T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

KAMU VE ÖZEL HASTANELERDEKİ YÖNETİCİLERİN STRATEJİK YÖNETİM ARAÇLARI KULLANIM GÖRÜŞLERİ HAKKINDA KARŞILAŞTIRMALI BİR ARAŞTIRMA

ALTUĞ ÇAĞATAY

SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

NİSAN 2019

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Gazi
1926

KAMU VE ÖZEL HASTANELERDEKİ YÖNETİCİLERİN STRATEJİK YÖNETİM ARAÇLARI KULLANIM GÖRÜŞLERİ HAKKINDA KARŞILAŞTIRMALI BİR ARAŞTIRMA

Altuğ ÇAĞATAY

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

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

NİSAN 2019

Altuğ ÇAĞATAY tarafından hazırlanan "Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaştırmalı Bir Araştırma" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalında, Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~.....

Başkan: Prof. Dr. Belgin AYDINTAN
İşletme Anabilim Dalı, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.....

Üye: Doç. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.....

Üye: Doç. Dr. E. Asuman ATİLLA
Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu, Gazi Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~.....

Üye: Doç. Dr. Mehmet ALTINÖZ
Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Hacettepe Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.....

Tez Savunma Tarihi: 26.04.2019

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

.....
Prof. Dr. Figen ZAİF
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

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

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

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

Altuğ ÇAĞATAY

26.04.2019

KAMU VE ÖZEL HASTANELERDEKİ YÖNETİCİLERİN STRATEJİK YÖNETİM ARAÇLARI KULLANIM GÖRÜŞLERİ HAKKINDA KARŞILAŞTIRMALI BİR ARAŞTIRMA

(Doktora Tezi)

Altuğ ÇAĞATAY

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Nisan 2019

ÖZET

Günümüzde sağlık sektörü, en karmaşık yapıdaki şirketler gibi aynı süreçleri yaşayan bir sektör halini almıştır. Sağlık sektörünün faaliyet ve gelişimlerini devam ettirebilmesi için, sağlık yöneticilerinin stratejik yönetimi yeterince bilmeleri ve kullanabilmeleri gerekmektedir. Sağlık yönetimi uygulamalarında stratejik yönetim araçlarından faydalanılması sağlık yöneticilerine daha özellikli yönlendirme ve değerlendirmeler yapabilme imkânını vermektedir. Çalışma, Orta Karadeniz Bölgesinde yer alan iller ve bu illere bağlı ilçelerde hizmet veren kamu ve özel hastanelerde çalışan yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla "stratejik yönetim araçları" ve bu araçlara bakış açılarını ortaya koyan önermelerin yer aldığı "Stratejik Yönetim Araçları Kullanımı Adına Görüş Anketi"nden yararlanılmıştır. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına yönelik bakış açılarını ortaya koyan ifadelerin güvenirliğini belirlemek amacıyla Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı değeri incelenmiş ve bu değer 0.91 olarak tespit edilmiştir. Bu doğrultuda, Orta Karadeniz Bölgesinde yer alan iller ve bu illere bağlı ilçelerde faaliyette bulunan hastanelerde (kamu-özel) yönetici olarak çalışan toplam 313 kişi üzerinde anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarını ortaya koyan ifadelere yüksek düzeyli (*Ort.*=3.67) bir katılım sağladıkları görülmüştür. Anket uygulaması sonucu elde edilen verilerin çözümlenmesinde, T-Testi ve Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi testi, Post Hoc testlerinden Hochberg's GT2 testi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının hastane türü, cinsiyet, stratejik yönetim eğitimi alma durumu ve hastanenin bulunduğu çevredeki rekabet durumu değişkenleri ile arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüş iken; yaş, eğitim durumu, unvan, toplam çalışma süresi, hastanedeki çalışma süresi, değişkenleri ile arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile stratejik araçlar (herbir araç) hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Son olarak katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanenin bulunduğu çevrede başka hastanelerin varlığı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Bilim Kodu : 114709
Anahtar Kelimeler : Strateji, Stratejik Yönetim, Stratejik Yönetim Araçları, Sağlık Yönetimi, Stratejik Sağlık Yönetimi, Sağlık Kurumları Yönetici Görüşleri
Sayfa Adedi : 312
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK

