ve gerçekleştirilen projeler analistler tarafından değerlendirilmelidir.
- Sağlık işletmesinin rekabet koşullarına uyum sağlayabilmesi için beş yıllık sermaye harcamaları tahmin edilmelidir.
- Sağlık işletmesinin borç kapasitesi analizlerinin yapılarak gelecekteki borç kapasitesinin belirlenmelidir.
- Sağlık işletmesinin örgütün finansal pozisyonunu belirleyerek sermaye açıkları kapatılmalıdır.
- Sağlık işletmesinin örgütün faaliyet karı ve sermaye harcamaları arasındaki ilişkisi hesaplanarak, sermaye yatırım harcamalarına ilişkin hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı belirlenmelidir.
- Ayrıca bu koşullar gerçekleştirirken işletmenin mevcut finansal performansının sonuçları göz önünde bulundurularak finansal planlama kararları belirlenmelidir.

Sağlık işletmelerinde finansal performans ölçümünden elde edilen veriler işletme içi ve dışındaki her paydaş için farklı amaç ve sonuç için kullanılır. Finansal performans ölçümünü sağlık işletmesi paydaşlarından mütevellî heyeti; işletmenin finansal durumunu değerlendirmek, yatırım, finans ve fiyatlama kararları almak, kreditorler; işletmeye verilecek kredi miktarını belirleyip, kredinin geri ödemesini güvence altına almak, sendikalar; sağlık çalışanlarına verilen maddi ve manevi imkanları değerlendirmek ve bu imkanları arttırmak, departman yöneticileri; yöneticisi olduğu departmanın faaliyetlerinin işletmenin finansal pozisyonuna etkisini anlamak, ücret tespit kurumları; sağlık işletmesinde uygulanan ve uygulanması öngörülen hizmet fiyatlarını değerlendirmek, fon sağlayan kuruluşlar; sağlık hizmet sunumu için gerekli finansal kaynakları sağlamak için yapılan yardım ve bağışları takip etmek, yatırımcı; yatırım yapacağı sağlık işletmesinin finansal yapısını öğrenmek için kullanırken toplum ise; sağlık hizmet ücretleri ve hizmet

kalitesini arttırmak için kullanılan finansal kaynaklar hakkında bilgi sahibi olmak için kullanır (Özgülbaş, 2005: 128-129).

Cleverley, finansal performans açısından hastaneleri karşılaştırmaya yönelik yapmış olduğu bir çalışmada; maliyetleri, duran varlıkları ve alacakları minimize eden, sermaye sağlamada aşırı borçlanmaya gitmeden borçlanabilen, işletmenin yenilenmesi için fazla fon ayırabilen ve pazar payları yüksek olan hastaneleri finansal performansı yüksek olan işletmeler olarak tanımlamıştır. (Cleverley, 1990: 173).

Finansal performans ölçümünde kullanılan ölçütler kesin ve objektif olmalarının yanı sıra işletmenin performansına bütünsel bir bakış açısı sağlayarak işletmenin uzun vadeli hedeflerinin ifade edilmesine yardımcı olmaktadır. Finansal performans ölçümünden elde edilen sonuçlar işletmenin stratejik başarı göstergesi olarak kullanılarak yöneticiler tarafından alınan stratejik kararlarda etkili olmaktadır. Örneğin; işletmenin beklentisinin altında gerçekleşen kâr marjı yöneticiler tarafından alınan stratejik kararların, uygulanan stratejilerin istenilen sonuçlara ulaşmada yetersiz kaldığını, tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Finansal performans ölçümü işletmenin uzun vadede gelişmesine katkı sağlayacak ölçümlerin yapılmasına da olanak sağlamaktadır (Yıldız, 2013: 49). Finansal performans ölçümü ayrıca; kaynakların etkin ve verimli kullanımı, işletmedeki verimsizliklerin maliyetinin belirlenmesi, çalışanların performans düzeylerinin gerek işletme yöneticileri gerekse kendileri tarafından izlenebilmeleri, işletmede yapılan işin amaçlarına uygun gerçekleştirilebilmesi, diğer işletmelerle karşılaştırmaların yapılabilmesi, çalışanların motivasyonlarının incelenip ödüllendirilmesi, işletme içinde eşit fırsatların düzenlenebilmesi, işletmenin örgüt ikliminde ve yapısında tarafsızlık oluşturabilmesi, işletmenin ve çalışanların hedeflerine ulaşma düzeyinin belirlenmesi için gereklidir (Atkinson vd., 1997: 87).

2.4.3. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans Göstergeleri

Finansal performans ölçümü, işletmenin girdilerini çıktılara dönüştürme etkinliğini sayısal değerlerle ifade edilmesini sağlayan yöntemler bütünüdür (Kabadayı, 2002: 73). Finansal performans ölçümünde bazı finansal performans göstergelerinden yararlanılmaktadır. İşletmelerin finansal performans ölçümünde kullandıkları finansal performans göstergeleri; işletmenin uyguladığı stratejilerin ve aldığı kararların kârlılık ve büyüme gibi finansal hedeflere ulaşmada herhangi bir katkısının olup olmadığını da göstermeye yardımcı olur (Çam, 2016: 19). Sağlık

işletmeleri birçok girdi unsuruyla farklı kaynaklardan yararlanarak hizmet üretimi gerçekleştirdiği için finansal performansının ölçümünde kapsamlı ve çok boyutlu finansal göstergeler kullanılmalıdır. Sağlık işletmelerinin finansal performansın ölçümünde kullandıkları başlıca finansal göstergeler Şekil 17’de gösterilmektedir.

Şekil 17
Finansal Performans Göstergeleri

Net Kâr Marjı	Her satıştan ne kadar kâr sağlandığını gösterir. Net Kâr / Net Satışlar
Varlıkların Karlılığı	Varlıkların verimliliği ve varlık başına karı gösterir.
Varlık Devir Hızı	Varlıkların verimli kullanılıp kullanılmadığını gösterir.
Özsermaye Karlılığı	Her birim özsermaye karşılığında elde edilen karı gösterir.
Yatırımın kârlılığı	Yatırımların verimliliğini ve yatırım başına karı gösterir.
Borç / Özsermaye Oranı	Finansmanda kullanılan kaynak dağılımını gösterir.
Borç Varlık Oranı	Varlıkların finansmanında ne oranda yabancı kaynak kullanıldığını gösterir.

Kaynak:Çam, 2016: 19

- **Net Kâr Marjı:** Net kârın satışlar içerisindeki oranıdır. Sağlık işletmesinin gelirlerinden tüm giderleri düşüldükten sonra kalan net kârın net satışlara bölünmesiyle hesaplandığından dolayı işletmenin finansal performansının ölçümünde önemli bir göstergedir. İşletmenin kârlılık durumunu, başarılı olup olmadığını gösterir (Ercan, Dayı ve Akdemir, 2013: 61). Sağlık işletmelerinde bu oranın yüksek çıkması olumludur. Ancak sağlık işletmesinin geçmiş yıllardaki net kâr marjı ile birlikte değerlendirilmelidir (Ağırbaş, 2014: 98).

- **Varlıkların Kârlılığı:** Net kârın aktif toplamına oranıdır. Varlıkların kârlılığı, sağlık işletmesinin aktifinde yer alan dönen ve duran varlıklarının sağlık hizmet sunumunda verimli kullanılıp kullanıldığını, kullanılmış ise ne derece verimli kullanıldığını gösterir. Varlık kârlılığı'nın yüksek çıkması; sağlık işletmesinin boş kapasitesinin olmadığını, varlıklarını verimli ve etkili kullandığını gösterir (Ağırbaş, 2014: 99).
- **Varlık Devir Hızı:** Net satışların aktif toplamına oranıdır. İşletmenin varlıklarını kullanmadaki verimliliğini gösterir. Sağlık işletmesinin sahip olduğu varlıklar ile ne derece gelir elde edebileceğini gösterir. Bu oranın yüksek olması, işletmenin aktiflerini verimli kullandığını düşük olması ise sağlık işletmesinin eksik kapasite ile çalıştığını veya gereksiz atıl kapasitesinin olduğunu gösterir (Ercan 2013; Ağırbaş, 2014).
- **Özsermaye Kârlılığı:** Net kârın özkaynaklara oranıdır. Sağlık işletmesinin öz kaynaklarını verimli kullanıp kullanmadığını gösterir. Sağlık işletmesinin sahip olduğu veya ortakları tarafından işletmeye sağlanan öz kaynakların her birimine düşen kârı gösterir. Bu oranın yüksek çıkması özellikle işletmenin ortakları açısından son derece olumlu ve önemlidir (Ercan 2013; Ağırbaş, 2014).
- **Yatırımın Kârlılığı:** Net kârın toplam varlıklara oranıdır. İşletmenin yatırımlarının kârlılığını ve yatırım başına düşen kârı gösterir (Çam 2016: 19). Sağlık işletmelerinde bu oran değerlendirilirken işletmenin finansman yapısının da dikkate alınması gerekir. Çünkü sağlık işletmesinin varlıklarının finansmanında yabancı kaynak kullanımı ve borç ve faiz giderlerinin yüksek olması kârlılık durumunun düşük olmasına sebep olacaktır (Ağırbaş, 2014: 99).
- **Borç/Özsermaye Oranı:** Toplam yabancı kaynakların özkaynaklara oranıdır. Finansmanda kullanılan kaynak dağılımını, işletmenin sahipleri tarafından finanse edilen kısmı ile kreditorlerce finanse edilen kısmı arasındaki ilişkiyi gösterir (Aydın, Başar ve Coşkun, 2015; Çam, 2016).

- **Borç/Varlık Oranı:** Toplam yabancı kaynakların aktif varlıklarının toplamına oranıdır. Sağlık işletmesinin finansal yapısının ne kadarını aktif varlıkları ile finanse ettiğini gösterir. Bu oranın yüksek olması sağlık işletmesinin borçlarını ödeyemeyeceğini ve maddi olarak sıkıntı yaşayabileceğini gösterir. Finansal kaldıraç oranı olarak da isimlendirilen bu oranın 0,50 olması, sağlık işletmesinin faaliyetlerini yarısı borç ile yarısını öz kaynakları ile finanse ettiğini gösteren olumlu bir değerlendirmedir (Ağırbaş, 2014: 81).

2.4.4. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansı Etkileyen Faktörler

Ülkemizde sağlık sektöründe birden fazla finansman yönteminin birarada kullanılması, sağlık işletmesi için kesin hesaplar yapılamamasına ve finansal durumunun tam net gösterilemesine ve beraberinde finansal performansın belirlenmesinde bazı sıkıntıların yaşanmasına sebep olmaktadır (Akdur, 1999: 20). Bu nedenle sağlık işletmelerinde finansal performans; hükümet politikaları, hastane yönetimi, sağlık sistemi yapısı ve maliyetler gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (Alparslan, 2014: 27). Sağlık işletmelerinde finansal performansı etkileyen faktörleri kurumsal ve çevresel faktörler olarak sınıflandırabiliriz. Kurumsal faktörler, sağlık işletmesi yöneticileri tarafından müdahale edilebilen işletmenin içine ait faktörleridir. Çevresel faktörler ise işletme yöneticilerinin müdahale şansının bulunmadığı işletmenin dışına ait faktörlerdir (Çam, 2008; Yıldız, 2013).

2.4.4.1. Kurumsal Faktörler

Sağlık işletmesi yöneticileri tarafından müdahale edilebilen işletmenin yönetimi ve denetimi altında bulunan, yönetim, insan kaynakları, finans, pazarlama, klinik sistem, kurumsal yapı ve kültür, fiziksel imkânlar, bilgi sistemleri, liderlik gibi işletmenin iç çevresi ile ilgili faktörler kurumsal faktörlerdir (Tarcan, 2006: 8). Kurumsal faktörleri tıbbi hizmetlere ait, idari hizmetlerine ait, mali hizmetlere ait ve diğer faktörler olarak kendi içerisinde sınıflandırılabiliriz.

- **Tıbbi Hizmetlere Ait Kurumsal Faktörler:** Tıbbi hizmetlere ait faktörler, yatan hasta servis hizmetleri, acil servis hasta hizmetleri, yoğun bakım hizmetleri, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri ile bu hizmetlerde hastaların bekleme süreleri, ameliyathane hizmetleri, ameliyat gruplarına göre ameliyat sayıları, özellikli birimlerin (yoğun bakım, yanık ünitesi, anjiyografi birimi, onkoloji birimi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ünitesi..gibi) sağlık işletmesinde bulunması gibi

işletmenin iç çevresi ve fiziksel imkânları ile ilgili faktörlerdir. Tıbbi hizmetlere ait kurumsal faktörler ölçülebilir, denetlenebilir ve iyileştirilebilir nitelikte olup, bu faktörlerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi hasta memnuniyetini arttırarak finansal performansı olumlu yönde etkilerler (Yıldız, 2013: 52).

- **İdari Hizmetlere Ait Kurumsal Faktörler:** İdari hizmetlere ait kurumsal faktörler, insan kaynaklarının yönetimi, yeterli sayıda hekim, sağlık personeli ve diğer personel istihdamı, poliklinik odaların sayıları ve modernizasyonu, yatak sayısı ve yatak doluluk oranları, elektrik, su ve ısınma giderlerinin kontrolü, bina bakım ve onarım faaliyetleri, teknolojik alt yapı, bilişim sistemleri, tıbbi cihaz bakım ve onarım faaliyetleri ile yedek parça temini gibi işletmenin idari yapısı ile ilgili faktörlerdir. İdari hizmetlere ait kurumsal faktörler sağlık işletmesinin kaynak kullanım kapasitesini ilgilendiren faktörler olup, bu faktörlerin doğru kullanımının ve doğru planlamasının finansal performans üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır (Yıldız, 2013: 53).
- **Mali Hizmetlere Ait Kurumsal Faktörler:** Mali hizmetlere ait kurumsal faktörler, sağlık işletmesinin gelirlerinin giderleri karşılama oranları, alacakları tahsil kabiliyeti, gelir ve gider bütçesi gerçekleşme oranları, yatan ve ayaktan hasta maliyetleri, sağlık tesisinin değişen teknolojiye uyum sağlaması için yapılan teknolojik yatırımlar, sağlık tesisinde yeni açılacak ve genişletilecek birimler için yapılan duran varlık yatırımları, tıbbi cihaz bakım, onarım, kalibrasyon, tadilat ve yedek parça maliyetleri gibi işletmenin mali yapısı ile ilgili faktörlerdir. Mali hizmetlere ait kurumsal faktörler sağlık işletmesinin etkin maliyet kontrolünü ilgilendiren faktörler olup, bu faktörlerin denetim ve kontrol altına alınması finansal performansı olumlu yönde etkiler (Yıldız, 2013: 53).
- **Diğer Kurumsal Faktörler:** Diğer kurumsal faktörler; yemek hizmet alımı, temizlik, güvenlik, danışmanlık ve veri hazırlama personelleri hizmet alımları, görüntüleme ve laboratuvar hizmet alımları gibi sağlık tesisinin dış kaynak kullanarak aldığı hizmetlere ait faktörlerdir. Bu faktörleri oluşturan hizmetlerin kapasite

planlamalarını etkin ve verimli yapılması sağlık tesisinin finansal performansını olumlu yönde etkiler (Yıldız, 2013:54).

2.4.4.2. Çevresel Faktörler

Dış faktörler olarak da adlandırılan çevresel faktörler; sağlık işletmesi yöneticilerinin kontrol edemediği ve müdahale şansının bulunmadığı işletmenin finansal performansını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen faktörlerdir (Çam, 2008: 61). Sağlık işletmesi finansal planlamalarını yaparken bu faktörleri de göz önünde bulundurmak zorundadır. Sağlık işletmesinin finansal performansını etkileyen çevresel faktörleri; girdi maliyetleri, sağlık sistemi ve hükümet politikaları, diğer kamu ve özel sağlık işletmelerinin varlığı, demografik yapı ve ekonomik durum olarak sıralayabiliriz.

- **Girdi Maliyetleri:** Girdi maliyetleri, sağlık tesislerinin en önemli maliyet unsurunu oluşturmaktadır. Özellikle kamu ve özel sağlık sektörü sağlık işletmelerinin en önemli gider maliyeti personel ücretleridir. Sağlık işletmelerinde işgücü maliyetleri toplam maliyet içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Son yıllarda ülkemizde yapılan sağlık reformu sonucunda performansa dayalı ek ödeme sistemindeki iyileştirmeler ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan sağlık personellerin ek ödemedeki pay ciddi oranda artmış ve bu durum işgücü maliyetlerinin yükselmesine sebep olmuştur. İş gücü maliyetleri olarak adlandırdığımız personel ücretlerindeki artışın finansal performans üzerine kurum kârlılığını azaltarak olumsuz etkisi vardır (Çam, 2008; Yıldız, 2013). Ayrıca sağlık işletmelerinin en önemli girdi maliyetleri içerisinde yer alan tıbbi sarf, tıbbi cihaz, ilaç ve demirbaşların alım fiyatı, satış ve hizmet politikaları da sağlık işletmesinin finansal performansını etkileyen çevresel faktörlerdendir (Yıldız, 2013: 55).
- **Sağlık Sistemi ve Hükümet Politikaları:** Sağlık Bakanlığı ve geri ödeme kurumu olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık sistemi ve politikaları özellikle sağlık işletmelerinin gelirlerini ve alacakların tahsil durumunu etkileyen finansal performans üzerine olumlu veya olumsuz etkisi bulunan çevresel faktörlerdendir (Çam, 2008; Yıldız, 2013).

- **Demografik Yapı:** Demografik yapı, hizmet sunulan toplumun yaş, cins, din, ırk ve benzeri özelliklerini içeren finansal performansı etkileyen çevresel faktörlerdendir. Bir ülkenin nüfusu arttıkça hizmet sunulan kişi sayısı da artacağından sağlık hizmet talebi de artmaktadır. (Tarcan, 2006: 30). Ayrıca ülkenin sahip olduğu nüfusun genç veya yaşlı olması da sağlık hizmet talebini etkiler. Nüfus yaşlandıkça yaşlılığa bağlı hastalıklar artacağından sağlık hizmet talep sayısı ve dolayısıyla sağlık işletmesinin gelirleri de artar. Bu durum sağlık işletmesinin finansal performansını olumlu yönde etkiler (Çam, 2008: 62-63).
- **Ekonomik Durum:** Ekonomik durum, sağlık işletmelerini olumlu veya olumsuz yönde etkileyen en önemli çevresel faktörlerdendir. Ekonomi anlamında bir ülkede alınan kararlar ve yasal düzenlemeler sağlık işletmelerin finansal performansını doğrudan etkilemektedir. Son yıllarda yapılan düzenlemelerle ile özel hastanelerden sosyal güvencesi olan kişilerinde yararlanabilmesi ile özel hastane sayısında ve dolayısıyla sağlık hizmet satışında artışlara neden olmuştur. Bu durum özellikle özel sağlık işletmelerinin finansal performansını olumlu yönde etkilemektedir (Çam, 2008: 63).
- **Diğer Kamu ve Özel Sağlık İşletmelerinin Varlığı:** Diğer kamu ve özel sağlık işletmelerinin varlığı, sağlık işletmeleri arasında rekabet oluşmasına sebep olan çevresel faktörlerdendir. Bu durum sağlık işletmelerinin hasta memnuniyetini arttırıcı faaliyetlerde bulunmasına ve sağlık işletmesinin gelirlerinin artmasına ve dolayısıyla finansal performansın olumlu yönde etkilenmesine sebep olur. Son zamanlarda yapılan yasal düzenlemeler ile kamu sağlık işletmelerinin yanısıra özel sağlık işletmelerine de iyileştirmeler yapılmıştır. Bu durum aynı bölgede hizmet veren kamu-kamu, kamu-özel ve özel-özel sağlık işletmeleri arasında rekabetin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Oluşan rekabet ortamı ile sağlık işletmesi yöneticileri hem etkin maliyet kontrolünü sağlamaya hem de işletme için gelir getirici yeni yatırımlara yönelmeye başlamışlardır (Yıldız, 2013: 55).

2.4.5. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansı Arttırma Yöntemleri

Kurumsal ve çevresel faktörlerin finansal performans üzerindeki olumlu veya olumsuz etkileri sağlık işletmelerini daha etkin ve verimli olmaya zorunlu kılmaktadır. Sağlık işletmeleri finansal performanslarını arttırmak için işletmenin yapısına uygun bazı yöntemleri uygulamak durumundadır. Ancak sağlık işletmelerinin finansal performansını arttırma yöntemlerini uygulayabilmek için de bazı özelliklere sahip olması gerekliliği yapılan birçok çalışma ile ortaya koyulmuştur. Yapılan çalışmalara göre; yüksek standartları ve hedefleri olan, çalışanlara bilgi veren ve geri bildirim yapan, birimler arası işbölümü ve kaynak paylaşımı sağlayan, verimlilik ve etkinlik için uygun sistemler oluşturabilen, çalışanlar arası motivasyonu sağlayabilen, hekimlere yönetimde söz ve karar hakkı veren, yönetimi çevresel baskılara mücadele edebilen sağlık işletmesi verimliliği ve etkinliği arttırarak yüksek performansa ulaşabilir (Özgülbaş, 2005: 137). Sağlık işletmeleri gün geçtikçe artan rekabet koşullarına uyum sağlayabilmek için finansal performanslarını arttırıcı faaliyetlerde bulunmalı ve bu faaliyetlerin sürdürülebilirliğini sağlamalıdır. Finansal performansı arttırma yöntemlerini etkin maliyet kontrolü, strateji geliştirme, pazar payının arttırılması, fiyatlandırma stratejileri, dış kaynak kullanımı, etkin nakit yönetimi, hasta seçimi yapılması, finanslama stratejileri, ortalama yatış süresinin düşürülmesi, çeşitlendirmeye gidilmesi, faaliyet dışı gelirlerin arttırılması, yatırım stratejileri ve kredi stratejileri olarak sıralayabiliriz. Finansal performansı arttırma yöntemleri aynı zamanda özellikle büyük sağlık işletmelerinde sağlık hizmet kalitesini de arttırarak işletmenin başarısızlık ihtimalini minimum değere indirme imkânı sağlar. Bu yöntemlerin geliştirilmesi yöneticinin sorumluluğundadır. Yönetici artan rekabet koşullarına uygun yeni stratejik yöntemler geliştirmelidir (Ateş, 2014: 88).

- **Etkin Maliyet Kontrolü:** Etkin maliyet kontrolü, işgücü verimliliğini arttıran, maliyetlerin kontrol altında tutulmasını hatta azaltılmasını sağlayan finansal performansı arttırıcı en önemli yöntemdir. Maliyetler ile finansal performans arasında yakın bir ilişki vardır. Maliyetler düştükçe sağlık işletmelerinin finansal performansında artış beklenir. Maliyetlerin kontrol altında tutulması veya azaltılması finansal performansı olumlu yönde etkiler. Sağlık işletmelerinde maliyet bilgilerinin geliştirilmesi ve etkin maliyet kontrolü yöneticilere daha rekabetçi hizmet fiyatı uygulama, maliyetleri kontrol edebilme, maliyetleri azaltma ve stratejik planlama

çabalarını iyileştirme olanağı sağlar. Sağlık işletmelerinin maliyetlerinin azaltılmasında ortalama kalış günü maliyeti, işgücü maliyeti ve sermaye maliyeti etkili olmaktadır (Özgülbaş, 2005: 137). Sağlık bakanlığına bağlı kamu sağlık işletmelerinde maliyet kontrolü üst yönetimin Sağlık Bakanlığı'na bağlı olması ve fiyatlandırma stratejilerin Sağlık Bakanlığı tarafından yapılması sebebiyle özel hastanelere göre daha zordur. Ancak bu durum yöneticilerin maliyet kontrolü sorumluluğunu etkilememektedir (Çam, 2008: 63). Her işletmede olduğu gibi kamu sağlık işletmelerinde de yöneticiler etkin maliyet kontrolünden sorumludur.