A COMPARATIVE STUDY ON THE VIEWS OF THE MANAGERS OF PUBLIC AND PRIVATE HOSPITALS REGARDING THE USE OF STRATEGIC MANAGEMENT TOOLS

(Ph. D. Thesis)

Altuğ ÇAĞATAY

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
April 2019

ABSTRACT

Today, the health sector has become a sector that has experienced the same processes as the most complex companies. In order for the health sector to continue its activities and development, health managers should be able to know and use strategic management sufficiently. The use of strategic management tools in the health management process gives health managers the opportunity to make specific guidance and assessments. This study was carried out in order to reveal the perspectives of the managers, who work in public and private hospitals in the provinces and districts in the Central Black Sea Region, with respect to the use of the strategic management tools. For this purpose, the study used the Use of Strategic Management Tools Survey which includes "strategic management tools" and perspectives regarding these tools. The Cronbach Alpha internal consistency coefficient value was examined in order to determine the reliability of the expressions of participants' perspectives on the use of strategic management tools and this value was determined as 0.91. Accordingly, a total of 313 surveys were conducted in the provinces working in the hospitals (public-private) in the provinces and districts Central Black Sea Region. As a result of the research, it was observed that the participants had a high level of agreement (mean= 3.67) with the expressions revealing their perspectives on the use of strategic management tools. T-Test and One-Way Variance (ANOVA) Analysis test and the Hochberg's GT2 test which is one of the Post Hoc tests were used to analyze the data obtained from the survey. According to the results, there is a significant difference between the use of strategic management tools and the variables of age, education, title, total term of employment, term of employment in the hospital, but there is no significant difference with respect to the variables of the type of hospital, gender, strategic management training, and the environmental competition status of the hospital. There is a significant difference between the status of receiving strategic management training and the knowledge of strategic tools (each tool). Finally, there is a significant negative correlation between the perspectives of the participants on the use of strategic management tools and the presence of other hospitals in the hospital environment.

Science Code : 114709
Keywords : Strategy, Strategic Management, Strategic Management Tools, Healthcare Management, Strategic Health Management, Health Institutions Manager Opinions
Number of Pages : 312
Supervisor : Professor. Zekai ÖZTÜRK

TEŞEKKÜR

Doktora çalışmam boyunca bana yardımcı olan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen danışmanım saygı değer Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK'e şükranlarımı sunarım. Çalışmamın resmi yazışmalarını yapmamda yardımcı olan ve personeli olmaktan kıvanç duyduğum Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Rektörlüğüne, yazı işleri müdürlüğüne ve Almus Meslek Yüksekokulu Müdürü Doç. Dr. Fatih POLAT ile yönetimine ve idari personeline teşekkür ederim. Çalışmamda desteğini esirgemeyen ve yönlendirmelerde bulunan Selman KIZILKAYA'ya teşekkür ederim. Araştırmamı yapmama izin veren Orta Karadeniz Bölümünde yere alan tüm Sağlık İl Müdürlüğü ve personeli ile çalışmaya içtenlikle cevap veren özel ve kamu hastanelerinin yönetim kadrosuna teşekkür ederim. Çalışmam için gerekli tüm fedakarlığı göstererek beni motive eden varlığına şükrettiğim anneme, babama, sevgili eşim Elif'im ve yeni doğan evladım Gökçe'me teşekkür ederim. Çalışmam da yararlandığım araştırma eser sahiplerine teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET iv
ABSTRACT v
TEŞEKKÜR vi
ÇİZELGELERİN LİSTESİ ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ xvi
KISALTMALAR xvii
GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM
STRATEJİK YÖNETİM