- **Strateji Geliştirme:** Strateji, işletme ile çevresi arasındaki ilişkinin analiz edilerek işletmenin hedef ve amaçlarının belirlenmesi, belirlenen amaç ve hedeflere ulaştıracak faaliyetlerinin belirlenmesi ve örgütün yeniden düzenlenmesi için gerekli kaynakların tahsis edilmesi için izlenen yol olarak tanımlanabilir (Çam, 2008: 64). Bir işletmenin başarıya ulaşabilmesi için sadece iyi bir örgüt yapısının yanı sıra inovatif fikirler üretip uygulamaya koyması, gelişen koşullara uyum sağlayabilmesi ve yeni stratejiler geliştirmesi gerekir. Strateji geliştirme sağlık işletmeleri için de son derece önemlidir. Sağlık işletmeleri yöneticileri finansal performansı olumlu etkileyecek stratejiler geliştirirler. Bu stratejilerini, sundukları sağlık hizmetlerini göz önünde bulundurarak işletmenin gereksinimlerine göre belirlemeleri gerekir (Ateş, 2014: 90-91).
- **Pazar Payının Arttırılması:** Pazar payının arttırılması pek çok işletmenin olduğu gibi sağlık işletmelerinin de başarılı olabilmesi için belirlediği bir stratejidir. Bir işletmenin pazar payı ne kadar büyükse o işletme pazarda fiyat belirlemede etkindir. Maliyetlerini azaltarak fiyatlarında indirim yapma fırsatının işletmelerin pazar payı ve finansal performansı üzerinde olumlu etkisi vardır. Pazar payının arttırılması özellikle özel sağlık işletmelerinin finansmanını sağlamada etkindir. Pazar payı artan ile işletmelerin itibari artar ve daha iyi fon ve kredi sağlama imkânına sahip olur (Özgülbaş, 2005: 139).
- **Ortalama Yatış Süresinin Düşürülmesi:** Sağlık personelinin verimli çalışması ve çalışanlar arasındaki iyi iletişime bağlı olarak düşürülebilen ortalama yatış süresi maliyetleri azaltarak finansal performansı olumlu yönde etkileyen bir stratejidir. Sağlık işletmelerinde en önemli maliyet

personel giderleri olup, ortalama yatış süresi düşürülmesi ile işgücü verimliliği artarak personel giderlerinde de azalma sağlanabilir. Bu durum sağlık işletmelerinin maliyetlerini düşürerek kaynakların etkin ve verimli kullanımını dolayısıyla finansal performansın artmasına neden olur. (Özgülbaş, 2005: 138).

- **Çeşitlendirmeye Gidilmesi:** Yapılan birçok araştırma çeşitlendirmeye gidilmenin pazar payı yüksek ve vaka karma indeksi fazla olan sağlık işletmelerinin finansal performansını olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Ateş, 2014: 103). Çeşitlendirmeye gidilme diğer stratejiler kadar etkili olmamakla birlikte sağlık sektörü için tartışmalara neden olmaktadır. Sağlık işletmelerinde çeşitlendirme ancak acil ve akut yatan sağlık hizmetleri dışında yapılabilmektedir (Özgülbaş, 2005: 138).
- **Faaliyet Dışı Gelirlerinin Arttırılması:** Sağlık işletmeleri sağlık hizmet sunumundan elde ettikleri gelirleri dışında fonlardan, iştiraklerden ve yatırımlardan da gelir elde edebilmektedir (Özgülbaş, 2005: 138). Sağlık işletmelerinin faaliyet dışı gelirlerindeki artış işletmenin finansal performansını olumlu yönde etkilemektedir.
- **Fiyatlandırma Stratejileri:** Fiyatlandırma stratejisi sağlık işletmelerinde riskli bir stratejidir. Pazar payı yüksek sağlık işletmelerinin fiyat indirimi yapması finansal performansını olumlu etkiler. Pazar payı yüksek işletmelerinin itibarı da yüksek olduğundan pazarda istedikleri fiyatı uygulama şansı vardır. 1990 yılında Cleverley'in hastanelerin finansal performansı üzerine yaptığı çalışma finansal performansı iyi olan hastanelerin düşük fiyatta hizmet sunduklarını göstermiştir (Özgülbaş, 2005: 140). Sağlık işletmeleri fiyat indirimi uygularken rekabetçi fiyat anlayışından vazgeçmemelidir. Bunun içinde sunulan hizmetlerin maliyetlerinin ve potansiyel satış hacminin bilinmesi gerekir. Ancak sağlık işletme yöneticileri bu bilgilere sahipse sağlıklı kararlar alıp, kârlılığını arttırabilir. Dolayısıyla sağlık işletmesinin sunulan sağlık hizmetlerinin fiyatlama kararları pazar payını etkileyerek kârına ve finansal performansına etki etmektedir (Ateş, 2014: 92).
- **Dış Kaynak Kullanımı:** Tüm işletmelerin olduğu gibi sağlık işletmelerinin de eldeki kaynakları etkin ve verimli kullanmak,

maliyetlerini azaltmak için dış kaynak kullanımı son derece yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Sağlık işletmeleri dış kaynak kullanımı ile sağlık hizmeti dışında kalan temizlik, bilgi işlem, görüntüleme, yemek, iletişim, kafeterya, atık yönetimi gibi faaliyetlerini yürütürler (Çam, 2008: 66-67). Dış kaynak kullanımı sağlık işletmelerinin sadece sağlık hizmeti sunumuna odaklanmalarını sağlayarak verimliliği artırır, ayrıca işletmenin faaliyet maliyetlerinin azalmasını sağlayarak finansal performansı artırır. Ancak dış kaynak kullanımı kalitesiz bir hizmet sunumu ile yapılırsa bu işletmenin zararına olur. Bu nedenle dış kaynak kullanımı doğru, yeterli, nitelikli, yerinde ve zamanında olmalıdır (Ateş, 2014: 93-98).

- **Etkin Nakit Yönetimi:** Etkin nakit yönetimi; bir işletmenin finansal performansı ve sürdürülebilirliği açısından son derece önemli bir stratejidir. Etkin bir nakit yönetimi nakit girişi ile çıkışı arasındaki dengenin sağlanması ile mümkün olabilir. Sağlık işletmeleri nakit giriş (tahsilat) ve çıkışları (ödemeler) sırasında ortaya çıkan nakit fazlasını kısa süreli yatırım aracı olarak kullanarak gelirlerini arttırabilirler. Bu durum da finansal performanslarını olumlu yönde etkiler (Çam, 2008: 65-66).
- **Hasta Seçimi Yapılması:** Sağlık işletmelerinin hizmet sunduğu sosyal güvenlik kuruluşları, sigorta şirketleri, resmi ve özel kuruluşlar ve doğrudan sağlık hizmeti alanlar ile imzalanan protokoller işletmenin gelirlerini ve kârlılığını olumsuz yönde etkilememelidir. Hasta seçiminin yanlış yapılması veya protokollerin maliyet analizleri yapılmadan düşük fiyatla imzalanması sağlık işletmesinin nakit akışında aksaklıklara, maliyetin altında fiyat uygulanmasına ve dolayısıyla finansal performansın olumsuz yönde etkilenmesine sebep olur (Özgülbaş, 2005: 139).
- **Finanslama Stratejileri:** Bir işletmenin finanse edilme yöntemi finansal performansı ve sürdürülebilirliği açısından son derece önemlidir. Sağlık işletmeleri borcu öz kaynaklarına göre daha az kullanarak finanse edilmeyi tercih ederler. Bu durum işletmenin finansal performansına olumlu yansımaktadır. Ancak sağlık işletmeleri diğer işletmelerde olduğu gibi borçlanmanın getirdiği fırsatlardan yararlanabilmeli ve öz kaynaklarının kullanımını azaltarak sürdürülebilirliğini sağlayabilmelidir (Özgülbaş, 2005: 139).

- **Yatırım Stratejileri:** Yatırımların verimliliği sağlık işletmesi yöneticileri başta olmak üzere pek çok işletme yöneticileri tarafından önemle üzerinde durulan bir konudur. Bir işletme yatırımdan ne kadar fazla gelir elde ediyorsa bu durum işletmenin kârlılığına o oranda yansiyarak finansal performansını olumlu yönde etkiler. Bir sağlık işletmesinin teknik donanımı ne kadar iyi ise o işletmenin çekiciliği o derece daha fazla olduğuna inanan yöneticilerin aksine yapılan birçok araştırma elde edilen her birim gelir için daha az maliyet harcayan sağlık işletmelerinin finansal performanslarının daha iyi olduğunu ortaya koymuştur (Özgülbaş, 2005: 138-139). 1990 yılında Cleverley'in hastanelerin finansal performansı üzerine yaptığı çalışmada duran ve dönen varlıkların devir hızı arttıkça ve yatak başına duran varlık yatırımı azaldıkça finansal performansın arttığını göstermiştir (Cleverley, 1990: 187).
- **Kredi Stratejileri:** Etkin nakit yönetiminde kredilenme işletmeler için son derece önemlidir. İşletmeler banka kredilerine göre kolay elde edilebilir ve esnek olması sebebiyle ticari kredileri daha çok tercih ederler (Bolak, 2000: 221). Sağlık işletmeleri için ise ticari kredi kredilenme nakit çıkışını yavaşlatması açısından tercih edilir. Ancak kredi stratejisi uygulanırken işletme yöneticileri kredili hizmet maliyeti ile nakit hizmet maliyeti arasındaki farkı göz önünde bulundurarak karar vermelidir. Kredilenme bir işletme için nakit alımında uygulanacak iskontodan vazgeçmek demektir. İşletmeler nakit alımı ile kredi alım arasındaki farkın avantajından yararlanabilirse kredilenme stratejisi finansal performans üzerine olumlu etkisi olacaktır (Çam, 2008: 66).

2.4.6. Finansal Performans Ölçümünde Kullanılan Yöntemler

Performans ölçümü; örgütün önceden belirlediği amaç ve hedefler doğrultusunda ortaya çıkan ürün, hizmet ve sonuçların bir arada değerlendirilmesine yönelik yapılan analitik bir süreçtir. Bu süreç sonucunda elde edilen bilgiler işletmenin iç ve dış paydaşlarının karar verme sürecinde oldukça etkilidir (Yörüker, 2003: 9). Finansal performans ölçümü ise finansal ölçütler aracılığıyla girdilerin çıktılara dönüştürülmesi ile etkinliğin ölçülüp, işletmenin mevcut durumunun analiz edilerek özetlenmesi sürecidir (Kaygusuz, 2005: 90). Finansal performans ölçümünde bazı finansal göstergeler kullanılmaktadır. Bu göstergelerle işletmenin stratejilerinin kârlılık ve büyümesine ne oranda katkı sağladığı saptanır (Çam, 2008:

67). Finansal performans ölçümüyle elde edilen veriler diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmesi iç ve dış paydaşlarına işletmenin dünü, bugünü ve yarınına yönelik finansal durumu ve gelişimi hakkında bilgiler sunar. Sağlık işletmesinin alacağı yatırım kararlarında, kredi değerliliğinin tespitinde, işletmenin kar ve zararının ortaya çıkarılmasında etkili verilerin elde edilmesini sağlar (Demirarslan, 2007: 9).

Finansal performans ölçüm yöntemlerini oran analizi, parametrik, parametrik olmayan yöntemler olmak üzere üç başlık altında toplayabiliriz (Sırma, 2008; Yıldız, 2013).

- **Oran Analiz Yöntemi:** Oran analiz yöntemi, finansal performansın ölçümünde en sık kullanılan yöntemdir. Oran analiz yönteminde; tek bir girdi değişkeni tek bir çıktı değişkenine oranlanarak iki değişken arasındaki ilişki açıklanmaya çalışılır. Uygulama hazırlığı ve uygulamanın kolay olduğu oran analiz yöntemi ile belli bir zaman diliminde seçilen finansal değerlerin işletmenin finansal performansı üzerindeki etkinliği ve işletmenin finansal durumu hakkında bilgi elde edilir (Sırma, 2008: 17).

İşletmeler oran analiz yöntemiyle bilanço ve gelir tabloları ile yıllar bazında elde ettikleri verileri, işletme içi ve aynı sektördeki diğer işletmelerle karşılaştırma imkânına sahip olur. Böylece işletme yöneticileri işletmenin finansal performansı hakkında bilgi sahibi olur. Aynı zamanda elde edilen finansal bilgiler, işletmenin geleceği ile ilgili alınan finansal kararlarda da yol göstericidir (Yıldız, 2013: 2).

Oran analiz yöntemi ile tek bir girdi ve tek bir çıktı değişkeni arasındaki ilişkiyi açıkladığı için çoklu girdi ve çoklu çıktı değişkenleri arasındaki ilişkinin açıklanmasında yetersiz kalmaktadır (Sırma,2008; Yıldız,2013). Ayrıca oran analiz yöntemiyle elde edilen her bir oran performansla ilgili boyutlardan yalnızca bir boyutunu ele alırken performansın diğer boyutları da gözardı edilmiş olur (Yıldız, 2013: 57).

- **Parametrik Yöntemler:** Parametrik yöntemler; birden fazla girdi değişkeninin tek bir çıktı değişkenine oranlanması yöntemidir. Parametrik yöntemler etkinliği ölçülecek sektöre ilişkin üretim fonksiyonunun varlığını kabul eder. Üretim fonksiyonunun analitik bir yapıya sahip olduğunu varsayan bu yöntem fonksiyonun

parametrelerini regresyon teknikleri kullanarak belirlemeye çalışır (Lorcu, 2008; Sırma, 2008). Parametrik yöntemler, etkinlik ölçümünde sınır yaklaşımını kullanarak, etkin sınır fonksiyonunu tahmin etmeye çalışır. Parametrik yöntemlerde kullanılan sınır fonksiyonu kırıksızdır. Finansal performans ölçümünde parametrik yöntemin kullanılabilmesi çıktı değişkeninin tek bir birim haline dönüştürülmesine bağlıdır.

Parametrik yöntemler birden fazla girdi ve çıktı değişkenlerine sahip sağlık işletmeleri gibi işletmelerin finansal performansının ölçümünde tek bir birim çıktı değişkeni kullanıldığı için yetersiz kalmaktadır (Yıldız, 2013: 57). Parametrik yöntemlerde; değişkenlerin hatalı ölçümü, risk farklılıklarının gözardı edilmesi, değişkenlerin atlanması ve uygun olmayan değişken gruplamalarının yapılması, performans ölçümünün en iyiye göre değil, ortalama değer referans alınarak yapılması yöntemin yetersiz kalmasına sebep olabilecek dezavantajlarıdır (Sırma, 2008: 19). Parametrik yöntemlerden en çok kullanılanı Regresyon Analizi'dir.

- **Parametrik Olmayan Yöntemler:** Parametrik yöntemler, birbirinden bağımsız birden fazla girdi ve çıktı değişkeninin arasındaki ilişkinin herhangi bir analitik üretim fonksiyonunu gereksinim duymadan ölçülmesi yöntemidir (Sırma, 2008: 26). Parametrik olmayan yöntemler, parametrik yöntemlere alternatif olarak geliştirilmiştir. Parametrik olmayan yöntemlerde etkinlik sınırı belirlenerek birimlerin bu sınıra olan uzaklığı hesaplanmaktadır. Parametrik olmayan yöntemler doğrusal programlama tabanlı olup, üretim fonksiyonun yapısı ile ilgili bir varsayımda bulunmamaktadır. Bu yöntemde etkinlik sınırı gözlenen birim olup, birbirinden bağımsız birden fazla girdi ve çıktı tek bir etkinlik ölçüsüne indirgenmeye çalışılır (Lorcu, 2008: 27). Parametrik olmayan yöntemler bu özelliği ile işletmelerin performansların aynı anda tüm boyutlarıyla ölçülebilmesine imkân sağlar (Sırma, 2008: 26).

Parametrik olmayan yöntemler parametrik yöntemler gibi, etkinlik ölçümünde sınır yaklaşımını kullanarak, etkin sınır fonksiyonunu tahmin etmeye çalışır. Ancak parametrik olmayan

yöntemlerde kullanılan sınır fonksiyonu parçalıdır. Parametrik olmayan yöntemlerde etkin sınırdan sapmalar; etkinsizlik olarak değerlendirirken, üretim süreci bir bütün olarak ele alınır. Parametrik olmayan yöntemler parametrik yöntemlere göre daha çok tercih edilir. Bunun nedenleri; bu yöntemin; ağırlıklandırma işlemine gerek kalmadan, farklı ölçü birimlerindeki üretim faktörlerini ortak payda da buluşturması, aynı ürünleri üretilen farklı uzmanlıkları bulunan karar birimlerinin özelliklerini dikkate alması, üretim ekonomisinin çevresiyle uyum içinde olması, etkinlik bileşenlerinin etkinlik sınırını belirlemesidir (Özer, 2005: 15). Başlangıçta sağlık sektörü, savunma sanayisi, üniversite gibi kâr amacı gütmeyen işletmelerde kullanılan parametrik olmayan yöntemler daha sonraları çok şubeli ve uluslararası şirketlerde de yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Parametrik olmayan yöntemlerin en önemli avantajı; aynı anda birbirinden bağımsız birden fazla girdi ve çıktı değişkeninin herhangi bir analitik fonksiyon varlığına ihtiyaç duymadan ölçülebilmesi ve performansın tüm boyutlarıyla değerlendirilebilmesine olanak sağlamasıdır. Bu yöntemin dezavantajı ise rassal hatanın yöntem içinde yer almaması ve etkin birimlerin kıyaslanmasına imkân sağlayamamasıdır (Lorcu, 2008: 27). Parametrik olmayan yöntemlerden en sık kullanılanı, Veri Zarflama Analizi'dir.

Şekil 18'de Finansal Performans Ölçüm Yöntemlerinin Karşılaştırılması gösterilmiştir.

Şekil 18

Finansal Performans Ölçüm Yöntemlerinin Karşılaştırılması

YÖNTEM SINIFI			
Karşılaştırma Ölçütleri	Oran Analizi	Parametrik Yöntemler	Parametrik Olmayan Yöntemler
Çözüm Tekniği	Oranlamalar	Regresyon	Matematiksel Programlama
İçerik	Tek Girdi/ Tek Çıktı (Tek Boyutlu)	Çok Girdi / Tek Çıktı (Tek Boyutlu)	Çok Girdi / Çok Çıktı (Çok Boyutlu)
Ön Hazırlık (Veri Temini)	Basit	Basit (Ölçüm yapılacak birim analitik forma uygun olmalı)	Detaylı (Kullanılacak girdi ve çıktılara bağlı)
Uygulama Performans Ölçümüne Uygunluğu	Kolay	Kolay	Kolay (Detaylı)
	Kısıtlı	Kısıtlı	Genel

Kaynak: Sarı, 2015: 8

2.4.7. Sağlık İşletmelerinde Kullanılan Finansal Performans Analiz Yöntemleri

Sağlık işletmelerinin finansal performansının değerlendirilmesi için analiz yöntemleri kullanılır. Sağlık işletmelerinin finansal performans analizinde kullanılan başlıca yöntemler; Oran Analizi, Veri Zarflama Analizi, Regresyon Analizi, Ekonomik Katma Değer Analizi 'dir.

2.4.7.1. Oran Analizi

Oran analizi, finansal performans ölçümünde kullanılan en temel yöntemdir. Oran analizinde finansal tablolar üzerinde yer alan hesap kalemlerinin birbirine bölünmesi ile bulunan oranlar analiz edilir. Finansal tabloların analiziyle elde edilen veriler işletme içi ve dışı her paydaşın amacına uygun bilgi sunar. Finansal tablolar analizi ile işletmeye borç verenler; işletmenin borçlanmasının nedenini ve borcunu ödeyebilme gücünü, yatırımcılar; işletmenin mevcut finansal durumunu, gelir ve nakit akışındaki artış/azalış durumunu, yöneticiler; işletmenin finansal performans durumunu, finansal durumunun nedenlerini, işletmenin güçlü ve zayıf yönlerini, işletmenin performansını arttırmak için alınacak önlemleri öğrenir. Öğrenilen bu bilgiler her paydaşın karar verme sürecinde yardımcı olur (Yıldız, 2013, 63). Kısacası oran analizi bir işletmenin finansal durumunu gösterir.

Oran analizi ile ilgili ilk çalışma 1979 yılında Choate ve Tanada tarafından hastanelerin performansının yıllara göre ölçülüp diğer hastane ve sektör verileri ile karşılaştırılması ile yapılmıştır (Çam, 2008: 69). Oran analizi sağlık işletmelerinde finansal performansı ölçmede kullanılan en yaygın yöntemdir. Oran analizi, mali tablolarda yer alan iki değişken arasındaki ilişkinin sadece matematiksel olarak değil, aynı zamanda anlamca yorumlanması yöntemidir. Bu analiz yöntemi; iki değişken arasındaki ilişkinin sektörel oranlarla karşılaştırılmasına dayanan bir ölçüm tekniği olmakla birlikte diğer performans ölçüm yöntemlerine göre oldukça kolay olan ve yaygın kullanılan bir analizdir (Bülüç, Özkan ve Ağırbaş, 2017: 66). Oran analizinde amaç, örgütün girdileri ve çıktılarına ilişkin mali tablo verilerinin belirli ilişkiler çerçevesinde özetlenmesi, anlamlı şekilde analiz edilerek yorumlanmasıdır (Smith, 1989: 131). Oran analizinde kullanılacak ölçüler belirlenirken göz önünde bulundurulacak hususları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Aydın vd, 2015: 108):

- İşletmenin geçmiş dönemdeki oranları ile hesaplanan oranlar mutlaka karşılaştırılmalıdır.

- Oranın bir yıllık analizi ile işletme hakkında yorum yapılmamalı, o orana ilişkin geçmiş yılların analizi de yapılmalıdır.
- İşletmenin sektörel bazda oran ortalamalarıyla hesaplanan oranlar karşılaştırılmalıdır.
- Oran analizinde oranlar yorumlanırken mevsimsel ve ekonomik dalgalanma hareketlerinin etkileri ile fiyat seviyesindeki değişiklikler göz önünde bulundurulmalıdır.

Oran analizinde likidite oranları, faaliyet oranları, finansal kaldıraç oranları, kârlılık oranları ve piyasa performansını değerlendirme oranları kullanılmaktadır (Aydın vd, 2015: 109).

- **Likidite Oranları:** Likidite oranları; işletmenin kısa vadeli borçlarını ödeyebilme yeteneğinin ve net işletme sermayesinin yeterliliğinin ölçülmesinde kullanılan oranlardır (Çam, 2008: 70), (Aydın vd., 2015: 109). En yaygın kullanılan likidite oranları; cari oran, asit-test oranı, nakit oranı ve stok bağımlılık oranıdır (Yıldız, 2013: 65-66).
- **Faaliyet oranları;** işletmenin sahip oldukları varlıklarını ne derecede etkin kullandıklarını gösterir. Faaliyet oranları; işletmenin gelir ve varlıkları arasındaki ilişkiyi ölçmeye yarayan verimlilik oranlarıdır. Faaliyet oranları, işletmenin kârlılığıyla yakından ilişkilidir. Sağlık işletmelerinde en yaygın kullanılan faaliyet oranları; toplam varlık devir hızı, duran varlık devir hızı ve dönen varlık devir hızıdır (Özgülbaş, 2005: 131-132).
- **Finansal yapı oranları:** Finansal yapı oranları, işletmenin ne ölçüde borçla, ne ölçüde öz kaynak ile finanse edildiğini, uzun vadeli yükümlülüklerini yerine getirip getiremeyeceğini, borçla finansmanın ne kadar faydalı olduğunu ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Finansal yapı oranları işletmenin yanı sıra kredi verenler için de büyük öneme sahiptir (Aydın vd, 2015: 121-122). En sık kullanılan finansal yapı oranları; finansal kaldıraç oranı (borçlanma oranı), öz kaynakların varlık toplamına oranı, öz kaynakların yabancı kaynaklar toplamına oranı, kısa vadeli yabancı kaynakların kaynak toplamına oranı, uzun vadeli yabancı kaynakların kaynak toplamına oranı, kısa vadeli

yabancı kaynakların öz kaynaklara oranı, duran varlıkların devamlı sermaye oranı'dır.

- **Kârlılık oranları:** Kârlılık oranları; sağlık işletmeleri başta olmak üzere tüm işletmelerin finansal performans analizinde en çok kullandıkları oranlardır. Bu oranlar likiditenin, varlıkların, borçların etkin yönetilip yönetilmediğini, işletmenin aldığı yatırım ve finansman kararlarının uygunluğunu gösterir (Aydın vd, 2015: 125) Oran analizinde en sık kullanılan kârlılık oranları; Brüt Kâr Marjı Oranı, Faaliyet Kârı Oranı, Net Kâr Marjı Oranı, Öz Kaynak Kârlılığı Oranı, Varlık Kârlılığı oranlarıdır (Çam, 2008: 71). Ülkemizde sağlık işletmeleri için belirlenmiş henüz bir kâr oranı yoktur. Ancak yapılan araştırmalar Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinin öz sermaye kârlılığının %6, varlıkların kârlılığı oranının %2 olduğunu, Amerika Birleşik Devletleri Hastaneleri'nde ise öz sermaye kârlılığı oranının %7,7'e, varlıkların kârlılığı oranının ise %3,9'a çıktığını göstermektedir (Özgülbaş, 2005: 131).
- **Piyasa Performans Değerlendirmede Kullanılan Oranlar:** Piyasa değerlendirmede kullanılan oranlar işletmenin temel mali tablolardan elde ettikleri verilerle finansal piyasaya yönelik verilen birleştirilmesi sonucu elde edilen oranlardır. Bir işletmenin finansal tablolarını baz alan oranları ile piyasa performans değerlendirmede kullanılan oranları arasında paralellik vardır. Fiyat/Kazanç oranı, Piyasa Değeri/Defter Değeri ve kâr payı dağıtım oranı piyasa değerlendirmede en sık kullanılan oranlardır (Aydın vd., 2015: 130).

2.4.7.2. Regresyon Analizi

Regresyon analizi, aralarında sebep-sonuç ilişkisi bulunan iki veya daha fazla değişken arasındaki bağlantıyı bulan, bulunduğu bağlantıyı kullanarak konu hakkında tahminler ve çıkarımlar yapılmasını sağlayan finansal performans analiz yöntemidir (Sarı, 2015: 5).

Regresyon analizinde bağımlı ve bağımsız değişken arasında neden-sonuç ilişkisinin varlığı en önemli husustur. Bu yöntemle performans analizinde girdiler bağımsız ve açıklayıcı değişken, çıktılar ise bağımlı değişken olarak kabul edilerek matematiksel bir eşitlik elde edilir. Elde edilen bu matematiksel eşitlik ile işletmenin performansının iyi olup olmadığı saptanır (Özgülbaş, 2005: 132). Regresyon analiz

yönteminde bir bağımsız değişkenin varlığında basit doğrusal regresyon eşitliğinden, birden çok bağımsız değişkenin varlığında ise çoklu doğrusal regresyon eşitliğinden söz edilir.

Basit doğrusal regresyon eşitliği aşağıdaki formülle ifade edilir (Ateş, 2014: 137).

$$Y = a + bX$$

Formülde Y bağımlı değişkeni, “a” bağımlı değişkenin sıfır noktayı aldığı sabit terimi, “b” bağımsız değişkenin katsayısını ve “X” bağımsız değişkenini ifade etmektedir.

Çoklu doğrusal regresyon eşitliği ise aşağıdaki formülle ifade edilir (Ateş, 2014: 137):

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_nX_n + e$$

Formülde basit doğrusal regresyon eşitliğinden farklı olarak birden fazla bağımsız değişken ve bağımsız değişkene ait katsayı ile regresyonda bulunan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenlerdeki değişimi açıklayamama durumunda kullanılan e ile ifade edilen hata terimi yer almaktadır.

Regresyon analizinde elde edilen eşitlik regresyon doğrusunda veya üstünde olursa performans iyi, altında olursa performans kötü olarak değerlendirilir. (Ateş, 2014:137).

Regresyon analizi birden fazla bağımsız girdi değişkenini içerdiği için oran analizine göre daha kapsamlıdır (Özgülbaş, 2005: 132). Ancak regresyon analiz yöntemiyle en iyiye göre değil, ortalamaya göre değerlendirme yapılması, birden çok girdi bağımsız değişkenine karşın sadece bir çıktı değişkeninin analizinin yapılması ve işletmenin verimsiz birimlerinin tam olarak tanımlanamaması bu yöntemin başlıca dezavantajlarıdır. Bu dezavantajlardan dolayı regresyon analiz yöntemi sağlık işletmeleri gibi hizmet üreten işletmelerin finansal performans analizinde yetersiz kalmaktadır (Ateş, 2014: 137-138).

2.4.7.3. Veri Zarflama Analizi

Veri Zarflama Analizi (VZA) aynı tür girdileri kullanarak aynı tür çıktıları üreten etkinliği incelenen karar verme birimlerinin, birbirlerine göre göreceli etkinliklerini ölçen, doğrusal programlama ilkelerine dayanan, en sık kullanılan parametrik olmayan bir yöntemdir. Veri Zarflama analiz yönteminin temeli Farrell’in ‘The Measurement of Productivite Efficiency’ adlı makalesinde yer alan ‘etkin sınıır’ kavramına dayanmaktadır (Sarı, 2015: 9). Bu makaleyi 1978 yılında temel alan

Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından benzer mal veya hizmet üreten ekonomik karar birimlerinin göreceli etkinliklerinin ölçülmesi amacıyla ile doğrusal programlama esaslı Veri Zarflama Analiz yöntemini geliştirmiştir (Yıldız, 2013: 81).

VZA yöntemi klasik regresyon tekniğinin doğrudan uygulanamadığı çoklu girdi ve çoklu çıktı karar birimleri için üretim ilişkilerinde, performans karşılaştırmalarında kullanılır (Güran ve Cingi, 2002: 64). VZA, her bir karar verme biriminin etkin olma miktarını ve kaynaklarını tanımlayabilme yeteneğine sahiptir. Bu özelliği ile yöneticilere etkin olmayan birimlerde azaltılacak girdi miktarı ve arttırılacak çıktı miktarı konusunda yol gösterir (Ateş, 2014: 130).

Tek bir girdi değişkeni ile çıktı değişkeninin olduğu işletmelerde karar birimlerine ait performans oldukça kolay hesaplanır. Ancak sağlık sektörü gibi birden çok girdi ve çıktı değişkenine sahip işletmelerin faaliyet giderleri, personel ücretleri, personel sayısı gibi çoklu girdileri ve kâr payı, büyüme ve pazar payı gibi çoklu çıktı değişkenleri vardır. VZA, bu tür işletmelerde işletme yöneticilerinin faaliyet birimlerinin çoklu girdi değişkenlerinin, çoklu çıktı değişkenlerine dönüştürmede yeterliliğinin hesaplamasını sağlayan bir analiz yöntemidir. VZA yönteminde teorik olarak girdi değişkenlerinin çıktı değişkenlerine oranlaması aşağıdaki şekilde formüle edilebilir (Özgülbaş, 2005: 133).

$$\text{VERİMLİLİK KAB}_i = f \frac{(\text{Ç}_{1i}, \text{Ç}_{2i}, \text{Ç}_{3i}, \dots, \text{Ç}_{ni})}{(\text{G}_{1i}, \text{G}_{2i}, \text{G}_{3i}, \dots, \text{G}_{ni})}$$

Formülde;

KAB = Karar Birimi

Ç = Çıktı Değişkenleri

G = Girdi Değişkenleri

ifade eder.

VZA, çıktı değişkenlerinin ağırlıklı toplamının, girdi değişkenlerinin ağırlıklı toplamına bölünmesiyle karar birimlerinin etkinlik derecesinin hesaplanması yöntemidir. Bu yöntem sonucunda işletme yöneticileri, etkinlik skorları hesaplanan karar birimlerinin kaynakları etkin kullanıp kullanmadığı konusunda bilgi sahibi olur. Böylece işletmenin performansı kötü olan karar birimlerinin tanımlanmasına,

kötü karar birimlerin performansı iyi karar birimlerine çıkması için atılması gereken adımlarla ilgili yol gösterir (Özgülbaş, 2005: 133). VZA yöntemi, 1984 yılından itibaren kamu sağlık sektörü başta olmak üzere başta kâr amacı gütmeyen sektörlerde daha sonraları kar amacı güden pek çok hizmet ve üretim sektöründe yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. VZA'nın doğrusal programlama yardımıyla modellenerek çözümlenmesi, aynı anda birden fazla girdi ve çıktı faktörünün değerlendirilebilmesi ve kolay yorumlanabilmesi, bu yöntemin finansal performans analizinde yaygın olarak kullanılmasının başlıca nedenleridir (Yolalan, 1993: 27).

VZA yönteminin finansal performans analizinde kullanılmasının pek çok avantajları vardır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz (Ekren ve Emiral, 2002: 19):

- VZA, aynı tür olan birimleri kendi aralarında kıyaslayabilmektedir.
- VZA, parametrik yöntemlerde olduğu gibi girdi ve çıktı arasında fonksiyonel bir ilişkiye ihtiyaç duymamaktadır.
- VZA, karar verme birimlerini doğrudan diğer karar verme birimleri ile veya bu birimlerin değişik kombinasyonları ile kıyaslanabilmektedir.
- VZA, birçok sayıda girdi ve çıktıya sahip karar verme birimlerinin etkinlik ölçümünde kullanılabilir.
- VZA, etkin olmayan karar verme birimlerinin nasıl etkin olacağı konusunda yol gösterir.

VZA yönteminin avantajlarının yanı sıra bazı dezavantajları da vardır. VZA'nın dezavantajlarını da şu şekilde sıralayabiliriz (Yıldız, 2013: 90):

- VZA'nın her ne kadar karar verme birimlerinin performanslarını ölçmek için yeterli olsa da mutlak bir etkinlik ölçütüne sahip değildir.
- VZA, uç nokta tekniği olup, ölçüm hatasına oldukça duyarlıdır.
- VZA'nın analiz şekli statiktir.
- VZA'da her karar verme birimi için ayrı bir doğrusal programlama modelinin çözümü gerektiğinden büyük boyutlu problemlerin bu yöntemle çözümü zaman alır.
- VZA'nın, parametrik olmayan ölçüm yöntemi olması sebebiyle istatistiki hipotez testleri için uygun değildir.
- VZA, soyut ve kategorik bileşenlere karşı duyarsızdır.

2.4.7.4. Ekonomik Katma Değer Analizi

Ekonomik Katma Değer Analizi (EKD), 1980 yılında Jeol Stern ve Bennett Stewart tarafından geleneksel finansal ölçüm yöntemlerinin eksikliklerini gidermek üzere geliştirilen değer tabanlı bir finansal performans analiz yöntemidir (Yıldız, 2013; Fındık, 2013). EKD, finansal ve finansal olmayan performans ölçütlerinden yararlanarak işletmenin finansal performansının neticesinde elde ettiği piyasa değerini belirler (Fındık, 2013:91). EKD yöntemi ile işletmenin öz sermaye maliyeti ile borcu dikkate alınarak belli bir hesap dönemindeki sahip olduğu kaynaklarla yarattığı katma değer derecesi ve ekonomik kârı hesaplanabilir (Yıldız, 2013: 60).

Vergiden sonraki net faaliyet kârının işletmenin toplam sermaye maliyetini karşılayıp karşılamadığını hesaplamaya yarayan EKD aşağıdaki şekilde formüle edilebilir (Özgülbaş, 2005: 135) :

$$\text{EKD} = \text{Faaliyet Kârı} - (\text{Toplam Sermaye} \times \text{Sermaye Maliyeti})$$

Formülde;

$$\text{Faaliyet Kârı} = \text{Gelirler} - \text{Vergileri İçeren Fakat Faizleri İçermeyen Faaliyet Maliyetleri}$$

$$\text{Toplam Sermaye} = \text{Borçların Defter Değeri} + \text{Özsermayenin Defter Değeri}$$

$$\text{Sermaye Maliyeti} = \text{İşletmenin Genel Sermaye Maliyeti}$$

ifade eder.

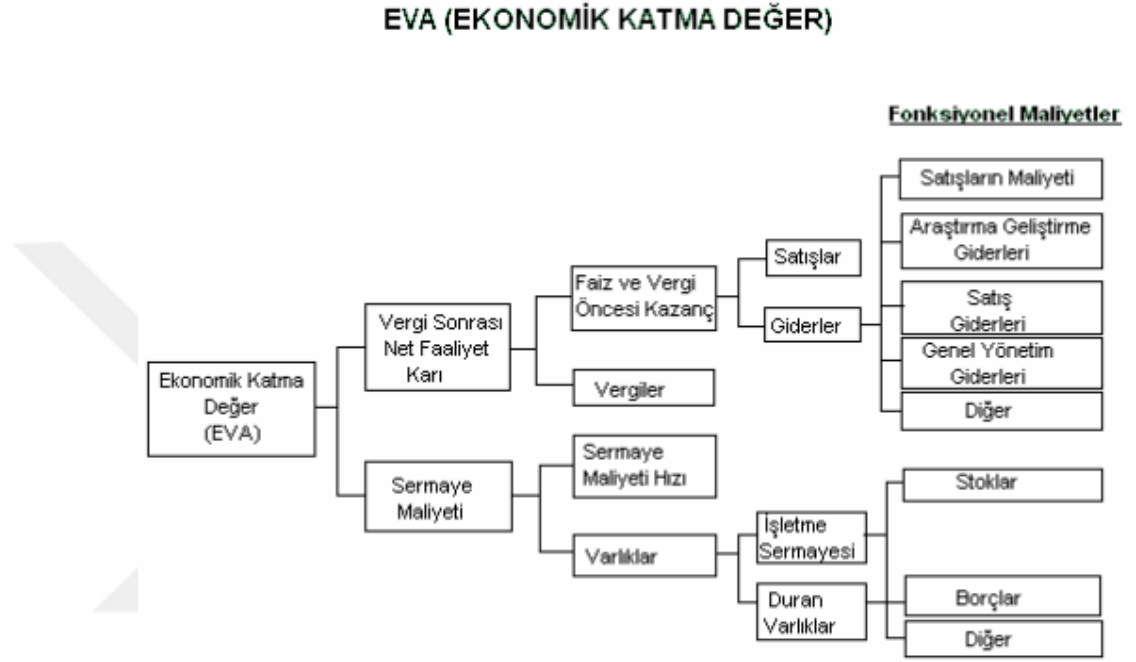
EKD değerinin pozitif olması yani vergiden sonraki net faaliyet kârının toplam sermaye maliyetinden fazla olması işletmenin performansının iyi olduğunu, negatif olması ise işletmenin performansının kötü olduğunu ve işletmeye yatırılan sermaye değerinin azaldığını gösterir (Akyüz, 2013: 343).

EKD, işletme yöneticilerine, karar alıcılara, hissedarlara değer odaklı, subjektif doğru ve zamanında bilgi sağlar. EKD, maliyetlerin yanısıra kaynak ve girdi değişkenlerine de odaklanan sürekli gelişmeyi teşvik eden bir finansal performans analiz yöntemidir (Yıldız, 2013: 60). EKD ile işletme yöneticileri ve hissedarlar işletmenin firma değerini aynı statüdeki farklı işletmelerle kıyaslama fırsatı yakalar (Fındık, 2013: 92). EKD analiz yönteminin işletmeye sağladığı yararları aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz (Hacırüstemoğlu, Şakrak ve Demir, 2002: 12):

- EKD'nin yüksek olması ortakların daha fazla kâr elde etmesini sağlar.
- EKD işletme yöneticilerinin işletme sahipleri gibi düşünmesini sağlar.
- EKD işletmenin finansal yönetimin en alt yapısını oluşturur.

- EKD ortakların zenginliğine bağlı olarak işletmenin daha yüksek pazar fiyatı için yönetimi öngörür.
 - Bir iç kontrol unsuru olan EKD, yöneticilerin ve çalışanlarının motivasyonlarını en üst düzeyde tutarak işbirliği içinde çalışılmasını sağlar.
- Şekil 19 'da EKD'nin şematize edilerek gösterilmiştir.

Şekil 19
Ekonomik Katma Değer Analizi



Kaynak: Hacırüstemoğlu vd, 2002:20

EKD maliyet ve kâr analizine dayanan bir analiz yöntemidir (Lovata ve Costigan, 2002: 216). İşletmeler bu analiz yönteminde EKD'nin yıllık değişimlerini karşılaştırmalı ve işletmenin kâr için belirlenen EKD değerine ulaşıp ulaşılmadığını da hesaplamalıdır (Hacırüstemoğlu vd, 2002: 20).

2.5.Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık İşletmelerinin Finansal Performansa Yönelik Yapılan Çalışmalar

Dünya'da ve ülkemizde sağlık işletmelerinin finansal performansını değerlendirilmesine yönelik sağlık işletmelerinden veya ilgili kamu kuruluşlarından elde edilen veri setleri ile yapılan pek çok çalışma bulunmaktadır.

2.5.1. Dünya'da Sağlık İşletmelerinin Finansal Performansına Yönelik Yapılan Çalışmalar

Cleverley (1990), kâr amacı olmayan 50 hastanenin finansal performansına yönelik bir çalışma yapmıştır. Cleverley, yaptığı çalışmada finansal performans

göstergesi olarak özsermayenin geri dönüşünü (ROE) almıştır. Bu yöntemle göre göre 50 hastanenin 25'i düşük ROE'ye sahip, 25'i yüksek ROE'ye sahip hastaneler hesaplamıştır. Cleverley'in yaptığı araştırmadan elde ettiği bulgulara göre yüksek ROE'ye sahip hastanelerin, düşük ROE'ye sahip hastanelerden maliyet kontrolünde daha başarılı, sermaye yapılarında borç kullanmaktan kaçınan, alacak devir hızı yüksek ve pazar payları yüksek olduğu görülmüştür (Cleverley, 1990: 173-187).

Cleverley ve Harvey (1992), sağlık hizmeti sunan işletmeler ile sağlık sektörü dışındaki işletmelerin finansal performansını karşılaştırmaya yönelik bir çalışma yapmıştır. Yapılan çalışmada sağlık hizmeti sunan 1200 hastanenin finansal performansı 400'ü sanayi, 20'si taşımacılık sektörü ve 50'si kamu hizmet sektörü olmak üzere toplam 470 sağlık sektörü dışındaki işletmelerle kıyaslanmıştır. Hastanelerin finansal performansını analiz etmek için 1985-1990 yılları arasındaki Hastaneler Finansal Yönetim Derneği'nin Finansal Analiz Servisi veri tabanı kullanılmıştır. Yapılan çalışma hastanenin finansal performansını etkileyen kârlılık, likidite, finansal risk, alacak devir hızı, alacakların ortalama tahsil süresi, varlık yönetimi ve borçlanma kapasitesi 7 boyutuna dayanmaktadır. Her boyut için anahtar bir oran seçilmiş, her oran içinse medyan değer hesaplanmıştır. Elde edilen medyan değere göre hastanelerin finansal performansı diğer sektörlerle kıyaslanmıştır (Cleverley ve Harvey, 1992: 20-24).

Gapenski, Vogel ve Langland-Orban (1993), kâr amaçlı özel ve kâr amaçsız genel olmak üzere toplamda 169 hastanenin örgütsel, yönetsel, hasta popülasyonu ve pazar faktörleri değişkenleri kullanarak finansal performansına yönelik çalışma yapmıştır. Yapılan çalışmada analiz yöntemi olarak çoklu regresyon analizi kullanılarak özel ve genel hastanelerin vergi öncesi ve vergi sonrası varlıkların geri dönüşü arasında farklılık olup olmadığı hesaplanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre iki hastane grubu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Gapenski, Vogel ve Langland-Orban, 1993: 63-80).

Shukla ve arkadaşları (1997), 13 kâr amaçlı ve 70 kâr amacı olmayan toplam 83 hastanenin finansal performansının farklılığına yönelik bir çalışma yapmıştır. Yapılan çalışmada hastanelerin performansı; kârlılık, gelir, maliyet, etkililik ve verimlilik ölçütlerini içeren 16 finansal orana göre analiz yapılmıştır. Kâr amacı olmayan hastaneler ve kâr amacı olan hastanelerin finansal performansına yönelik farklılığı tespit etmek için varyans analizi kullanılmıştır. Yapılan araştırmanın sonucunda elde edilen bulgulara göre kâr amacı olan hastanelerin kâr amacı olmayan

hastanelere göre kâr marjının daha yüksek olduğu, hizmet sunulan hasta başına net gelirindeki büyümesinde daha hızlı olduğu görülmüştür. Kâr amacı olan hastaneler ve kâr amacı olmayan hastanelerin etkililik ve verimlilik kriterlerine göre anlamlı bir fark görülemez (Shukla, Pestian ve Clement, 1997: 117-134).

Fernandes ve arkadaşları (2007), Brezilya'daki destekleyici sağlık sektörünün finansal performansını değerlendirmeye yönelik bir çalışma yapmıştır. Yapılan çalışmada Sağlık Destekleyici Ulusal Ajans tarafından elde edilen Brezilya'da faaliyet gösteren 1349 sağlık destekleyici kuruluşun 2002 yılının son çeyreğine ait 1006 adet finansal değişkeni ve 362 adet finansal endeksine ait veriler kullanılmıştır. Sağlık destekleyici kuruluşların finansal performansının değerlendirilmesinde Veri Zarflama Analiz Yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre sağlık destekleyici kuruluşların finansal performansları düşük bulunmuştur (Fernandes, Pires, Ignacio, and Sampaio, 2007: 173-187).