1.1. Stratejik Yönetim 15
1.2. Stratejik Yönetimin Ülkemizdeki Yeri 20
1.3. Stratejik Yönetim Süreci 21
1.4. Sağlık Sektöründe Stratejik Yönetim Yeri ve Önemi 24

İKİNCİ BÖLÜM
STRATEJİK YÖNETİM ARAÇLARI

2.1. Stratejik Yönetim Araçları 29
2.2. Sağlık Yönetiminde Kullanılan Stratejik Yönetim Araçları 32
2.2.1. Stratejik Planlama 33
2.2.2. Misyon ve Vizyon İfadeleri 43
2.2.3. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri (Hasta) İlişkileri Yönetimi 48
2.2.4. Dış kaynak kullanımı 58
2.2.5. Kurumsal Karne 69
2.2.6. Müşteri (Hasta) Bölümlendirmesi 73
2.2.7. Temel Yeterlilik 78
2.2.8. İttifak, Birleşme ve Devralmalar 81
2.2.9. Tedarik Zinciri Yönetimi 86
2.2.10. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol 88
2.2.11. Büyüme Stratejisi Araçları 89
2.2.12. Toplam Kalite Yönetimi 91
2.2.13. Küçülme 95
2.2.14. İnsan Kaynakları 98

Sayfa

2.2.15. Kıyaslama 102
2.2.16. İşletme Yetenekleri 105
2.2.17. Senaryo ve Acil Durum Planlaması 108

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi 111
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 112
3.3. Ölçek Geliştirilmesi 114
3.4. Verilerin Analizi 123

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Katılımcılara Ait Genel Betimsel İstatistikler 125
4.2. Stratejik Yönetim Araçları Ölçeğine Yönelik Betimsel İstatistikler 128
4.2.1. Stratejik Yönetim Araçlar Hakkında Bilgi Boyutu 128
4.2.2. Stratejik Yönetim Araçlar Son 5 Yılda Kullanım Durumu 138
4.2.3. Stratejik Yönetim Araçlar Son 1 Yılda Kullanım Durumu 147
4.3. Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarını Ortaya Koyan İfadelerin Betimsel İstatistikleri 164
4.4. Araştırma Hipotezlerin Test Edilmesi 175
SONUÇ ve ÖNERİLER 221
KAYNAKÇA 239
EKLER 273
EK – 1. Uygulanan Anket Örneği 274
EK – 2. Etik Kurul Yazısı 277
EK – 3. Hastanelerden Alınan İzin Belgeleri 278
EK – 4. Evrende yer alan Kamu ve Özel Hastaneler ile bu hastanelerde çalışan Yönetici Sayıları 304
ÖZGEÇMİŞ 309