2.5.2. Türkiye'de Sağlık İşletmelerinin Finansal Performansına Yönelik Yapılan Çalışmalar

Özgülbaş (2006), bir kamu hastanesinin finansal performansını değerlendirmeye yönelik bir çalışma yapmıştır. Yapmış olduğu çalışmada kamu hastanesinin likidite, sermaye yapısı, faaliyet, kârlılık oranlarına ilişkin 1996-200 yıllarını kapsayan verileri Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden ve Sağlık Bakanlığı'na ait İstatistik Yıllığı'ndan elde etmiştir. Kamu Hastanesinin finansal performansını Trend Analiz Yöntemi ile değerlendirmiştir. Yapılan analiz sonucunda, hastanenin toplam varlıklarının ve dönen varlıklarının finansmanında yabancı kaynak kullanımına yönelmesi gerektiğini, etkin nakit kullanımı ile dönen varlık hızını arttırması gerektiğini belirtmiştir (Özgülbaş , 2006: 129-139).

Özgülbaş ve arkadaşları (2008), özel sağlık işletmelerinin finansal performansına yönelik bir çalışma yapmıştır. Yaptığı çalışmada 794 özel hastanenin 1994-2005 yıllarını kapsayan verilerini T.C. Merkez Bankası kayıtlarından elde etmiştir. Hastanelerin finansal performanslarını Trend Analiz Yöntemi ile finansal performansına etki eden faktörleri ise Mann-Whitney U testi ile belirlemiştir. Yapılan çalışma sonucunda 794 hastanenin %47,05'inin finansal performansının yüksek olduğunun %52,95'inin ise finansal performansının yüksek olmamasına rağmen likidite sıkıntısı yaşamadığını ve kısa vadeli borçlarını ödeyebildiğini belirtmiştir (Özgülbaş, Koyuncugil, Duman, ve Hatipoğlu , 2008: 120-131).

Çam (2008), bir kamu sağlık işletmesi Karaman Devlet Hastanesi'nin finansal performansını değerlendirmeye yönelik bir çalışma yapmıştır. Yaptığı alışmada Karaman Devlet Hastanesi'nin 2003-2007 yıllarını kapsayan mali tabloları içeren verileri Hastane Döner Sermaye Saymanlığı'ndan, arşivinden ve yüzyüze yapılan görüşmeler sonucu elde etmiştir. Hastanenin finansal performansının değerlendirilmesinde oran analiz yöntemini kullanmıştır. Yapılan analiz sonucunda, 2004 yılında hastanenin finansal performansında temel farklılıkların ortaya çıktığı, satışlarda %87 artış olmasına rağmen sunulan sağlık hizmet maliyeti %97 ve faaliyet giderleri de %175 arttığı için net karın sadece %4 arttığı görülmüştür. Bu temel farklılığın sebebi ise 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde uygulanmaya başlanan Performansa Dayalı Ücret sistemi ile çalışanların döner sermayeden aldıkları payın artması gösterilmiştir. Ayrıca yapılan çalışma sonucunda bu durumun 2007 yılına kadar devam ettiği, 2007 yılında alınan tasarruf tedbirleri ile faaliyet giderlerinin azaldığı ve hastanenin 2007 yılında finansal performansının düzelindiği belirtilmiştir (Çam, 2008).

Gider (2009), özel bir sağlık işletmesinin ekonomik katma değer açısından ulaştığı finansal performans düzeyi ve bu düzeyi etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik bir çalışma yapmıştır. Yapılan alışmada Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.ř.'nin 1998-2003 yılları arası finansal verileri kullanılarak Ekonomik Katma Değer Analiz yöntemi ile finansal performans değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.ř.'nin 2001 yılı dışında değerlendirilen tüm yıllarda ekonomik katma değer yaratarak finansal performansı olumludur (Gider, 2009: 65-85).

Ayanoğlu ve arkadaşları (2010), Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı 16 kamu hastanesinin finansal performansını etkinlik ve kârlılık boyutuyla değerlendirilmesine yönelik bir çalışma yapmıştır. Yapılan çalışmada kullanılan veriler 2007 yılına ait olup, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'ndan elde edilmiştir. Hastanelerin finansal performansının analizinde Veri Zarflama Analiz Yöntemi kullanılmıştır. Çalışma sonucunda 16 hastanenin toplam %13,43 oranında atıl harcama yaptığı ve gelir gider dengesinin eşit olabilmesi için hastanelerin toplam %10,43 oranında toplam giderlerini azaltmaları gerektiği belirtilmiştir (Ayanoğlu, Atan ve Beylik, 2010: 40-62).

Gider (2011), Kasım 2000 ve Şubat 2001 ekonomik krizlerinden özel bir sağlık işletmesinin finansal performansının etkilenip etkilenmediğine yönelik bir çalışma yapmıştır. Yapılan çalışmada Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.'nin 1998-2003 yıllarına ait finansal oranları hesaplanmıştır. Elde edilen finansal oranlar ile finansal performansı etkileyebilecek unsurlar arasında korelasyon olup olmadığını belirlemek için Spearman Korelasyon Analiz yöntemi kullanılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda elde edilen bulgular özel sağlık işletmesinin ekonomik krizden olumsuz yönde etkilendiğini ancak bu olumsuzluğun etkisinin takip eden yıllarda sürmediğini göstermiştir (Gider, 2011: 87-103).

Ercan ve arkadaşları (2013), finansal performansın değerlendirilmesinde oran analiz yönteminin kamu hastanelerinde uygulanabilirliğine yönelik bir çalışma yapmıştır. Yapılan çalışmada Kastamonu ilinde faaliyet gösteren 12 kamu sağlık işletmesinin 2008-2012 yıllarını kapsayan mali tabloları kullanılmıştır. Mali tablolardan elde edilen veriler ile Oran Analiz yöntemi kullanılarak kamu sağlık işletmelerinin finansal performansları değerlendirilmiştir. Yapılan çalışma sonucunda kamu hastanelerinin varlıkların verimli kullanıldığını gösteren faaliyet oranlarında artış görülürken, kaynak kullanımındaki verimliliği gösteren kârlılık oranında ise azalış görüldüğü ve faaliyet giderlerinin azaltılması gerektiği belirtilmiştir (Ercan vd, 2013: 54-70).

Korkmaz ve Güney (2013), bir eğitim ve araştırma hastanesinin finansal performansına yönelik bir çalışma yapmıştır. Yapılan çalışmada Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin 2005-2008 yıllarına ait mali tabloları kullanılarak, ilgili dönemlere ait likidite, kârlılık ve kaldıraç oranları hesaplanmıştır. Çalışma sonucunda hastanenin 2006 yılında kurumsallaşma sürecinin aktif olarak hayata geçirilmesinden sonra kârlılık oranının artış gösterdiği, 2008 yılı itibari ise dışarıdan alınan hizmet alımlarını kendi bünyesinde sunmasıyla birlikte hastanenin kârlılık oranının %100'ün üzerinde arttığı belirtilmiştir (Korkmaz ve Güney, 2013: 148-164).

Erdoğan ve Yıldız (2013), kamu ve özel hastanelerin finansal performanslarını finansal oranlar aracılığıyla değerlendirilmesine yönelik bir çalışma yapmıştır. Yapılan çalışmada 53'ü AII statüsünde kamu hastanesi, 42'si B grubu statüsünde kamu hastanesi ve 4'ü özel hastane olmak üzere toplam 99 hastane yer almaktadır. Hastanelerin finansal performanslarının analizinde Veri Zarflama Analiz Yöntemi kullanılmıştır. Yapılan çalışmada hastanelerin etkin çalışmaları yönünden kamu hastaneleri tek başına , özel hastaneler ise AII ve B grubu statüsündeki kamu

hastaneleri ile ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda her iki grup kamu hastanelerinin %36'sının etkin çalıştığı, özel hastanelerin ise AII grubu kamu hastaneleri ile analizinde %50'sinin etkin çalıştığı, B grubu kamu hastaneleri ile analizinde ise %25'inin etkin çalıştığı belirtilmiştir (Erdoğan ve Yıldız, 2013: 129-148).

Ardıç ve Köşkeröglü (2014), özel bir sağlık işletmesinin finansal performansını değerlendirmeye yönelik bir çalışma yapmıştır. Yapılan çalışmada özel sağlık işletmesininin 2008 yılı mizanı ve 2007-2008 bilanço ve gelir tabloları incelenmiştir. Araştırma sonucunda hastanenin kârlılık oranının düşük olduğunu ve bunun temel sebebinde hizmet maliyetinin yüksek olmasına neden olan hekim giderleri olduğunu belirtmiştir (Ardıç ve Köşkeröglü, 2014: 41-73).

Karadeniz (2016), Türkiye hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansını değerlendirmeye yönelik bir çalışma yapmıştır. Çalışmada Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası'nın yayınladığı Hastane Hizmetleri Alt Sektörü'nün 2011-2013 yılları arasındaki finansal tabloları kullanmıştır. Hastane Hizmetleri Alt Sektörü'nün finansal performansını Oran Analiz Yöntemi ile değerlendirmiştir. Yapılan çalışma sonucunda Hastane Hizmetleri Alt Sektörü'nün varlık yapısının çoğunun duran varlık olduğu, likidite durumunun zayıf olduğu, özsermayesinin zayıf olduğu, finansal yapısının ağırlıklı olarak yabancı kaynaklar olduğu ve finansal riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Hastane Hizmetleri Alt Sektörü'nde yer alan işletmelerinde stoklarını etkin kullanamadığı ve analiz edilen dönemlerde sektörün kârlılık oranının düşük olduğu saptanmıştır (Karadeniz, 2016: 101-114).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNE BAĞLI SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL PERFORMANSININ İNCELENMESİ ÜZERİNE HATAY'DA BİR UYGULAMA

Çalışmanın bu bölümü, Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı kamu sağlık işletmelerinin finansal performansının ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik Hatay ilinde yapılmış bir uygulamaya ayrılmıştır. Bu bölümde araştırmanın amacı ve önemi, yöntemi, verilerin analizi, bulgular, bu bulgular ışığında yapılan değerlendirmeler ve araştırmanın sınırlılıkları yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

2003 yılında, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde başlatılan sağlık reformu çalışmaları ile sağlık işletmeleri yeniden yapılandırılmış ve sağlık sistemi yeni bir boyut kazanmıştır. Bu yeni yapılanma, Ekim 2012 tarihinde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir parçası olarak Kamu Hastane Birliklerinin fiilen kurulmasıyla kamu sağlık işletmelerine kâr elde etme misyonu da yüklemiştir. Böylece kamu sağlık işletmeleri, özel sağlık işletmeleri ile aynı rekabet ortamında hizmet sunmaya başlamıştır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu sağlık işletmeleri önemli bir paya sahiptir. Bu pay, kamu sağlık işletmelerinin finansal performans değerlendirilmesini daha da önemli hale getirmektedir. Nitekim kamu sağlık işletmelerinin finansal açıdan kaynaklarını etkin ve verimli kullanması, atıl kaynaklarını daha önemli alanlara yönlendirilmesi, etkin finansal yöntemler kullanması ülke ekonomisi açısından da oldukça önemlidir. Gelirlerini arttıran, giderlerini minimize eden kamu sağlık işletmeleri; sağlık harcamalarındaki kamunun yükünü azaltmada son derece etkili rol oynamaktadır.

Bu çalışmanın amacı; Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Ekim 2012 tarihinde fiilen kurulan Kamu Hastaneleri Birlikleri'nin uygulamaya geçilmeden önceki ve sonraki dönemde, Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı sağlık işletmelerinin finansal performansının ölçülmesi ve değerlendirilmesidir. Bu çalışmada Hatay İli Kamu Hastaneleri'ne bağlı 14 sağlık işletmesinin 2008-2016 dönemindeki finansal performansları ölçülerek değerlendirilmektedir.

Bu amaca yönelik yapılan bu araştırma sonucunda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu sağlık işletmelerinin varlıklarını ne derece etkin kullandıkları, finansal başarı durumları, Kamu Hastane Birliği'nin kurulmasıyla finansal performanslarının nasıl etkilendikleri ortaya konulacaktır. Bu yönüyle çalışma Kamu Hastaneleri Birliği yapılanmasının kamu sağlık işletmelerinin finansal performansı üzerinde etkili olup olmadığı konusunda yol gösterici olacaktır.

Çalışma; kamu sağlık işletmelerinin finansal performanslarını kâr-zarar, borç, varlık, stok gibi tek bir göstereye göre değil, bir bütün olarak değerlendirilmeye imkân sağlaması, kamu sağlık işletmelerinin finansal performans açısından kapsamlı bir şekilde değerlendirildiği bir çalışma olması açısından önem arz etmektedir.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Genel olarak işletmelerin finansal performans ölçüsünün en önemli göstergesi kârlılıktır. İşletmenin finansal performans analizinde kullanılan çeşitli kârlılık göstergeleri mevcuttur. Bu çalışmada kamu sağlık işletmelerinin etkinliği ve verimliliğinin finansal göstergesi olarak aktiflerin kârlılığı (Return On Assets-ROA) oranı seçilmiştir. Kamu sağlık işletmelerinde kullanılan varlıklar aynı zamanda kamunun da varlıkları olduğundan, sağlık işletmelerinin kamu kaynaklarını ne derece etkin ve verimli kullandığı kamuyu oluşturan bütün kesimler için oldukça önem arz etmektedir. Bu bağlamda, finansal performans ölçüsü olarak varlıkların kârlılığı ile bu kârlılığı etkilediği düşünülen çeşitli göstergeler arasındaki ilişkileri incelemek ve bu ilişkinin derecesini ölçmek önemlidir. Araştırmanın amacına ve varlıkların (aktif) kârlılığı ile bu kârlılığı açıkladığı düşünülen çeşitli göstergeler arasındaki ilişkilere dayalı olarak geliştirilen hipotezler aşağıda gibidir.

Hipotez 1.

Hasılat, özkaynakta artışla sonuçlanan ve bir işletmenin dönem içindeki faaliyetlerinden elde ettiği brüt ekonomik faydadır. Satışlar olarak da adlandırılan hasılat, işletmenin varlıklarını etkin ve verimli kullanarak ne ölçüde gelir elde ettiğini gösterir. Dolayısıyla kamu sağlık işletmelerinin ürettiği sağlık hizmetinden elde ettiği hasılatın varlıkların getirisi (kârlılığı) üzerinde etkisi olacağı aşîkardır. Bir işletme, varlıklarını etkin ve verimli kullanarak ne kadar çok hasılat (gelir) elde ederse varlıkların (aktiflerin) getirisi de o denli yüksek olur, işletmenin kârlılığı artar. Bu bağlamda hasılat ile aktiflerin kârlılığı arasındaki ilişki aşağıdaki gibi hipoteze edilmiştir.

H₁: Kamu sağlık işletmesinin hasılatının, aktiflerinin kârlılığı üzerinde pozitif yönde bir etkisi vardır.

Hipotez 2.

Maddi duran varlıklar, işletme faaliyetlerinde uzun süre ile kullanılmak amacıyla edinilmiş değerlerdir. Maddi duran varlıklar işletmelerin üretim kapasitesini belirleyen en temel unsurdur. Kamu sağlık işletmeleri yeterli tıbbi cihaz, ekipman ve donanıma sahip olmadan etkin ve verimli hizmet üretmez. Dolayısıyla kamu sağlık işletmelerinin sahip oldukları tıbbi cihaz, bina, donanım vb. maddi duran varlıklarının tam kapasite kullanımı işletmenin varlıklarının getirisini etkileyecektir. Bu anlamda, kamu sağlık işletmelerinde maddi duran varlık ile varlıkların getirisi arasındaki ilişki aşağıdaki gibi hipotize edilmiştir.

H₂: Kamu sağlık işletmesinin maddi duran varlıklarının, aktiflerinin kârlılığı üzerinde pozitif yönde bir etkisi vardır.

Hipotez 3.

Finansal kaldıraç oranı, bir işletmenin borçlanma kapasitesini, varlıklarını nasıl finanse ettiğini gösterir. Başka bir deyişle, işletmenin finansal yapısının ne kadarının borç ve ne kadarının özkaynaklarla finanse edildiğini gösteren bir orandır. İyi bir finansal yapı için bu oranın 0,50'yi aşmaması istenir. Varlıklarının yarısını borçlarla yarısını özkaynaklarla finanse eden işletmelerin finansal yapısı olumlu olarak değerlendirilir. Tüm işletmelerde olduğu gibi kamu sağlık işletmelerinde de finansal kaldıraç oranının yüksek olması, işletmenin varlıklarının kârlılığı üzerinde olumsuz etkisi vardır. Bu oranın yüksek olması sağlık işletmesinin borç yükü altında olduğunu ve borçlarını ödemede güçlük yaşandığını gösterir. Bu ilişki bağlamında hipotez aşağıdaki gibi kurulmuştur.

H₃: Kamu sağlık işletmesinin finansal kaldıraç oranının, aktiflerinin kârlılığı üzerinde negatif yönde bir etkisi vardır.

Hipotez 4.

Net çalışma sermayesi, işletmenin likitidite durumunu ve kısa vadeli borçları ödeyebilme gücünün olup olmadığını gösteren önemli göstergelerden biridir. Net çalışma sermaye oranı ise işletmenin net satışlarının net çalışma sermayesi içindeki payını gösterir. Başka bir ifadeyle, net çalışma sermayesi oranı; işletmenin kısa vadeli borçlarının net satışlardan karşılayabilme gücünü ve işletme sermayesini etkin kullanıp kullanmadığını gösterir. Tüm işletmelerde olduğu gibi kamu sağlık işletmelerinin net çalışma sermaye oranının da varlıklarının getirisi üzerinde olumlu

etkisi vardır. Bir işletme çalışma sermayesini ne kadar etkin ve verimli kullanırsa, işletmenin sahip oldukları varlıklarının getirisine ve kârlılığına o kadar olumlu yönde bir katkısı olacaktır. Bu anlamda ilişki aşağıdaki gibi hipoteze edilmiştir.

H₄: Kamu sağlık işletmesinin net çalışma sermaye oranının, aktiflerinin kârlılığı üzerinde pozitif yönde bir etkisi vardır.

Hipotez 5.

Kamu sağlık işletmelerinde hizmet sunumunda personelin katkısı önemlidir. Ancak personel sayısının fazla olması, personel giderlerinin yüksek olmasına ve dolayısıyla sağlık işletmesinin maliyetlerinin artmasına neden olur. Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu sağlık işletmelerinde performansa dayalı ödeme sisteminin uygulanması ile birlikte, ek ödemelerin sağlık hizmet sunucularının elde ettiği gelir üzerinden ödenmesi, kamu sağlık işletmelerinin personel maliyetlerinin artmasına ve kârlılık oranlarının azalmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda varlıkların getirisi ile personel sayısı arasındaki ilişki aşağıdaki gibi hipoteze edilmiştir.

H₅: Kamu sağlık işletmesinin personel sayısının, aktiflerinin kârlılığı üzerinde negatif yönde bir etkisi vardır.

Hipotez 6.

Kamu sağlık işletmelerinin varlıklarının getirisi, varlıklarını etkin ve verimli kullanması ile mümkün olur. Bir işletme için faaliyet süresi profesyonelleşme, kadrolaşma, kurum kültürü ve kurumsal çevre oluşması açısından önemlidir. Bu yönüyle işletmenin faaliyet süresinin işletmenin kârlılığı ve varlıkları üzerinde olumlu etkisi vardır. Ancak işletmelerin faaliyet süresinin diğer işletmelerle aynı rekabet ortamında daha fazla pazar payını elde etmesinde ve dolayısıyla kârlılığını arttırmada etkisi olursa olumlu etkisinden söz edilebilir. Nitekim faaliyet süresinin işletmenin değişim ve gelişmelere ayak uydurulabilirliğini de beraberinde getirmesi gerekir. Kendini fiziki olarak yenileyebilen, geliştirebilen faaliyet süresi uzun işletmelerin kârlılığının fazla olması kaçınılmazdır. Ancak bu olumlu etki kamu işletmeleri için sınırlıdır. Kamu işletmelerinin faaliyet süresinin uzun olması, yapının hantallaşmasına, işletmenin bina-bakım onarım giderlerinin, cihaz bakım-onarım giderlerinin ve dolayısıyla işletmenin faaliyet giderlerinin artmasına neden olabilir. Diğer kamu işletmelerinde olduğu gibi kamu sağlık işletmelerinde de faaliyet süresinin fazla olması işletmenin giderlerinin artmasına ve dolayısıyla kârlılığının

azalmasına neden olmaktadır. Faaliyet süresi ile aktiflerin kârlılığı arasındaki bu ilişki aşağıdaki şekilde hipoteze edilmiştir.

H₆: Kamu sağlık işletmesinin faaliyet süresi aktiflerinin kârlılığı üzerinde negatif yönde bir etkisi vardır.

Hipotez 7.

Kamu sağlık işletmelerinde Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kurulan kamu hastane birlikleri, kamu sağlık işletme yöneticilerinin mali performans karnesi ile finansal yönetim, farkındalık, işletmelerinin finansal faaliyetlerinden doğrudan sorumlu olma anlayışı getireceği beklentisi içinde oluşturulan bir yapıdır. Kamu hastaneleri birliği, kamu sağlık işletmelerinin hantal sağlık sistemi anlayışından kurtularak, kamu sağlık işletmelerinin sahip oldukları kaynaklardan sorumlu tutulmasını, kaynakların etkin ve verimli kullanılarak kaliteli sağlık hizmet anlayışının modern sağlık sistemi anlayışı ile sunulması amacıyla kurulmuştur. Bu yapı, kamu sağlık işletmelerinin kaynaklarını en etkin ve en verimli bir şekilde kullanarak en az maliyet ile en yüksek kazanç ve en üst düzeyde kaliteli sağlık hizmet sunulmasını sağlayarak, kamu sağlık işletmelerine kâr elde etme misyonu yüklemiştir. Bu anlamda kamu hastane birliklerinin işletmenin sahip olduğu varlıklarının getirisi üzerinde olumlu etkisi olduğu varsayılmıştır. Bu doğrultuda varlıkların getirisi ile kamu hastaneleri birliği arasındaki ilişki aşağıdaki gibi hipoteze edilmiştir.

H₇: Kamu hastaneleri birliğinin aktiflerinin kârlılığı üzerinde pozitif yönde bir etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın Kapsamı ve Veriler

Araştırma kapsamını Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı 2008-2016 yıllarını arası faaliyet gösteren 10'u devlet hastanesi, 4'ü ağız diş sağlığı merkezi olmak üzere 14 kamu sağlık işletmesi oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamını oluşturan Hatay Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı 14 sağlık işletmesinin verileri, Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nin izni alınarak Genel Sekreterlik bünyesinde yer alan başkanlıklar aracılığıyla toplanmıştır. Buna göre, 14 sağlık işletmesinin finansal verileri Sağlık Bakanlığı web uygulaması olan Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) üzerinden, yıl bazlı personel sayıları Sağlık Bakanlığı web uygulaması olan Çekirdek Kaynaklı Yönetim Sistemi (ÇKYS)'nden, faaliyet süreleri ise yine Sağlık Bakanlığı web uygulaması olan Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) üzerinden çekilmiştir. Hatay ilinde 2008 yılında

toplam 10 sağlık işletmesi faaliyet gosterirken, 2009 yılında bu sayı 11'e, 2010 yılı ve sonrasında ise 14'e çıkmıştır. Bu nedenle 4 sağlık işletmesinin 2008 yılına ait verileri ile 3 sağlık işletmesinin 2009 yılına ait verileri bulunmamaktadır.

3.4. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada verilerin analizinde iki yöntem kullanılmıştır. Birinci analiz yönteminde; Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı 14 kamu sağlık işletmesinin 2008-2016 yıllarına ait finansal performans göstergesi açısından önemli olduğu düşünölen bazı veriler oran analiz yöntemi ile değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan ikinci analiz yönteminde ise, yukarıda geliştirilen hipotezlerin sınanması için oluşturulan çoklu regresyon analizi yöntemidir. Değerkenler arasındaki ilişkileri ölçmek için öncelikle çoklu doğrusal regresyon modeli oluşturulmuş, daha sonra en küçük kareler tekniği kullanılarak değerkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel açıdan ortaya konmuştur. Araştırmada kullanılan veriler panel veri olduğundan 2008-2016 yıllarına ait veriler havuzlanmış (pooling) En Küçük Kareler Yöntemi ile analiz edilmiştir. Söz konusu çoklu doğrusal regresyon modelinin analiz edilmesinde, Eviews 9 istatistik paket programı kullanılmıştır.

3.4.1. Oran Analizi ve Bulgular

Oran analiz yöntemi ile hesaplanan finansal performans göstergeleri ve hesaplama formölü Tablo 4'de belirtilmiştir. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı 14 kamu sağlık işletmesinin finansal performansının oran analiz yöntemi ile değerlendirilmesinde 8 adet finansal performans göstergesine ait toplam 952 veri dikkate alınmıştır. Oran analizi yönteminde şu aşamalar izlenmiştir. Öncelikle her bir sağlık işletmesine ait yıl bazlı finansal performans oranları bilanço ve gelir tablosundan elde edilen verilerle teker teker hesaplanmıştır. Ardından yıl bazında bütün sağlık işletmelerinin her bir finansal oranı için ortalama alınmıştır. Böylelikle Kamu Hastaneleri Birliği'nin Tablo 5 'te gösterildiği üzere ortalama yıllık finansal performans oranları hesaplanmıştır.

Tablo 4

Araştırmada Kullanılan Finansal Performans Göstergeleri ve Formülasyonu

Gösterge Adı	Formülasyonu
Aktiflerin Kârlılığı	$\frac{\text{Net Kâr}}{\text{Toplam Aktif}}$
Özkaynakların Kârlılığı	$\frac{\text{Net Kâr}}{\text{Özkaynak}}$
Finansal Kaldıraç Oranı	$\frac{\text{Toplam Borç}}{\text{Toplam Varlık}}$
Net Çalışma Sermaye Oranı	$\frac{\text{Net Satışlar}}{\text{Dönen Varlıklar-Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar}}$
Cari Oran	$\frac{\text{Dönen Varlıklar}}{\text{Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar}}$
Maddi Duran Varlıkların Toplam Varlıklara Oranı	$\frac{\text{Maddi Duran Varlıklar}}{\text{Toplam Varlıklar}}$
Stok Devir Hızı	$\frac{\text{Satılan Ticari Malın Maliyeti}}{\text{Ortalama Stok Miktarı}}$
Alacak Devir Hızı	$\frac{\text{Kredili Net Satışlar}}{\text{Ortalama Ticari Alacaklar}}$

Tablo 5

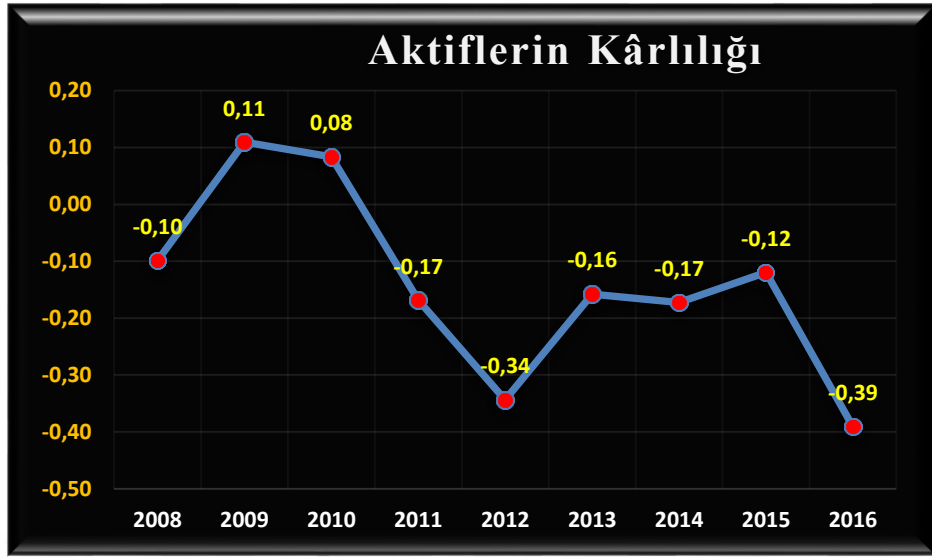
Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Finansal Performans Gösterge Oranları

Göstergeler	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aktiflerin Kârlılığı	-0,1	0,11	0,08	-0,17	-0,34	-0,16	-0,17	-0,12	-0,39
Özkaynakların Kârlılığı	-0,23	0,1	0,08	-0,17	0,49	-0,46	-0,19	1,07	0,27
Maddi Duran Varlıklar/Toplam Varlıklar	0,19	0,17	0,17	0,17	0,17	0,18	0,12	0,15	0,11
Cari Oran	3,59	3,92	4,12	3,08	2,29	2,47	2,23	1,9	1,42
Net Çalışma Sermaye Oranı	4,81	5,47	6,12	-17,61	-0,23	-8,77	33,37	37,82	10,05
Stok Devir Hızı	17,71	14,25	11,27	12,89	13,04	29,46	44,98	56,59	61,05
Alacak Devir Hızı	7,22	5,08	4,79	5,4	6,57	16,57	18,24	18,38	12,24
Finansal Kaldıraç Oranı	0,28	0,29	0,26	0,4	0,62	0,73	0,82	0,91	1,28

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 yılları arasındaki aktiflerin kârlılığı ve özkaynakların kârlılığı, maddi duran varlıkların toplam varlıklara oranı, cari oranı, net çalışma sermaye oranı, stok devir hızı, alacak devir hızı, ve finansal kaldıraç oranına ilişkin grafikler aşağıda gösterilmiştir.

Grafik 1

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Aktiflerin Kârlılığı



Aktiflerin kârlılığı (ROA), bir işletmenin varlıklarını ne derece verimli kullandığını gösterir. Yukarıdaki grafikte görüldüğü üzere Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin aktiflerin kârlılığının en yüksek değeri Birlik öncesi 2009 yılında %11 seviyesi iken; en düşük değeri Birlik sonrası 2016 yılında -%39 seviyesi olmuştur. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği 2012 yılında -%34 'e kadar düşen aktiflerin kârlılığı, Birlik sonrası dönemde arttarak -%12'ye kadar çıkmış, ancak bu değer 2016 yılında %27 azalarak, -%39'a kadar gerilemiştir. Başka bir ifadeyle; Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin aktifleri en verimli kullandığı yıl %11 kârlılık oranı ile 2009 yılı iken en verimsiz kullandığı yıl ise -%39 değeri ile 2016 yılı olmuştur. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin varlıklarının getirisi 2011 yılından itibaren azalmaya başlamıştır. Birlik kurulduktan sonraki dönemlerde 2013 yılından itibaren artmaya başlasa da 2016 yılında en düşük seviyeye ulaşmıştır. Bunun en önemli nedeni; Birliğin kısa vadeli borçlarının artması sebebiyle hasılatın artmasına rağmen net kârını arttıramamasıdır.

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 yılları arasındaki özkaynakların kârlılığı Grafik 2'de gösterilmiştir.

Grafik 2

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Özkaynakların Kârlılığı

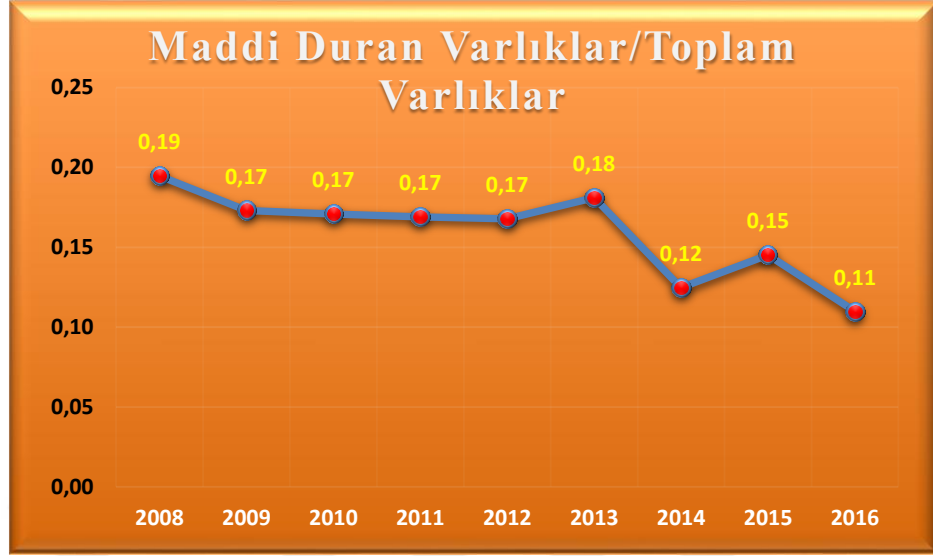


Özkaynakların kârlılığı, bir işletmenin sahip olduğu özkaynaklarını verimli kullanıp kullanmadığını gösterir. Grafik 2'de görüldüğü gibi 2008-2016 yılları arasında Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin özkaynak kârlılığının en düşük oranı -%46 oranı ile 2013 yılında Birlik sonrası dönemde iken; en yüksek değer %107 oranı ile 2015 yılında yine Birlik sonrası döneme aittir. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2012 yılında %49 olan özkaynak kârlılığı, Birlik kurulduktan sonraki ilk yıl 2013 yılında -%46 'ya kadar düşmüş, 2014 yılından itibaren artarak pozitif değerlere ulaşmıştır. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin özkaynak kârlılığının negatif değer alması, Birliğe bağlı kamu sağlık işletmelerinin geçmiş yıl zararlarının yüksek olmasından kaynaklanmıştır. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı kamu sağlık işletmelerinin geçmiş yıl zararlarının fazla olması ve kamu sağlık işletmelerinin faaliyetlerini zararlarla kapatması özkaynak tutarını olumsuz yönde etkileyerek negatif değer almasına ve 2013 yılında Birliğin özkaynak kârlılığının -%46 ile en düşük değere ulaşmasına neden olurken, yine Birliğin geçmiş yıl zararları fazla olduğu için 2015 yılında sahip olunan özkaynak tutarının azalmasına ve özkaynak kârlılığının %107 gibi yüksek bir pozitif değer almasına neden olmuştur. 2016 yılında özkaynak varlığını etkileyen olumsuz bir durum olmadığı için özkaynak kârlılığı %27 gibi makul seviyelere ulaşmıştır.

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 yılları arasındaki maddi duran varlıkların toplam varlıklara oranları Grafik 3'de gösterilmiştir.

Grafik 3

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Maddi Duran Varlıkların Toplam Varlıklara Oranı

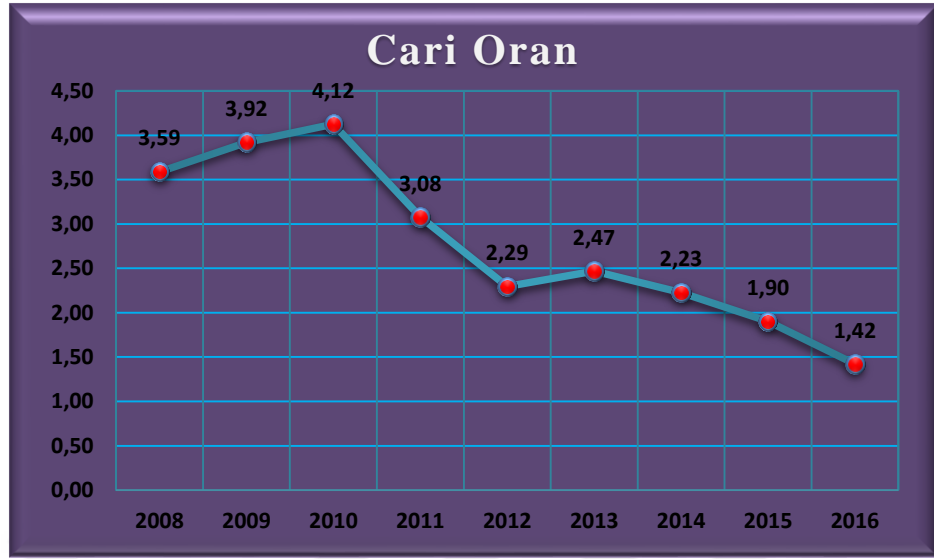


Maddi duran varlıkların toplam varlıklara oranı; işletmenin sahip olduğu maddi duran varlıklarının toplam varlıklar içerisindeki payını gösteren bir orandır. Yukarıdaki grafikte görüldüğü gibi 2008-2016 yıllarında Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin maddi duran varlıklarının toplam varlıklarına oranı en yüksek 2009 yılında %19 değeri ile Birlik öncesi döneme ait iken; en düşük değeri 2016 yılında %11 oranı ile Birlik sonrası döneme aittir. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin maddi duran varlıklarının toplam varlıklara oranı, Birlik sonrası dönemde Birlik öncesi döneme göre azalmıştır. Bunun en büyük sebebi, kamu hastaneleri birliği yapısının atıl varlıklara ve kaynaklara fırsat vermemesi, sağlık işletmelerinde atıl durumdaki maddi duran varlıkların, Birlik içi sağlık işletmelerine ve Birlik dışına karşılıksız verilmesidir.

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 yılları arasındaki cari oranları Grafik 4'de gösterilmiştir.

Grafik 4

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Cari Oran



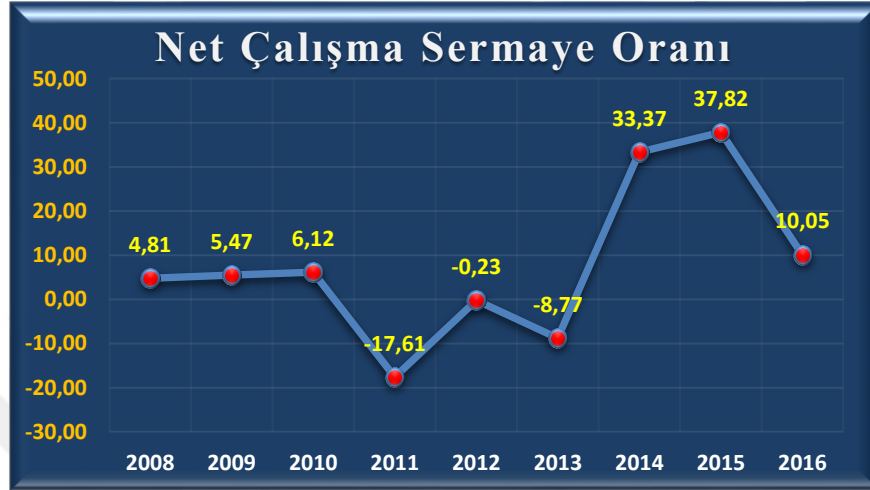
Likidite oranlarından cari oran; bir işletmenin kısa vadeli borçlarını sahip olduğu nakite hemen çevirebileceği varlıklarla ödeme gücünü gösterir. Cari oranın kabul edilebilir değeri gelişmiş ülkelerde 2 iken, gelişmekte olan ülkeler 1,5 'dur. Bir işletmenin kısa vadeli borçlarını ödeyebilme gücünü gösteren bu oranın çok yüksek olması da işletmenin atıl kaynaklara sahip olduğunu ve kaynaklarını etkin ve verimli kullanmadığını gösterir. Grafik 4'de görüldüğü üzere Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 yıllarında en yüksek cari oranı Birlik öncesi döneme ait olan 2010 yılında 4,12 iken, en düşük cari oranı Birlik sonrası döneme ait olan 2016 yılında 1,42 'dir. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin yıllar itibari ile 2008 yılından 2010 yılına kadar artış gösteren cari oranının 2013 yılına kadar düştüğü, 2013 yılında 2,47 seviyesine çıktıktan sonra tekrar düşmeye başladığı ve 2016 yılında 1,42 seviyesine kadar düştüğü görülmektedir. Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği'nin cari oranı Birliğe bağlı kamu sağlık işletmelerinin kısa vadeli borçlarının artması nedeniyle düşmüştür. 2013 yılında Kamu Hastaneleri Birliğinin kurulmasıyla birlikte özelliğli sağlık hizmeti sunmak için kamu sağlık işletmelerinin doğrudan teminle tıbbi malzemelerini satın alımlarını arttırmaları, kısa vadeli borçlarının artmalarına sebep olmuştur. Ayrıca 2015 yılından itibaren Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan protokol gereği kamu sağlık işletmeleri tarafından Sağlık Bakanlığı'na bağlı olmayan özel veya üniversite hastanelerine sevk edilen Geçici Korunan Suriyeli hasta tedavi bedellerinin sevk eden kamu sağlık işletmesi tarafından ödenmesi durumu da kamu sağlık

işletmelerinin artış gösteren kısa vadeli borçlarının daha da artmasına ve cari oranın 2015 ve 2016 yılında daha fazla düşmesine neden olmuştur.

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 yılları arasındaki net çalışma sermaye oranı Grafik 5'de gösterilmiştir.

Grafik 5

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Net Çalışma Sermaye Oranı



Net çalışma sermayesi, işletmenin likidite durumunu ve kısa vadeli borçları ödeyebilme gücünü gösteren bir orandır. Net çalışma sermaye oranı ise , işletmenin net satışlarının net çalışma sermayesi içindeki payını gösteren bir orandır. Cari oran, işletmenin likidite yapısı hakkında net bir bilgi vermez, bu nedenle işletmenin likidite yapısının net çalışma sermayesi ve net çalışma sermaye oranı ile değerlendirmek gerekir. Net çalışma sermayesi oranı, işletmenin kısa vadeli borçlarının net satışlardan karşılayabilme gücünü ve işletme sermayesini etkin kullanıp kullanmadığını gösterir. Bu oranın negatif olması işletmenin kısa vadeli borçları ödemede sıkıntı yaşayabileceğini ve çalışma sermayesini etkin kullanmadığını, pozitif olması ise işletmenin kısa vadeli borçlarını ödeme gücüne sahip, çalışma sermayesini etkin kullandığını gösterir. Grafik 5'de görüldüğü gibi 2008-2016 yıllarında Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin en yüksek net çalışma sermaye oranı 2015 yılında 37,82 iken; en düşük net çalışma sermaye oranı 2011 yılında -17,61 'dir. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin net çalışma sermaye oranı; Birlik sonrası dönemde kamu sağlık işletmelerinin kısa vadeli borçlarının artmasına ve cari oranın düşmesine rağmen artmıştır. Buna göre; Birlik sonrası dönemde kamu sağlık işletmelerinin net çalışma sermayelerini etkin kullandıklarını ve kısa vadeli borçlarını net satışlardan karşılama gücünün arttığını söylemek mümkündür.

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 yılları arasındaki stok devir hızı Grafik 6'da gösterilmiştir.

Grafik 6
Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Stok Devir Hızı



Stok devir hızı, işletmenin stoklarının belli bir süre içerisinde kaç defa yenilendiğini ve stoklarının ne kadar sürede paraya dönüştürüldüğünü gösteren bir orandır. Stok devir hızının yüksek olması istenir. Bu oranın yüksek olması, işletmenin stoklarını kısa sürede paraya dönüştürebildiğini ve etkin stok yönetimine sahip olduğunu gösterir. Stok devir hızının düşük olması ise, işletmenin stoklarını etkin yönetemediğini ve kısa sürede nakite çeviremediğini gösterir. Yukarıdaki grafikte görüldüğü gibi Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği'nin 2008-2016 yıllarında stok devir hızının en yüksek değeri, Birlik sonrası döneme ait olan 2016 yılında 61,05 iken; en düşük değeri ise Birlik öncesi döneme ait olan 2010 yılında 11,27 seviyesidir. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin stok devir hızı, Birlik sonrası dönemde Birlik öncesi döneme göre artmıştır. Birlik sonrası dönemde kamu sağlık işletmelerinin stoklarını daha etkin yönettiği, gereksiz stok bulundurmadığı, stok bulundurma maliyetlerinin az olduğu, stoklarını kısa sürede gelire dönüştürebildiği görülmüştür. Bunun en büyük sebebi kamu hastaneleri birliği yapısının sağlık işletmelerinin stoklarını sürekli kontrol etmelerini ve fazla stokların önüne geçerek stokların daha etkin yönetilmesini sağlamasıdır. Mali performans karne kriterlerinden biri stok gün süresi olduğundan kamu sağlık işletmeleri bu kriter sayesinde gereksiz stok bulundurmaktan kaçınmışlardır. Karne performans kriterinde kamu sağlık işletmelerinin stok gün süreleri 60 gün ve aşığı olduğunda bu kriterden

100 tam puan almaları kamu sağlık işletmelerinin stok devir hızının yüksek olmasını ve beraberinde etkin stok yönetimini getirmiştir.

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 yılları arasındaki alacak devir hızı Grafik 7'de gösterilmiştir.

Grafik 7

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Alacak Devir Hızı



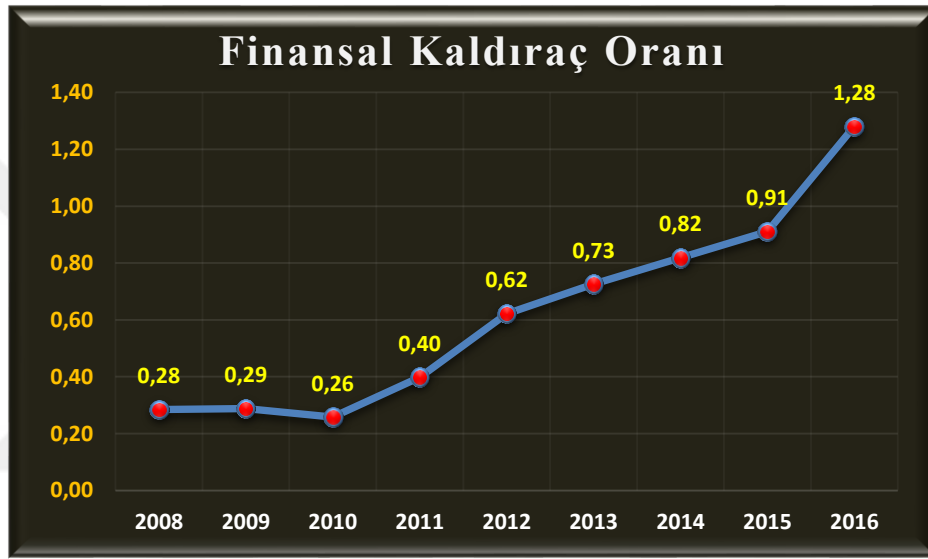
Alacak devir hızı, işletmenin alacaklarını tahsilata dönüştürebilme yeteneğini gösterir. Alacak devir hızının yüksek olması istenir. Alacak devir hızının yüksek olması, işletmenin etkin alacak takibi yaptığını, alacaklarını zamanında tahsil ettiğini, şüpheli alacaklarının bulunmadığını ve tahsilata dönüştüremediği alacağının az olduğunu gösterir. Alacak devir hızının düşük olması ise; işletmenin alacaklarının takibini etkin yapmadığını, alacaklarını zamanında tahsil edemediğini ve nakit sıkıntısı olduğunu gösterir. Grafik 7'de görüldüğü üzere 2008-2016 yıllarında Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin alacak devir hızının en düşük 4,79 değerini ile 2010 yılında Birlik öncesi döneme ait iken; en yüksek değerini ise 2015 yılında 18,38 değerini ile Birlik sonrası döneme aittir. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin alacak devir hızı, Birlik sonrası dönemde Birlik öncesi döneme göre artmıştır. Birlik sonrası dönemde kamu sağlık işletmelerinin daha etkin alacak takibi yaptığını, alacaklarını zamanında tahsil ettiği ve nakide dönüştürüldüğü görülmüştür. Mali performans kriterlerinden biri olan tahakkukların tahsilata dönüştürebilme oranı olduğundan kamu sağlık işletmeleri Birlik sonrası dönemde alacaklarının takibini daha etkin yapmıştır. Bu kriterde kamu sağlık işletmelerinin global bütçe protokolü kapsamında yer alan Sosyal Güvenlik Kurumu dışındaki alacakları dahil edilmiştir. Kamu hastaneleri birlik yapısının ve Birliğe bağlı kamu sağlık işletmelerinin Sosyal Güvenlik Kurumuna tahakkuk edilen alacakların tahsilat miktarına müdahale şansı

bulunmamaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu alacakları Maliye Bakanlığı tarafından ilgili protokol kapsamında Kamu Hastaneleri Kurumuna aktarılarak Kamu Hastaneler Birliği aracılığıyla sağlık işletmelerine aktarılmaktadır. Bu durum alacakların tahsilata dnstrebilme yeteneğinin Birlik sonrası dönemde artmasına rağmen kamu sağlık işletmelerinin likidite oranlarının yıllar itibariyle azalmasına sebep olmuştur.

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 yılları arasındaki finansal yapı oranlarından finansal kaldıraç oranı Grafik 8'de gösterilmiştir.

Grafik 8

Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin 2008-2016 Yılları Finansal Kaldıraç Oranı



Finansal kaldıraç oranı; işletmenin borçlarının toplam varlıklar içerisindeki payını gösteren bir orandır. Bu oran, işletmenin varlıklarının ne kadarını yabancı kaynaklarla, ne kadarını özkaynaklarla finanse ettiğini gösterir. Bu oranın 0,50 ve 0,50'den düşük olması istenir. Finansal kaldıraç oranının düşük olması, işletmenin varlıklarının çoğunun özkaynaklarla finanse ettiğini, borçlarını düzenli olarak ödeyebildiğini ve mali açıdan iyi olduğunu gösterir. Finansal kaldıraç oranının yüksek olması ise varlıkların çoğunun borçlarla finanse edildiğini, borçlarını düzenli ödeyemediğini ve mali açıdan sıkıntı yaşayabileceğini gösterir. Yukarıdaki grafikte görüldüğü gibi Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği'nin finansal kaldıraç oranının; 2008-2016 yıllarında en düşük değeri, Birlik öncesi döneme ait olan 2010 yılında 0,26 seviyesi iken; en yüksek değeri ise Birlik sonrası döneme ait olan 2016 yılında 1,28 seviyesidir. Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin yıllar itibari ile 2008 yılından 2010 yılına kadar düşüş gösteren finansal kaldıraç oranı 2011 yılında 0,40 seviyesine çıkmış, 2012 yılından itibaren sürekli artış göstererek 0,50 seviyesinin

üzerinde seyretmiştir. Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği'nin finansal kaldıraç oranının yüksek olması, özellikle Birlik sonrası dönemde kamu sağlık işletmelerinin varlıklarını ağırlıklı olarak borçlarla finanse ettiğini, kısa vadeli borçlarının arttığını ve borçlarını ödemede güçlük yaşadığını göstermektedir. Bunun en büyük sebebi; 2013-2016 yılları Birlik sonrası dönemde kısa vadeli borçların artması ve kamu sağlık işletmelerinin Sosyal Güvenlik Kurumu tahsilatlarına müdahale şansı bulunmadığından likidite oranının azalmasıdır. Kısa vadeli borçların artmasının nedeni ise; özellikle sağlık hizmeti sunmak için kamu sağlık işletmelerinin doğrudan teminle tıbbi malzemelerini satın alımlarını arttırmaları, 2015 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı olmayan özel veya üniversite hastanelerine sevk edilen Suriyeli hasta tedavi bedellerinin sevk eden kamu sağlık işletmesi tarafından ödenmesidir.

3.4.2. Çoklu Regresyon Analizi ve Bulgular

Araştırmanın bu kısmında Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı 14 kamu sağlık işletmesinin finansal başarı göstergesi olarak kârlılık oranları ile bu oranları etkilediği düşünülen diğer finansal ve finansal olmayan göstergelerle olan ilişkiler çoklu doğrusal regresyon modeli ile incelenmiştir. Ayrıca çoklu regresyon analizinin bulguları da bu kısımda yer almaktadır.

3.4.2.1. Değişkenler ve Çoklu Regresyon Modelleri

Hatay ilinde faaliyet gösteren 14 kamu sağlık işletmesinin finansal performansını etkilediği varsayılan çeşitli faktörler arasındaki ilişkileri incelemek açısından şu aşamalar uygulanmıştır. Birinci aşamada; bağımlı değişken olarak aktiflerin kârlılığı oranı ve özkaynakların kârlılığı oranı, bağımsız değişken olarak da hasılat, maddi duran varlıklar, finansal kaldıraç oranı, net çalışma sermayesi oranı, personel sayısı, faaliyet süresi ve kamu hastaneler birliği olmak 2 ayrı regresyon modeli geliştirilmiştir. İkinci aşamada her iki regresyon modeli havuzlanmış en küçük kareler yöntemiyle analize tabii tutulmuştur. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde aktiflerin kârlılığının bağımlı değişken olduğu regresyon modelinin, özkaynak kârlılığının bağımlı değişken olduğu diğer regresyon modelinden istatistiksel açıdan daha anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca aktiflerin kârlılığının bağımlı değişken olduğu regresyon modelinin açıklama gücü, diğer regresyon modelinden daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlardan hareketle, araştırmamızda değişkenler arasındaki ilişkileri istatistiksel açıdan daha anlamlı bir biçimde ortaya koyan ve açıklama gücü daha yüksek olan regresyon modelinin kullanımına karar verilmiştir. Çalışmada kullanıma karar verilen regresyon

modelinin bağımlı ve bağımsız değişkenleri Tablo 6’da gösterilmiştir. Regresyon modelinde yer alan değişkenlerin ölçü birimlerinin benzerliğini sağlamak için oransal değişkenler hariç diğer değişkenlerin doğal logaritmaları alınmıştır.

Tablo 6
Çalışmada Kullanılan Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler
Aktiflerin Kârlılığa Oranı	Hâsılat (Net Satışlar) Finansal Kaldıraç Oranı Maddi Duran Varlıklar Net Çalışma Sermaye Oranı Personel Sayısı Faaliyet Süresi Kamu Hastaneler Birliği (kukla-gölge değişken)

Araştırma hipotezleri, Hatay ilinde faaliyet gösteren 14 kamu sağlık işletmesinin 2008 ile 2016 yıllarını kapsayan dönem açısından, Kamu Hastaneleri Birliği’ne bağlı olmadan önceki (2008-2012) dönem ile Birliğe bağlı olduğu (2013-2016) dönem açısından ayrı ayrı test edilmiştir. Böylece Hatay ilinde faaliyet gösteren 14 kamu sağlık işletmesinin 2008-2016 yılları arası toplam dönemi, 2008-2012 yılları arası Birlik öncesi dönemi, 2013-2016 Birlik sonrası dönemi olmak üzere üç farklı kategoride değişkenler arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Kamu Hastaneleri Birliği’nin Hatay ili kamu sağlık işletmelerinin finansal performansları üzerinde etkisi olup olmadığı da ayrıca araştırılmıştır.

Daha önce tanımlanan bağımsız değişkenler yanında Kamu Hastaneleri Birliği’nin kamu sağlık işletmelerinin finansal performansı üzerinde etkili olup olmadığını ölçen 1. model aşağıda gösterilmiştir.

Model 1:

$$AKAR_{it} = \alpha_0 + \beta_1 HASLT_{it} + \beta_2 KALD_{it} + \beta_3 MDV_{it} + \beta_4 NCSO_{it} + \beta_5 PERS_{it} + \beta_6 FSURE_{it} + \beta_7 HASTB_{it} + \varepsilon_{it}$$

Birlik öncesi ve sonrası dönemler için kullanılan çoklu regresyon modeli ise aşağıdaki gibidir.

Model 2:

$$AKAR_{it} = \alpha_0 + \beta_1 HASLT_{it} + \beta_2 KALD_{it} + \beta_3 MDV_{it} + \beta_4 NCSO_{it} + \beta_5 PERS_{it} + \beta_6 FSURE_{it} + \varepsilon_{it}$$

Her iki regresyon modelinde kullanılan değişkenlerin tanımları aşağıdaki gibidir.

$AKAR_{it}$: i'nci sağlık işletmesinin t zamandaki aktiflerinin karlılığa oranı

$HASLT_{it}$: i'nci sağlık işletmesinin t zamandaki hasılatın doğal logaritması

$KALD_{it}$: i'nci sağlık işletmesinin t zamandaki kaldıraç oranı

MDV_{it} : i'nci sağlık işletmesinin t zamandaki maddi duran varlıklarının doğal logaritması

$NCSO_{it}$: i'nci sağlık işletmesinin t zamandaki net çalışma sermaye oranı

$PERS_{it}$: i'nci sağlık işletmesinin t zamandaki personel sayısının doğal logaritması

$FSURE_{it}$: i'nci sağlık işletmesinin t zamandaki faaliyet süresinin doğal logaritması

$HASTB_{it}$: i'nci sağlık işletmesinin t zamanda Kamu Hastaneler Birliğinde ise 1, değilse 0 değerini alan kukla (gölge) değişkendir.

α : regresyonun sabit terimi; β regresyonun eğim katsayısı; ϵ ise regresyonun hata terimidir.

3.4.2.2. Çoklu Regresyon Modellerinin Analizi ve Bulgular

Çoklu regresyon modellerinde kullanılan değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizleri ve en küçük kareler yöntemi kullanılarak yapılan regresyon analizinden elde edilen bulgular da bu üç ayrı kategori halinde açıklanmıştır.

3.4.2.2.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Analiz edilen değişkenler hakkında kolay bilgi elde edilmesini sağlayan, değişkenlere ait verileri özetleyen, değişkenlerin merkezi eğilimi, yayılımı ve dağılımı gibi belirli özelliklerini yansıtan değerlere tanımlayıcı istatistikler denir. Bu kısımda 14 kamu sağlık işletmesinin 2008-2016 yılları, 2008-2012 yılı Birlik öncesi ve 2013-2016 yılları Birlik sonrası dönemlere ait olmak üzere analiz edilen değişkenlere ait aritmetik ortalama, medyan, maksimum değer, minimum değer, ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir.

Tablo 7'de 2008-2016 yılları Hatay ilinde faaliyet gösteren kamu sağlık işletmelerinin bir bütün olarak değerlendirildiği döneme ait olan tanımlayıcı istatistikler bulunmaktadır.

Tablo 7
2008-2016 Yıllarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Ortalama	Medyan	Maksimum	Minimum	Standart Sapma	n
AKAR	-0,145	-0,045	0,691	-1,484	0,425	117
HASLT	7,074	7,023	8,103	6,102	,0467	117
KALD	0,648	0,389	3,368	0,091	0,674	117
MDV	5,657	5,673	6,982	3,826	0,605	117
NCSO	8,137	3,984	316,108	-307,328	53,935	117
PERS	2,200	2,170	3,081	1,431	0,448	117
FSURE	1,082	0,954	1,886	0,000	0,536	117
HASTB	0,479	0,000	1,000	0,000	0,502	117

AKAR: Aktiflerin kârlılığı, HASLT: Hasılat (Net Satışlar), KALD: Finansal kaldıraç oranı, MDV: Maddi duran varlıklar, NCSO: Net çalışma sermaye oranı, PERS: Personel sayısı, FSURE: Faaliyet süresi, HASTB: Kamu Hastaneler Birliği

Tablo 7’de görüldüğü gibi 14 kamu sağlık işletmesinin 2008-2016 yıllarına ait, aktiflerin kârlılığının ortalaması -%15, maksimum değeri %69, minimum değeri -%148 ve standart sapması %43’dür. Kamu sağlık işletmelerinin hasılatının ortalaması 7,07, maksimum değeri 8,10, minimum değeri 6,10 ve standart sapması %47’dir. Kamu sağlık işletmelerinin 2008-2016 yıllarına ait maddi duran varlıklarının ortalaması 5,65, maksimum değeri 6,98, minimum değeri 3,82 ve standart sapması %60’dır. Kamu sağlık işletmelerinin ilgili döneme ait finansal kaldıraç oranının ortalaması 0,65, maksimum değeri 3,37, minimum değeri 0,09 ve standart sapması %67’dir. 14 kamu sağlık işletmesinin 2008-2016 yıllarına ait net çalışma sermaye oranının ortalaması 8,14, maksimum değeri 316,11, minimum değeri -307,33 ve standart sapması %54’ dür. 2008-2016 yıllarında kamu sağlık işletmelerinde logaritması alınmamış halinde ortalama 267 personel, en az 27 ve en çok 1204 personel çalışmaktadır. Aynı şekilde faaliyet süresinin doğal logaritması alınmamış hali ile kamu sağlık işletmelerinin ilgili dönemde ortalama faaliyet süresi yaklaşık 23 yıl iken, en az faaliyet süresi 7 yıl ve en çok faaliyet süresi 77 yıldır.

Tablo 8
2008-2012 Yıllarına Ait Birlik Öncesi Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Ortalama	Medyan	Maksimum	Minimum	Standart Sapma	n
AKAR	-0,085	0,009	0,691	-1,282	0,391	61
HASLT	7,005	7,015	7,906	6,102	0,46	61
KALD	0,386	0,319	1,397	0,092	0,291	61
MDV	5,694	5,759	6,983	3,826	0,704	61
NCSO	-1,022	4,009	30,841	-307,328	42,125	61
PERS	2,184	2,17	2,98	1,431	0,435	61
FSURE	0,99	0,845	1,863	0,000	0,611	61

AKAR: Aktiflerin kârlılığı, HASLT: Hasılat (Net Satışlar), KALD: Finansal kaldıraç oranı, MDV: Maddi duran varlıklar, NCSO: Net çalışma sermaye oranı, PERS: Personel sayısı, FSURE: Faaliyet süresi.

Tablo 8’ de 2008-2012 yılları Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği’nin kurulmadan Birlik öncesi olarak değerlendirildiği döneme ait olan tanımlayıcı istatistikler bulunmaktadır. Tablo 8’de görüldüğü gibi 14 kamu sağlık işletmesinin 2008-2012 yıllarına ait aktiflerin kârlılığının ortalaması -%8, maksimum değeri %69, minimum değeri- %128, ve standart sapması %39’ dur. Kamu sağlık işletmelerinin 2008-2012 yıllarına ait hasılatının ortalaması 7,07, standart sapması %46’dır. 14 kamu sağlık işletmesinin Birlik öncesi dönemde, finansal kaldıraç oranının ortalaması %4, maksimum değeri %140, minimum değeri %1 ve standart sapması %29’ dur. Kamu sağlık işletmelerinin Birlik öncesi dönemde maddi duran varlıkların ortalaması 5,69, maksimum değeri 6,98, minimum değeri 3,83 ve standart sapması %70’ dir. 14 kamu sağlık işletmesinin 2008-2012 yıllarına ait net çalışma sermaye oranının ortalaması -1,02, standart sapması 42,12 ‘dir. 2008-2012 yıllarına ait kamu işletmelerinde logaritması alınmamış halinde ortalama 246 personel, en az 27 ve en çok 953 personel çalışmaktadır. Kamu sağlık işletmelerinin Birlik öncesi dönemde doğal logaritması alınmamış hali ile ortalama faaliyet süresi yaklaşık 22 yıl iken, en az faaliyet süresi 4 yıl ve en çok faaliyet süresi 73 yıldır.

Tablo 9
2013-2016 Yıllarına Ait Birlik Sonrası Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Ortalama	Medyan	Maksimum	Minimum	Standart Sapma	n
AKAR	-0,21	-0,062	0,447	-1,484	0,454	56
HASLT	7,149	7,103	8,103	6,546	0,466	56
KALD	0,934	0,671	3,368	0,118	0,841	56
MDV	5,617	5,628	6,594	4,755	0,478	56
NCSO	18,115	3,897	316,109	-86,959	63,286	56
PERS	2,217	2,175	3,081	1,431	0,465	56
FSURE	1,182	1,000	1,886	0,602	0,423	56

AKAR: Aktiflerin kârlılığı, HASLT: Hasılat (Net Satışlar), KALD: Finansal kaldıraç oranı, MDV: Maddi duran varlıklar, NCSO: Net çalışma sermaye oranı, PERS: Personel sayısı, FSURE: Faaliyet süresi

Tablo 9’da 2013-2016 yılları Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği’nin kurulduktan sonra Birlik sonrası olarak değerlendirildiği döneme ait olan tanımlayıcı istatistikler bulunmaktadır. Tablo 9’da görüldüğü gibi 14 kamu sağlık işletmesinin 2013-2016 yıllarına ait aktiflerin karlılığının ortalaması -%21, maksimum değeri %45, minimum değeri -%148 ve standart sapması %45’ dir. Kamu sağlık işletmelerinin hasılatının ortalaması 7,15, maksimum değeri 8,10, minimum değeri 6,55 ve standart sapması %47’dir. 14 kamu sağlık işletmesinin Birlik sonrası döneme ait finansal kaldıraç oranının ortalaması 0,93, maksimum değeri 3,37, minimum

değeri 0,12 ve standart sapması %84' dür. Kamu sağlık işletmelerinin ilgili dönemde maddi duran varlıklarının ortalaması 5,62, maksimum değeri 6,59, minimum değeri 4,75 ve standart sapması %48'dir. Kamu sağlık işletmelerinin Birlik sonrası döneme ait net çalışma sermayesi oranının ortalaması 18,11, maksimum değeri 316,11, minimum değeri -86,96 ve standart sapması 63,29 'dur. 2013-2016 yıllarında kamu sağlık işletmelerinde logaritması alınmamış halinde ortalama 291 personel, en az 27 ve en çok 1204 personel çalışmaktadır. Kamu sağlık işletmelerinin Birlik sonrası dönemde doğal logaritması alınmamış hali ile ortalama faaliyet süresi yaklaşık 24 yıl iken, en az faaliyet süresi 4 yıl ve en çok faaliyet süresi 77 yıldır.

3.4.2.2. Korelasyon Analizi

Korelasyon analizi, iki değişken arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığını gösterir. İki değişken arasında doğrusal bir ilişkinin miktarı korelasyon katsayısı "r" ile ifade edilir. Korelasyon analizinde iki değişken birbirinden bağımsız ise ilişkinin yokluğundan, bir değişken artarken diğeri de artıyorsa pozitif ilişkiden, bir değişken artarken diğeri azalıyorsa negatif ilişkiden söz edilir. Korelasyon katsayısı olarak ifade edilen r değeri +1 ila -1 arasında değerler alır. Korelasyon katsayısı +1 değerine yakınsa değişkenler arasında pozitif yönlü bir ilişkiyi, -1 değerine yakınsa negatif yönlü bir ilişkiyi, r=0 ise değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösterir (Gürbüz ve Şahin, 2016: 264-265). Çalışmamızda veriler oransal ölçeklerle elde edildiğinden ve normal dağılıma uygunluk göstermediğinden spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 10'da 2008-2016 yıllarına ait değişkenler arasındaki spearman korelasyon analizi gösterilmiştir. Spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre kamu sağlık işletmelerinin aktiflerinin kârlılığı ile istatistiksel açıdan %1 ve %5 anlamlılık düzeyinde ilişkisi olan bağımsız değişkenlere ait bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Spearman korelasyon analizinden elde edilen anlamlı bulgulara göre; 2008-2016 yıllarının bir bütün olarak değerlendirildiği dönemde; aktiflerin kârlılığı ile kaldıraç oranı arasında istatistiksel açıdan %1 anlamlılık düzeyinde güçlü negatif bir ilişki, aktiflerin kârlılığı ile personel sayısı arasında, yine aktiflerin kârlılığı ile faaliyet süresi arasında %5 anlamlılık düzeyinde negatif bir ilişki vardır.

Tablo 10
2008-2016 Yıllarına Ait Korelasyon Sonuçları

Değişkenler	AKAR	HASLT	MDV	KALD	NCSO	PERS	FSURE	HASTB
AKAR	1							
HASLT	-0.077	1						
MDV	-0.112	0.332***	1					
KALD	-0.596***	0.313***	0.207**	1				
NCSO	0.066	0.002	-0.108	-0.053	1			
PERS	-0.181**	0.911***	0.421***	0.426***	0.019	1		
FSURE	-0.210**	0.708***	0.245***	0.379***	0.054	0.697***	1	
HASTB	-0.114	0.164*	-0.095	0.414***	-0.041	0.049	0.239***	1

Korelasyon katsayısı ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,10 düzeyinde anlamlıdır.

AKAR: Aktiflerin kârlılığı, HASLT: Hasılat (Net Satışlar), KALD: Finansal kaldıraç oranı, MDV: Maddi duran varlıklar, NCSO: Net çalışma sermaye oranı, PERS: Personel sayısı, FSURE: Faaliyet süresi, HASTB: Kamu Hastaneler Birliği

Tablo 11’de 2008-2012 yılları Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği kurulmadan Birlik öncesi döneme ait değişkenler arasındaki spearman korelasyon analizi gösterilmiştir. Spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre Birlik öncesi dönemde kamu sağlık işletmelerinin aktiflerinin kârlılığı ile ilişkisi olan bağımsız değişkenlerin istatistiksel açıdan %1 ve %5 anlamlılık düzeyine ait bulguları aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 11
2008-2012 Yılları Birlik Öncesi Döneme Ait Korelasyon Analizi

Değişkenler	AKAR	HASLT	KALD	MDV	NCSO	PERS	FSURE
AKAR	1						
HASLT	-0,361*	1					
KALD	-0,700***	0,311**	1				
MDV	-0,139	0,38***	0,168	1			
NCSO	-0,287**	0,02	0,404***	-0,133	1		
PERS	-0,484***	0,937***	0,421***	0,440***	0,092	1	
FSURE	-0,499***	0,709***	0,344***	0,264**	0,125	0,711***	1

Korelasyon katsayısı ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,10 düzeyinde anlamlıdır.

AKAR: Aktiflerin kârlılığı, HASLT: Hasılat (Net Satışlar), KALD: Finansal kaldıraç oranı, MDV: Maddi duran varlıklar, NCSO: Net çalışma sermaye oranı, PERS: Personel sayısı, FSURE: Faaliyet süresi

Spearman korelasyon analizinden elde edilen anlamlı bulgulara göre; aktiflerin kârlılığı ile maddi duran varlıklar hariç diğer tüm değişkenler arasında Birlik öncesi dönemde farklı anlamlılık düzeylerinde negatif yönlü bir ilişki vardır. Tablo 11’de de görüldüğü gibi aktiflerin kârlılığı ile hasılat arasında, aktiflerin kârlılığı ile finansal kaldıraç oranı arasında, aktiflerin kârlılığı ile personel sayısı arasında ve aktiflerin kârlılığı ile faaliyet süresi arasında istatistiksel açıdan %1 anlamlılık düzeyinde güçlü bir negatif yönlü ilişki varken, aktiflerin kârlılığı ile net

çalışma sermaye oranı arasında %5 anlamlılık düzeyinde negatif yönlü bir ilişki vardır.

2013-2016 yılları Birlik sonrası döneme ait değişkenler arasındaki spearman korelasyon analizi Tablo 12’de gösterilmiştir. Spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre aktiflerin kârlılığı ile istatistiksel açıdan %1 ve %5 anlamlılık düzeylerine ait bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 12

2013-2016 Yılları Birlik Sonrası Döneme Ait Korelasyon Analizi

Değişkenler	AKAR	HASLT	KALD	MDV	NCSO	PERS	FSURE
AKAR	1						
HASLT	0,214	1					
KALD	-0,528***	0,159	1				
MDV	-0,093	0,296**	0,371***	1			
NCSO	0,289**	0,002	-0,372***	-0,100	1		
PERS	0,087	0,893***	0,424***	0,455***	-0,061	1	
FSURE	0,144	0,738***	0,308**	0,196	-0,013	0,752***	1

Korelasyon katsayısı ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,10 düzeyinde anlamlıdır.

AKAR: Aktiflerin kârlılığı, HASLT: Hasılat (Net Satışlar), KALD: Finansal kaldıraç oranı, MDV: Maddi duran varlıklar, NCSO: Net çalışma sermaye oranı, PERS: Personel sayısı, FSURE: Faaliyet süresi

Tablo 12’de de görüldüğü gibi spearman korelasyon analizinden elde edilen anlamlı bulgulara göre; aktiflerin kârlılığı ile kaldıraç oranı ve net çalışma sermaye oranı hariç, diğer bağımsız değişkenler arasında Birlik sonrası dönemde anlamlı bir ilişki yoktur. 2013-2016 yılları Birlik sonrası dönemde aktiflerin kârlılığı ile kaldıraç oranı arasında istatistiksel açıdan %1 anlamlılık düzeyinde güçlü negatif bir ilişki varken; aktiflerin kârlılığı ile net çalışma sermaye oranı arasında pozitif yönlü %5 anlamlılık düzeyinde bir ilişki vardır.

3.4.2.2.3. Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Araştırma hipotezlerinin sınanmasında kullanılan çoklu regresyon modelleri, 2008-2016 yılları, Birlik öncesi (2008-2012) ve Birlik sonrası (2013-2016) dönemler için ayrı ayrı en küçük kareler yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Söz konusu analize ait sonuçlar Tablo 13 ve Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 13’de Hatay ilinde faaliyet gösteren kamu sağlık işletmelerinin 2008-2016 yıllarında bir bütün olarak değerlendirildiği döneme ait hasılat, maddi duran varlıklar, finansal kaldıraç oranı, net çalışma sermaye oranı, personel sayısı, faaliyet süresi ve hastaneler birliğinin aktiflerin kârlılığı üzerinde etkisini gösteren çoklu regresyon modelinin bulguları ve açıklama düzeyi gösterilmiştir. Tablodan görüldüğü üzere regresyon modelinin açıklama gücü yaklaşık %59’dur. Bu sonuç

aktiflerin kârlılığındaki %59 değişimin hasılat, maddi duran varlıklar, kaldıraç, net çalışma sermaye oranı, personel sayısı, faaliyet süresi ve hastaneler birliği tarafından açıklandığını göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre hasılatındaki %1 oranındaki artış aktiflerin kârlılığı üzerinde 0,89 oranında bir artış meydana getirmektedir. Maddi duran varlıklardaki %1 oranındaki artış aktiflerin kârlılığı üzerinde 0,11 oranında; net çalışma sermaye oranındaki %1'lik artış ise aktiflerin kârlılığı üzerinde 0,001 oranında bir artış meydana getirmektedir. Söz konusu bağımsız değişkenlerin aktiflerin karlılığına olan olumlu etkileri istatistiksel açıdan %1 anlamlılık düzeyine sahiptir.

Finansal kaldıraç oranı -0,449, faaliyet süresi -0,961, personel sayısı ise -0,309 regresyon katsayısına sahiptir. Bunun anlamı ise finansal kaldıraç oranındaki %1'lik artış aktiflerin kârlılığı üzerinde yaklaşık 0,45 oranında, faaliyet süresindeki %1'lik artış ise aktiflerin kârlılığı üzerinde yaklaşık 0,96 oranında ve personel sayısındaki %1'lik artış ise aktiflerin kârlılığı üzerinde yaklaşık 0,31 oranında bir azalış meydana getirmektedir. Kaldıraç oranı ve faaliyet süresinin aktiflerin karlılığı üzerindeki olumsuz etkisi istatistiksel açıdan %1 anlamlılık düzeyinde iken personel sayısının olumsuz etkisi istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Ayrıca Kamu Hastaneler Birliği'ndeki %1'lik artış aktiflerin kârlılığı üzerinde yaklaşık 0,18 oranında bir artış meydana getirmektedir. Söz konusu ilişki istatistiksel açıdan %1 anlamlılık düzeyindedir.

Tablo 13
1. Modelin Analiz Sonuçları

2008-2016		
(Model 1)		
Değişkenler	Katsayı	t-Statistic
C	-5,184	-3,354***
HASLT	0,894	2,805***
MDV	0,11	3,527***
KALD	-0,449	-8,705***
NCSO	0,001	2,727***
PERS	-0,309	-0,408
FSURE	-0,961	-4,034***
HASTB	0,18	3,179***
R ²		0,591
Düzeltilmiş R ²		0,506
F-statistic		6,935
Anlamlılık Düzeyi (F-statistic)		0,000

***p<0,01, **p<0,05, *p<0,10 düzeyinde anlamlıdır.

AKAR: Aktiflerin kârlılığı, HASLT: Hasılat (Net Satışlar), KALD: Finansal kaldıraç oranı, MDV: Maddi duran varlıklar, NCSO: Net çalışma sermaye oranı, PERS: Personel sayısı, FSURE: Faaliyet süresi, HASTB: Kamu Hastaneler Birliği.

Bağımlı Değişken: AKAR

Bağımsız Değişkenler: HASLT, MDV, KALD, NCSO, PERS, FSURE, HASTB.

Tablo 13’de de görüldüğü gibi 2008-2016 yıllarında aktiflerin kârlılığı üzerinde en fazla olumlu etki yaparak artışa sebep olan 0,89 oranıyla hasılat olmuştur. Sonra sırasıyla 0,18 oranıyla kamu hastaneleri birliğinin varlığı, 0,11 oranıyla maddi duran varlıklar ile 0,001 oranı ile net çalışma sermayesinin olumlu etkisi olmuştur. 2008-2016 yıllarında aktiflerin kârlılığı üzerinde en fazla olumsuz etkisi -0,96 oranı ile faaliyet süresi olmuştur. Faaliyet süresinden sonra -0,45 oranı ile finansal kaldıraç oranı aktiflerin kârlılığını olumsuz yönde etkileyerek azaltmıştır.

Tablo 14
2. Modelin Analiz Sonuçları

Değişkenler	2008-2012		2013-2016	
	Katsayı	t-Statistic	Katsayı	t-Statistic
C	-9,441	-6,195***	-10,916	-2,8***
HASLT	1,507	4,011***	1,496	2,219**
MDV	0,062	0,668	0,236	1,055
KALD	-1,055	-13,54***	-0,763	-13,867***
NCSSO	0,001	1,678*	0,000	0,896
PERS	0,172	0,579	-0,762	-0,424
FSURE	-1,531	-12,243***	0,916	4,521***
R ²	0,874		0,88	
Düzeltilmiş R ²	0,816		0,817	
F-statistic	14,997		13,919	
Anlamlılık Düzeyi (F-statistic)	0,000		0,000	

***p<0,01, **p<0,05, *p<0,10 düzeyinde anlamlıdır.

AKAR: Aktiflerin kârlılığı, HASLT: Hasılat (Net Satışlar), KALD: Finansal kaldıraç oranı, MDV: Maddi duran varlıklar, NCSSO: Net çalışma sermaye oranı, PERS: Personel sayısı, FSURE: Faaliyet süresi, HASTB: Kamu Hastaneler Birliği.

Bağımlı Değişken: AKAR

Bağımsız Değişkenler: HASLT, MDV, KALD, NCSSO, PERS, FSURE.

Tablo 14’de Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği’nin 2008-2012 yılları Birlik öncesi ve 2013-2016 yılları Birlik sonrası değerlendirildiği dönemlere ilişkin analiz bulguları ve regresyon modelinin açıklama düzeyi gösterilmiştir. Tablo 14’de görüldüğü gibi modelin açıklama gücü Birlik öncesi dönemde yaklaşık %87 ve Birlik sonrası dönemde ise %88’ olup, istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0,01). Bu açıklama düzeyi, Birlik öncesi dönemde aktiflerin kârlılığındaki %87, Birlik sonrası dönemde ise %88 düzeyindeki değişimin hasılat, maddi duran varlıklar, finansal kaldıraç oranı, net çalışma sermaye oranı, personel sayısı ve faaliyet süresi tarafından açıklandığını göstermektedir.

2008-2012 yılları dönemine ait çoklu regresyon modelinin analiz sonuçlarına göre; hasılat 1,507 regresyon katsayısına ve net çalışma sermaye oranı ise 0,001 regresyon katsayısına sahiptir. Birlik öncesi dönemde kamu sağlık işletmelerinin hasılatındaki %1 oranındaki artışın aktiflerin kârlılığı üzerinde yaklaşık 1,51 oranında artış, net çalışma sermaye oranındaki %1 oranındaki artış ise 0,001 oranında meydana getirmektedir. Aktiflerin kârlılığı üzerinde hasılatın olumlu etkisi istatistiksel açıdan %1 anlamlılık düzeyinde iken ,net çalışma sermayesinin olumlu etkisi %10 anlamlılık düzeyindedir.

Aktiflerin kârlılığı üzerinde finansal kaldıraç oranının ve faaliyet süresinin istatistiksel anlamda %1 anlamlılık düzeyinde negatif ilişkisi vardır. Buna göre;

finansal kaldıraç oranındaki %1 oranındaki bir artış kamu sağlık işletmelerinin varlıklarının getirisi üzerinde 1,05 oranında bir azalma meydana getirirken, personel sayısındaki %1 oranındaki bir artış yaklaşık 1,53 oranında bir azalma meydana getirmektedir.

Tablo 14 'de görüldüğü üzere 2008-2012 yılları Birlik öncesi dönemde aktiflerin kârlılığı üzerinde en fazla 1,51 oranıyla hasılatın olumlu etkisi olmuştur. Net çalışma sermaye oranının etkisi model 1 ile aynı oranda 0,001 olumlu yönde olmuştur. 2008-2012 yılında aktiflerin kârlılığı üzerinde en fazla olumsuz etki ise -1,53 oranıyla faaliyet süresinin olmuştur. Faaliyet süresinden sonra -1,51 oranıyla finansal kaldıraç oranı aktiflerin kârlılığını olumsuz yönde etkileyerek azaltmıştır.

Hatay ili Kamu Hastaneler Birliğinin 2013-2016 yılları Birlik sonrası döneme ait regresyon analiz sonuçları Tablo 14'de görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi Birlik sonrası dönemde aktiflerin kârlılığı üzerinde hasılatın ve faaliyet süresinin pozitif ilişkisi vardır. Hasılatındaki %1 oranındaki artış kamu sağlık işletmelerinin aktiflerinin kârlılığı üzerinde yaklaşık 1,50 oranında bir artış meydana getirirken, faaliyet süresi ise 0,92 oranında bir artış meydana getirmektedir. Hasılatındaki artış istatistiksel anlamda %5 anlamlılık düzeyinde iken, personel sayısındaki artış %1 anlamlılık düzeyindedir.

Finansal kaldıraç oranının ise aktiflerin kârlılığı üzerinde diğer iki dönemde olduğu gibi olumsuz etkisi vardır. Finansal kaldıraç oranı -0,763 regresyon katsayısına sahiptir. Buradan anlaşılacağı gibi; finansal kaldıraç oranındaki %1'lik artış aktiflerin kârlılığı üzerinde 0,76 oranında bir azalma meydana getirmektedir. Finansal kaldıraç oranının aktiflerin kârlılığı üzerinde negatif etkisi istatistiksel açıdan % 1 anlamlılık düzeyindedir.

Tabloda da görüldüğü gibi, Birlik sonrası dönemde aktiflerin kârlılığı üzerinde en fazla olumlu etki 1,49 oranıyla hasılatın, en fazla olumsuz etki ise -0,76 oranıyla faaliyet süresinin olmuştur.

Araştırmanın amacına ve kapsamına uygun olarak geliştirilen hipotezlerin test edilmesinde kullanılan çoklu regresyon modellerine göre ortaya çıkan sonuçlar Tablo 15' de özet halinde gösterilmiştir.

Tablo 15
Hipotezlerin Sonuç Tablosu

No	Hipotez	Değişkenler	2008-2016 Sonuç	Birlik Öncesi Sonuç	Birlik Sonrası Sonuç
1	Hasılatın, aktiflerin kârlılığı üzerinde pozitif yönde bir etkisi vardır.	Hasılat -Aktiflerin Kârlılığı	KABUL	KABUL	KABUL
2	Maddi duran varlıkların aktiflerin kârlılığı üzerinde pozitif yönde bir etkisi vardır.	Maddi Duran Varlıklar-Aktiflerin Kârlılığı	KABUL	RED	RED
3	Finansal kaldıraç oranının aktiflerin kârlılığı üzerinde negatif yönde bir etkisi vardır.	Finansal Kaldıraç Oranı -Aktiflerin Kârlılığı	KABUL	KABUL	KABUL
4	Net çalışma sermayesi oranının aktiflerin kârlılığı üzerinde pozitif yönde bir etkisi vardır.	Net Çalışma Sermaye Oranı - Aktiflerin Kârlılığı	KABUL	KABUL	RED
5	Personel sayısının aktiflerin kârlılığı üzerinde negatif yönde bir etkisi vardır.	Personel Sayısı - Aktiflerin Kârlılığı	RED	RED	RED
6	Faaliyet süresi aktiflerin kârlılığı üzerinde negatif yönde bir etkisi vardır..	Faaliyet Süresi- Aktiflerin Kârlılığı	KABUL	KABUL	RED
7	Kamu hastaneleri birliğinin aktiflerin kârlılığı üzerinde pozitif yönde bir etkisi vardır.	Kamu Hastaneleri Birliği- Aktiflerin Kârlılığı	KABUL	-	-

Tablo 15’de görüldüğü gibi, aktiflerin kârlılığı ile hasılat arasında pozitif ilişki olduğunu varsayan H_1 hipotezi her iki model ve üç ayrı dönem için kabul edilmiştir. Hasılatın aktiflerin kârlılığı üzerinde olumlu etkisi Hatay İlinde faaliyet gösteren kamu sağlık işletmelerinin değerlendirildiği tüm dönemlerde görülmektedir.

Aktiflerin kârlılığı ile maddi duran varlıklar arasında pozitif ilişki olduğunu varsayan H_1 hipotezi, Hatay İli kamu sağlık işletmelerinin bir bütün olarak değerlendirildiği 2008-2016 yıllarında kabul, Birlik öncesi ve Birlik sonrası dönemler için red edilmiştir. Başka bir deyişle Hatay’daki kamu sağlık işletmelerinde 2008-2016 yıllarında maddi duran varlıklarının aktiflerin kârlılığı üzerinde olumlu bir etkisi olduğu vardır. Ancak, Birlik öncesi ve Birlik sonrası dönemler itibariyle ayrı ayrı değerlendirildiğinde bu etkinin olmadığı görülmüştür.

Aktiflerin kârlılığı ile finansal kaldıraç oranı arasında negatif bir ilişki olduğunu varsayan H_2 hipotezi her iki model ve tüm dönemler için kabul edilmiştir. Finansal kaldıraç oranının aktiflerinin kârlılığı üzerinde olumsuz etkisi her üç dönemde de vardır.

Aktiflerin kârlılığı ile net çalışma sermaye arasında pozitif ilişki olduğunu kabul eden H_4 hipotezi Tablo 15’de görüldüğü gibi 2008-2016 yılları ve Birlik öncesi dönem için geçerli iken, Birlik sonrası dönem için geçerli değildir. Başka bir ifadeyle, net çalışma sermaye oranının olumlu etkisi Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği kurulduktan sonraki dönemde görülmemiştir.

Aktiflerin kârlılığı ile personel sayısı arasında negatif bir ilişki olduğunu varsayan H_5 hipotezi her iki model ve her üç dönem için red edilmiştir. Personel sayısının aktiflerin kârlılığı üzerinde iki modelde de olumlu veya olumsuz hiçbir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Aktiflerin kârlılığı ile faaliyet süresi arasında pozitif bir ilişki olmadığını varsayan H_6 hipotezi, Hatay ilinde faaliyet gösteren kamu sağlık işletmelerinin 2008-2016 yıllarında bir bütün olarak değerlendirildiği 1.model ve 2.modelin 2008-2012 yılları Birlik öncesi dönemi için kabul edilirken, 2.modelin 2013-2016 yılları Hatay İli Kamu Hastaneler Birliği kurulduktan sonra değerlendirildiği Birlik sonrası dönem için red edilmiştir. Faaliyet süresinin olumsuz etkisi kamu sağlık işletmelerinin Birlik sonrası döneminin ayrı olarak değerlendirildiği 2013-2016 yıllarında olmadığı, bu dönemde faaliyet süresinin aktiflerin kârlılığı üzerinde olumlu etkisinin olduğu görülmüştür.

Aktiflerin kârlılığı ile kamu hastaneler birliği arasındaki ilişki sadece kamu sağlık işletmelerinin bütün olarak değerlendirildiği 2008-2016 yıllarını kapsayan 1.model için analiz edilmiştir. 2008-2012 Birlik öncesi ve 2013-2016 yılları Birlik sonrası dönemlerin değerlendirildiği 2.modelde dönemler ayrı ayrı değerlendirildiği için bu bağımsız değişken çoklu regresyon ve korelasyon analiz sonuçlarına dâhil edilmemiştir. Çoklu regresyon analiz sonucuna göre pozitif ilişki olduğunu varsayan H_7 hipotezi 2008-2016 yılları Hatay İli Kamu Hastaneler bir bütün olarak değerlendirildiği 1. model için kabul edilmiştir. Kamu hastaneler birliğinin kamu sağlık işletmelerinin aktiflerinin kârlılığı üzerinde olumlu etkisi vardır.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Kamu sağlık işletmelerinin finansal performanslarının oran analizi ile karşılaştırılmasına yönelik pek çok çalışma bulunmasına rağmen, kamu sağlık işletmelerinin varlıkların getirisine etki eden unsurlara yönelik çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız bu yönüyle diğer çalışmalardan zgndr. Çalışmamızda Sağlıkta Dönüşüm Programı erevesinde Ekim 2012 tarihinde fiilen kurulan Kamu Hastaneleri Birlikleri'nin uygulamaya geçilmeden önceki ve sonraki dönemde, Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı sağlık işletmelerinin 2008-2016 yılları finansal performansı ve kamu hastaneleri birliği yapılanmasının kamu sağlık işletmelerinin finansal performansı üzerinde etkili olup olmadığı incelenmiştir.

Çalışmamızda Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği'nin finansal performansı oran analizi ve regresyon analizi yapılarak değerlendirilmiştir. Oran analizi yöntemi ile elde edilen bulgulara göre, Birliğin kurulduğu 2013 yılında aktiflerin krlılığında bir önceki yıla nazaran kısmen bir iyileşme yaşanmış, özkaynakların krlılığında ise bir düşüş meydana gelmiştir. zkaynakların krlılığındaki bu düşüşün geçmiş yıl zararlarının fazla olmasından kaynaklandığı ileri sürülebilir. 2013 yılı sonrasında aktiflerin krlılığında olduğu gibi özkaynakların krlılık oranlarında bir iyileşme yaşandığı ve 3 yılda makul seviyelere ulaştığı ancak son yıl 2016 da ise bu oranların tekrar hasar grdğu tespit edilmiştir. Bu durum, Birliğin kurulduktan sonra sadece ilk 3 yılda kamu sağlık işletmelerinin faaliyet giderlerini azaltarak mevcut kaynakları daha etkin ve verimli kullandığını göstermektedir.

Yapılan oran analizinde Hatay İli Kamu Hastanelerinin maddi duran varlıklarının toplam varlıklar içindeki payının incelenen yıllar itibariyle (2013 yılı hariç) sürekli olarak azandığı, benzer şekilde hastanelerin cari oranın da yıllar itibariyle dştğu grlmştir. Cari oranının sürekli azalış eğiliminde olmasının en büyük sebebinin kısa vadeli borçlarının yıllar itibari ile artış göstermesi ve Sosyal Güvenlik Kurumu tahsilatlarına müdahale şansının olmaması nedeniyle likiditesinin azalması olduğu söylenebilir. Birlik sonrası dönemde kamu sağlık işletmelerinin kısa vadeli borçlarının artmasına ve cari oranın düşmesine rağmen net çalışma sermaye oranı yükselmiştir. Birlik sonrası dönemde kamu sağlık işletmelerinin net çalışma sermayelerini daha etkin kullandığı, kısa vadeli borçlarını net satışlardan karşılama gücünü arttırdığı söylenebilir.

Hatay İli Kamu Hastanelerinin stok devir hızı, alacak devir hızı ve finansal kaldıraç oranları da yapılan analiz sonucunda Birlik sonrası dönemde arttığı görülmüştür. Birlik sonrası dönemde sağlık işletmeleri etkin stok yönetimi ile stoklarını gelire dönüştürebildiği, gereksiz stok bulundurma maliyetlerini azalttığı, aynı şekilde alacaklarının takibini daha düzenli yaparak zamanında tahsilat yapabildiği sonucu çıkarılabilir. Birlik sonrası dönemde kaldıraç oranının artmasına ise kamu hastanelerinin kısa vadeli borçlarının artması ve Sosyal Güvenlik Kurumunun likiditeye olumsuz etkisinin neden olduğu ileri sürülebilir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre, 2008-2016 yılları arasında Hatay ilinde faaliyet gösteren bütün kamu sağlık işletmeleri incelendiğinde hasılatın, maddi duran varlıkların, net çalışma sermaye oranının ve kamu hastaneleri birliğinin varlıkların karlılığına olumlu yönde; finansal kaldıraç ile işletmelerin faaliyet süresinin ise olumsuz yönde etkisi olduğu görülmüştür. Personel sayısının ise aktiflerin kârlılığı üzerindeki etkisi ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

2008-2012 yılları Birlik öncesi dönem incelendiğinde hasılatın ve çok düşük bir oranda net çalışma sermaye oranının kamu sağlık işletmelerinin varlıklarının getirisi (kârlılığı) üzerinde olumlu yönde; faaliyet süresi ile finansal kaldıraç oranının ise olumsuz yönde etkisi olduğu görülmüştür. Birlik öncesi dönemde maddi duran varlıkların aktiflerin kârlılığı üzerindeki etkisi istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

Birlik sonrası dönemin incelenmesinde, kamu sağlık işletmelerinin aktiflerinin kârlılığı üzerinde sadece hasılatın olumlu yönde etkisi olduğu ve bu etkinin Birlik öncesi dönemle paralellik gösterdiği, aynı şekilde finansal kaldıraç oranının aktiflerin kârlılığı üzerinde olumsuz etkisinin ise Birlik sonrası dönemde de devam ettiği görülmüştür. Birlik öncesi dönemden farklı olarak Birlik sonrası dönemde faaliyet süresinin aktiflerin kârlılığına olumlu etkisi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Ancak Birlik sonrası dönemde net çalışma sermaye oranının ve personel sayısının kârlılığa etkileri istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

2012 yılı Ekim ayında Kamu hastaneleri birliği yapısının kurulması ile birlikte finansal performans kamu sağlık işletmeleri için daha önemli hale gelmiştir. Bu yapı ile kamu sağlık işletmeleri mali yönden gelirlerini arttıran, giderlerini minimize eden, gelir gider dengesini sağlayabilen, kaynaklarını etkin ve verimli kullanabilen işletmelere dönüşmeleri hedeflenmiştir. Bu yapının kurulmasıyla çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre bu hedef kısmen başarılabilmektedir. Kamu

sağlık işletmeleri Birlik sonrası dönemde kaynaklarını daha etkin ve verimli kullanan, faaliyet giderlerini azaltan, gider kontrolü için tasarruf tedbirleri geliştiren, mali yönden kısmen özerk (Birliğe ve dolayısıyla Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı) sağlık işletmelerine dönüşmüşlerdir.

Araştırma, Hatay ili sınırlarında faaliyet gösteren kamu sağlık işletmelerine uygulanması ve 2008 yılı öncesi verilerine ulaşamaması nedeniyle zaman ve mekan açısından sınırlı kalmıştır. Araştırmada farklı büyüklük ve rollere sahip kamu sağlık işletmeleri aynı örneklem içerisinde yer almıştır. Bu durumda araştırmamızın diğer bir kısıtıdır.

Çalışmamızın ışığında kamu sağlık işletmelerinin finansal performanslarını arttırmaya yönelik aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

- Kamu sağlık işletmelerinin finansal performansları düzenli aralıklarla analiz edilmelidir. Finansal performans analizinden elde edilen sonuçlar ile işletme yöneticileri tarafından kamu sağlık işletmesinin yapısına uygun finansal performansı iyileştirici ve geliştirici stratejiler belirlenmelidir.
- Kamu sağlık işletmelerinde etkin maliyet kontrolü sağlanmalı, işletmenin faaliyet giderlerinin azaltılması için gerekli tasarruf tedbirleri alınmalıdır.
- Kamu sağlık işletmelerinde maliyeti yüksek bina, tıbbi donanım , tıbbi cihaz gibi yatırımlar özkaynaklarla finanse edilerek artan kısa vadeli borçlar azaltılmaya çalışılmalıdır. Ancak bu durum sağlanırken özkaynak ile yabancı kaynak arasındaki denge gözardı edilmemelidir. İşletmenin geçmiş dönem zararlarının fazla olmasından kaynaklanan negatif bir özkaynak ile yönetilmesine engel olacak stratejiler geliştirilmelidir.
- Kamu sağlık işletmelerinde varlıkların daha etkin ve verimli kullanılması sağlanmalıdır.
- Kamu sağlık işletmelerinde işletme dışından hizmet alımı yoluyla temin edilen hizmetlerin (temizlik, güvenlik, görüntüleme hizmetleri, çamaşır, yemekhane.v.b.) maliyetlerinin ve verimliliklerinin takibi yapılmalıdır.

- Kamu sağlık işletmelerinde gelir arttırıcı faaliyetler konusunda çalışmalar yapılmalı, işletmenin yapısına ve hizmet sunduğu bölgenin özelliğine uygun yeni tedavi birimleri oluşturulmalıdır. Bu birimler oluştururken gelir-gider analizleri mutlaka yapılmalıdır. İşletmeye getireceği mali yük hesaplanmalı, en az maliyetle en çok gelir elde edilmeye çalışılmalıdır.
- Kamu sağlık işletmelerinde likidite göstergeleri düzenli olarak analiz edilmeli, artan likidite sorununu azaltabilecek işletmesinin finansal yapısına uygun stratejiler geliştirilmelidir.
- Kamu sağlık işletmelerinde etkin stok yönetimi sağlanmalı ve gereksiz stok bulundurmaktan kaçınılmalıdır.
- Kamu sağlık işletmelerinde alacakların takibi etkin bir şekilde yapılmalı, alacak takip birimleri oluşturularak zamanında tahisl edilmesi sağlanmalıdır.
- Kamu sağlık işletmeleri gelirlerinin büyük çoğunluğunu SGK'dan elde etmektedir. SGK'nın kamu sağlık işletmelerine sundukları hizmet karşılığında ödedikleri tutar katlanılan maliyetlerin olduğua altında kalmaktadır. SGK kamu sağlık işletmelerinin fiyatlandırma ve cretlendirme politikalarını kamu sağlık işletmelerinin lehine olacak şekilde değiştirmelidir.
- Kamu sağlık işletmelerinde işletme, finansal bilgi ve becerisine sahip, finansal tabloları yorumlayabilen kişiler yönetici pozisyonunda çalıştırılmalıdır.
- Çalışmanın rnekleme Hatay ili kamu sağlık işletmeleri ile sınırlı tutulduğundan, çalışmanın kapsamı özel ve niversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu sağlık işletmelerinin tamamını kapsayacak şekilde genişletilebilir. Böylece farklı statüye sahip sağlık işletmeleri finansal performans ve finansal performansını etkileyen unsurlar yönünden kıyaslanabilir. Sağlık hizmet sektörünün finansal performansı arttıracak stratejiler yeniden gözden geçirilip, işletmelerin yapısına uygun sağlık politikaları ve farklı stratejiler belirlenebilir.

KAYNAKÇA

- Acar, M. (2003). Tarımsal işletmelerde finansal performans analizi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20, 21-37.
- Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012). Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 25-51.
- Ağırbaş, İ. (2014). *Sağlık kurumlarında finansal yönetim ve maliyet analizi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Akal, Z. (2000). *İşletmelerde performans ölçüm ve denetimi*. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.
- Akar, Ç. ve Özalp, H. (1998). *Sağlık hizmetlerinde ve işletmelerinde yönetim*. Ankara: Somgür Yayınları.
- Akdoğan, A. ve Demirtaş, Ö. (2009). 360 derece performans değerlendirme sistemi: askeri imalat işletmesinde yöneticiler üzerinde bir uygulama. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(1), 49-71.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık sektörü: Temel kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde durum ve Türkiye’nin birliğe uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akyüz, Y. (2013). Ekonomik katma değer (EVA) ve pazar katma değer (MVA) analizi: İMKB’de işlem gören seramik işletmelerinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2), 339-356.
- Alkaya, S.A. (2017). *Sağlığın geliştirilmesi*. Ankara: Hedef CS Basın Yayıncılık.
- Alparslan, D. (2014). *Sağlık bakanlığı hastanelerinde işletme sermayesi ile finansal performans göstergelerinin analizi*. Yüksek Lisans Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Andersen, R. ve Newman, J.F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 51(1), 95-124.

- Ardıç, A. ve Köşkeroğlu, C. (2014). Sağlık hizmetlerinde finansal değerlendirme özel hastane uygulaması. *International Anatolia Academic Online Journal*, 2(1), 41-73.
- Ataay, F. (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları. *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169-184.
- Ateş, Ç. (2014). *Sağlık işletmelerinde finansal performansın değerlendirilmesi: Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneği*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Atkinson, A. A., Balakrishnan, R., Booth, P., Cote, J. M., Groot, T., Malmi, T., Roberts, H., Uliana, E., & Wu, A. (1997). New directions in management accounting research. *Journal of Management Accounting Research*, 9, 79–108.
- Ayan, F. (2013). *İnsan kaynakları yönetimi*. İzmir: İlya İzmir Yayınevi.
- Ayanoğlu, Y., Atan, M. ve Beylik, U. (2010). Hastanelerde veri zarflama analizi (VZA) yöntemiyle finansal performans ölçümü ve değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2, 40-62.
- Aydın, N. (2003). *Finansal yönetim*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Aydın, N., Başar, M. ve Çoşkun, M. (2015). *Finansal yönetim*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Avcı, K. ve Çınaroğlu, S. (2015). Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nin örgütsel ve finansal performans göstergeleri bakımından kümelmesi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 33(2), 1-23.
- Barutçugil, İ. (2002). *Performans yönetimi*. İstanbul: Kariyer Yayınları.
- Bayram, A. (2006). *Hastane işletmelerinde finansal verilere dayalı performans ölçümü*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bayyurt, N. (2007). İşletmelerde performans değerlendirmenin önemi ve performans göstergeleri arasındaki ilişkiler. *Dergipark Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 53, 577-592.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın politik ekonomisi sosyal devletin çöküşü*. İstanbul: Kayhan Matbaacılık.
- Benligiray, S. (1999). *İnsan kaynakları açısından otellerde performans yönetimi*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Bolak, M. (2000). *İşletme Finansı*. İstanbul: Birsen Yayınevi.

- Bülüç, F., Özkan, O. ve Ağırbaş, İ. (2017). Oran analizi yöntemiyle özel hastane finansal performansının değerlendirilmesi. *International Journal of Academic Value Studies*, 3(11), 64-72.
- Capra, F. (1992). *Batı düşüncesinde dönüm noktası.*(Çev.: Mustafa Armağan). İstanbul: İnsanYayımları.
- Cleverley, WO. (1990). Improving financial performance: A study of 50 hospitals. *Hospital and Health Services Administration*, 35(2), 173-87.
- Cleverley, W.O. ve Harvey, R.K. (1992). Does hospitals financial performance measure up? *Health Care Financial Manegement*, 46(5), 20-24.
- Çam, H. (2008).*Sağlık işletmelerinde finansal performansın değerlendirilmesinde: Karaman Devlet Hastanesi örneği.* Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çam, H. (2016). Sağlık işletmelerinde finansal performansın değerlendirilmesi: Karaman Devlet Hastanesi örneği. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 14-27.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2011). Sağlıkta dönüşümün ampirik analizi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 55-92.
- Devebakan, N. (2007). *Özel sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği.* Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Demirarslan, A.E. (2007). *İşletmeler için performans ölçümü: bir finansal performans değerlendirme modeli önerisi.* Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Demirsel, M.T. (2006). *İhracata yönelik üretim yapan kobi'lerde kullanılan bilişim teknolojilerinin örgütsel performansa etkileri: Konya Organize Sanayi bölgelerinde bir uygulama.* Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi.
- Dünya Bankası (2008). *OECD sağlık sistemi incelemeleri, Türkiye.* OECD: Dünya Bankası.
- Ekren, N. ve Emiral, N. (2002). Türk bankacılık sisteminde etkinlik analizi (Veri zarflama analizi uygulaması). *Active Bankacılık ve Finans Dergisi*, 24: 1-32.
- Eraslan, E. ve Algün, O. (2005). İdeal performans değerlendirme formulasarımında analitik hiyerarşi yönetimi yaklaşımı, *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 20(1), 95-106.

- Ercan, C., Dayı, F. ve Akdemir, E. (2013). Kamu sağlık işletmelerinde finansal performans değerlemesi: Kamu Hastaneleri Birlikleri üzerine bir uygulama. *Asia Minor Studies*, 1(2), 54-71.
- Erdoğan, M. ve Yıldız, B. (2015). Sağlık işletmelerinde finansal oranlar aracılığıyla performans ölçümü: Hastanelerde bir uygulama. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(9), 129-148.
- Ferecov, R. (2003). İnsan kaynakları yönetiminde performans değerlendirme yöntemleri. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8, 1-20.
- Fernandes, E., Pires, H.M., Ignacio, A.A.V. and Sampaio, L.M.D. (2007). An analysis of the supplementary health sector in Brazil. *Health Policy*, 81, 242-257.
- Fındık, H. (2013). Finansal performansın değer odaklı ölçülmesi ekonomik katma değer yaklaşımı. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 5(8), 90-105.
- Fişek, N.H. (1985). *Halk sağlığına giriş*. Ankara: HÜ-DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını.
- Gapenski, L.C, Vogel, W.B, Langland-Orban, B. (1993). The determinants of hospital profitability. *Hospital and Health Services Administration*, 38(1), 63-80.
- Gider, Ö. (2009). Hastanelerde ekonomik katma değer yöntemine göre finansal performansın değerlendirilmesi: Bir özel hastane örneği. *Finans, Politik ve Ekonomik Yorumlar Dergisi*, 537, 65-85.
- Gider, Ö. (2011). Ekonomik kriz dönemlerinin özel hastanelere etkileri: Bir özel hastanenin oran analizleri yöntemiyle finansal performansına bakış. *Öneri Dergisi*, 9(36), 87-103.
- Güran, M.C. ve Cingi, S. (2002). Devletin ekonomik müdahalelerinin etkinliği. *Akdeniz İİBF Dergisi*, 3, 56-89.
- Günel, E. (2013). *Özel sağlık sektöründe sermaye yapısı: Özel sağlık sektöründe sermaye yapısı ve finansal performans ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Hacırüstemoğlu, R., Şakrak, M. ve Demir, V.(2002). Etkin performans ölçüm aracı (EVA) (ekonomik katma değer- ekonomik kar yaklaşımı). *Mali Çözüm Dergisi*, 59, 10-21.
- İstanbuluoğlu H., Güleç, M.ve Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.

- Kabadayı, E. (2002). İşletmelerdeki üretim performans ölçütlerinin gelişimi, özellikleri ve sürekli iyileştirme ile ilişkisi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 3(2), 61-75.
- Karadeniz, E. (2016). Hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansının incelenmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası sektör bilançolarında bir uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2016, 19(2), 101-114.
- Karaman, R. (2009). İşletmelerde performans ölçümünün önemi ve modern bir performans ölçme aracı olarak balanced scorecard. *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 8(16), 410-427.
- Kaplan, R. ve Norton, D. (1999). *Balanced scorecard*. (Çev: Serra Egeli). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kaygusuz, S.Y. (2005). Yönetim muhasebesinin performans yönetimi fonksiyonunda geldiği son nokta: Balanced scorecard (ölçüm kartı tekniği). *İş-Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 7, 82-103.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2007). Sağlık kurumları yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Keklik, A. (2018). Performans değerlemede klasik ve modern yaklaşımlara kavramsal bir bakış. *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(2), 65-82.
- Kesgin, C. ve Topuzoğlu, A. (2006). Sağlık tanımı; başa çıkma. *Journal of İstanbul Kültür University*, 4(3), 47-49.
- Kılınç, B. ve Aksakoğlu, G. (1995). Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kuramsal yaklaşımlar. *Toplum Hekim Dergisi*, 9, 64-65.
- Kıngır, S. ve Taşkiran, E. (2006). Performans değerlendirme çalışmalarına ilişkin iş gören görüşlerinin belirlenmesine yönelik bir çalışma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 8(1), 195-216.
- Kıyak, M., Bozaykut, T., Güngör, P. ve Aktaş, E. (2011). Strategic leadership styles and organizational financial performance: a qualitative study on private hospitals. *7th International Strategic Management Conference*, 24, 1521-1529.

- Korkmaz, M. ve Güney, S. (2013). Hastanelerde mali performansın incelenmesi: Ümraniye araştırma ve uygulama hastanesi üzerine örnek bir uygulama. *Karadeniz Blacksea Chornoye More Dergisi*, 17(17), 148-164.
- Köse, S.D. (2012). Sağlık Bakanlığı hastanelerinde finansal verilerin konsolidasyonu ve uygulama örneği. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 32(2), 219-250.
- Lekshmi, P. ve Radhika, R. (2016). Competency Management As A Strategy For Performance Appraisal. *Journal of Chemical and Pharmaceutical Sciences*, 9(4), 1909-1912.
- Lorcu, F. (2008). *Veri zarflama analizi ile türkiye ve avrupa birliği ülkelerinin sağlık alanındaki etkinliklerinin değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Mcgregor, S.L.T. (2001). Neoliberalism and health care. *International Journal of Consumer Studies-Special Edition on "Consumers and Health"*, 25(2), 82-89.
- Menderes, M. ve Ersoy, K. (1993). Genel sistem kuramı ve sağlık sistemi, hastane sistemi ve hasta bakım alt sistemi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2, 36-40.
- Milli Eğitim Bakanlığı (2008). *Mesleki eğitim ve öğretim sisteminin güçlendirilmesi projesi: tıbbi terminoloji (tedavi hizmetleri)*. Ankara: MEB.
- Milli Eğitim Bakanlığı (2015). *Sağlık hizmetleri ve personel yönetimi*. Ankara: MEB.
- Milton, T. (1992). Concepts of health promotion: Dualities in public health theory. *Journal of Public Health Policy*, 13(3), 267.
- Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). *Funding health care: An introduction*. Philadelphia: Open University Press.
- Neely, A. Gregory, M. ve Platts, K. (1995). Performance measurement system design: a literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 15(4), 80-116.
- Okakın, N. ve Şakar, M. (2013). *İnsan kaynakları yöneticisinin el kitabı*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Özdemir, O., Ocaktan, E. ve Akdur, R. (2003). Sağlık reformu sürecinde Türkiye ve Avrupa'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 56 (4), 207-216.
- Özer, D. (2008). *Veri zarflama analizi ve bir uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü.

- Özgülbaş, N. (1995). *Hastanelerde finansal yönetim: Sorunlar ve çözüm önerileri*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özgülbaş, N. (2001). *Hastanelerde teknik ve finansal performans ilişkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özgülbaş, N. (2005). Sağlık kurumlarında finansal performans ölçümü ve finansal performansı arttırmak için kullanılacak stratejiler. *Verimlilik Dergisi*, 3, 125-144.
- Özgülbaş, N. (2006). Türkiye’de kamu hastanelerinin finansal durum değerlendirmede kullanabilecekleri bir yöntem: Trend analizi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 29, 129-139.
- Özgülbaş, N., Koyuncugil, A.S., Duman, R. ve Hatipoğlu, B. (2008). Özel hastane sektörünün finansal değerlendirmesi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 40, 120-130.
- Özkara, Y. (2006). *Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlık ekonomisindeki yeri ve önemi: bir uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öztek, Z. (2001). Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri. *Yeni Türkiye*, 39, 294-298.
- Parente, S., Feldman, R.ve Xu, Y. (2010). Impact of full replacement with consumer driven health plans. *Insurance Markets and Companies: Analyses and Actuarial Computations*, 1(1), 4-14.
- Penchansky, R., ve Thomas, J.W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Resmi Gazete (1983). *Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği*. (13.01.1983 tarihli ve 17927 sayılı).
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik dönüm noktaları: Global konferanstan bildiriler*. Ankara: Anıl Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı (2012). *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011)*, (Ed. Akdağ R.), Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları.

- Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü (2018). *Sağlık Bakanlığı Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı görev, yetki ve sorumlulukları*. <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33097/kamu-ozel-isbirligi-daire-baskanligi>
Erişim Tarihi: 05.02.2018.
- Sarı, Z. (2015). *Veri zarflama analizi ve bir uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Sarsenova, K. (2010). *Sağlık sektöründe performans yönetimi kamu-özel hastanelerinin değerlendirilmesi üzerine bir uygulama sağlık sektöründe performans yönetimi*. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Savedoff, W. (2004). *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*. Geneva: World Health Organization.
- Sekhri, N. ve Savedoff, W. (2006). Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 357-392.
- Shukla, R.K., Pestian, J. ve Clement, J.P. (1997). A comparative analysis of revenue and cost-management strategies of not-for-profit and for-profit hospitals. *Hospital and Health Services Administration*, 42(1), 117- 134.
- Sırma, İ. (2008). *Finansal etkinliğe parametrik ve parametrik olmayan yaklaşımlar*. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sıvacı, C. (2007). Genel sağlık sigortası ve Türkiye’de uygulanabilirliği. *Bütçe Dünyası*, 24, 32-40.
- Tarım, M. (2004). Sağlık organizasyonlarında performans ölçme ve dengeli puan cetveli. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2), 233-248.
- Tarcan, M. (2006). *Hastanelerde finansal performansı etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Sağlık bakanlığı hastanelerinde çok değişkenli bir analiz*. Basılmamış Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Tetik, S. (2003). İşletme performansını belirlemede Veri Zarflama Analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 10(2), 221-229.
- Tiryaki, D. ve Tatar, M. (2002). Sağlık sigortası teori ve uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5, 123-139.

- Toni A. De. ve Tonchia S. (2001). Performance measurement systems models, characteristics and measures. *International Journal of Operations & Production Management*, 21(12), 46-70.
- Tunçer, E. (2006). *Çok boyutlu performans değerlendirme modelleri ve bir balance scorecard uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen H. (2008). Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 134-159.
- Üzüm, B. ve Uçkun, S. (2018). Performans değerlendirme yöntemleri üzerine nitel bir araştırma: Kocaeli ili örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 254-275.
- Tengilimoğlu, D., Işık O. ve Akbolat M. (2017). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Kitabevi.
- Türkdoğan, O. (1991). *Kültür ve sağlık-hastalık sistemi*. İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- Waldman, D.A. (1997). Predictors of employee preferences for multirater and group-based performance appraisal. *Group and Organization Management*, 22(2), 264 -287.
- Yaman, Ö. (2009). *Hastanelerde maliyet yönetim sistemi ve bir uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yavuz, N. (2011). *Türkiye ve OECD ülkelerinde sağlık sistemleri ve karşılaştırılması*. Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi, Isparta:Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yıldız, B. (2013). *Sağlık işletmelerinde finansal performansı etkileyen unsurlar ve finansal performansın ölçülmesi: hastanelerde bir uygulama*. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yılmaz, B. (2008). Hastane işletmelerinde rekabet üstünlüğü sağlamada faaliyet esasına dayalı maliyetleme yönteminin rolü. *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 15, 301-318.
- Yolalan, R. (1993). *İşletmeler arası göreceli etkinlik ölçümü*. Ankara: MPM Yayınları.
- Yörüker, S., Karabeyli, L., Kaya, S. ve Özeren, B. (2003). *Sayıştayın performans ölçümüne ilişkin ön araştırma raporu*. Ankara: T.C. Sayıştay Başkanlığı.

Yüreğir, O.H. ve Nakıboğlu, G. (2007). Performans ölçümü ve ölçüm sistemleri:
Genel bir bakış. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,
16(2), 545-562.