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 2.1. Müşteri İlişkileri Yönetimi Kategorileri ve Özellikleri 52
Çizelge 2.2. Ülkelere Göre Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımı 66
Çizelge 3.1. Örneklem İçerisinde Yer Alan Hastaneler 113
Çizelge 3.2. Cronbach's Alpha katsayısı için güvenilirlik düzeyleri 116
Çizelge 3.3. Ölçek Maddeleri 117
Çizelge 3.4. Anketin İkinci Bölüm Sorularının Bileşen Analizine Uygunluk Test Sonucu 118
Çizelge 3.5. Faktör Analizi Sonuçları 120
Çizelge 3.6. Normallik Test sonucu 123
Çizelge 4.1. Katılımcıların demografik özellikler dağılımı 125
Çizelge 4.2. Stratejik Planlama Hakkında Bilgi Durumu 128
Çizelge 4.3. Misyon ve Vizyon Hakkında Bilgi Durumu 129
Çizelge 4.4. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri İlişkileri Yönetimi Hakkında Bilgi Durumu 130
Çizelge 4.5. Dış Kaynak Kullanımı Hakkında Bilgi Durumu 130
Çizelge 4.6. Kurumsal Karne Hakkında Bilgi Durumu 131
Çizelge 4.7. Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Hakkında Bilgi Durumu 131
Çizelge 4.8. Temel Yeterlilik Hakkında Bilgi Durumu 132
Çizelge 4.9. İttifak, Birleşme ve Devralmalar Hakkında Bilgi Durumu 132
Çizelge 4.10. Tedarik zinciri yönetimi Hakkında Bilgi Durumu 133
Çizelge 4.11. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Hakkında Bilgi Durumu 134
Çizelge 4.12. Büyüme Stratejisi Araçları Hakkında Bilgi Durumu 134
Çizelge 4.13. Toplam Kalite Yönetimi Hakkında Bilgi Durumu 135
Çizelge 4.14. Küçülme Hakkında Bilgi Durumu 135
Çizelge 4.15. Stratejik İnsan Kaynakları Hakkında Bilgi Durumu 136
Çizelge 4.16. Kıyaslama Hakkında Bilgi Durumu 137
Çizelge 4.17. İşletme Yetenekleri Hakkında Bilgi Durumu 137
Çizelge 4.18. Senaryo ve Acil Durum Planlaması Hakkında Bilgi Durumu 138
Çizelge 4.19. Stratejik Planlama Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu 138
Çizelge 4.20. Misyon ve Vizyon İfadeleri Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu 139
Çizelge 4.21. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu 139
Çizelge 4.22. Dış kaynak kullanımı Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu 140
Çizelge 4.23. Kurumsal Karne Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu 140

Sayfa

Çizelge 4.24. Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu..... 141
Çizelge 4.25. Temel Yeterlilik Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu..... 141
Çizelge 4.26. İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu . 142
Çizelge 4.27. Tedarik Zinciri Yönetimi Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu 142
Çizelge 4.28. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu 143
Çizelge 4.29. Büyüme Stratejisi Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu..... 143
Çizelge 4.30. Toplam Kalite Yönetimi Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu 144
Çizelge 4.31. Küçülme Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu 144
Çizelge 4.32. Stratejik İnsan Kaynakları Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu 145
Çizelge 4.33. Kıyaslama Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu..... 145
Çizelge 4.34. İşletme Yetenekleri Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu 146
Çizelge 4.35. Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu 146
Çizelge 4.36. Stratejik Planlama Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu 147
Çizelge 4.37. Misyon ve Vizyon İfadeleri Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu..... 147
Çizelge 4.38. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu 147
Çizelge 4.39. Dış kaynak kullanımı Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu 148
Çizelge 4.40. Kurumsal Karne Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu..... 148
Çizelge 4.41. Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu..... 148
Çizelge 4.42. Temel Yeterlilik Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu..... 149
Çizelge 4.43. İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu . 149
Çizelge 4.44. Tedarik Zinciri Yönetimi Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu 149
Çizelge 4.45. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu 150
Çizelge 4.46. Büyüme Stratejisi Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu..... 150
Çizelge 4.47. Toplam Kalite Yönetimi Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu 150
Çizelge 4.48. Küçülme Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu 151
Çizelge 4.49. Stratejik İnsan Kaynakları Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu 151
Çizelge 4.50. Kıyaslama Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu..... 151
Çizelge 4.51. İşletme Yetenekleri Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu 152
Çizelge 4.52. Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu 152
Çizelge 4.53. Stratejik Planlama Aracı Memnuniyet Düzeyi..... 152
Çizelge 4.54. Misyon ve Vizyon İfadeleri Aracı Memnuniyet Düzeyi 153

Sayfa

Çizelge 4.55. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi Aracı Memnuniyet Düzeyi 154
Çizelge 4.56. Dış kaynak kullanımı Aracı Memnuniyet Düzeyi 154
Çizelge 4.57. Kurumsal Karne Aracı Memnuniyet Düzeyi 155
Çizelge 4.58. Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracı Memnuniyet Düzeyi 156
Çizelge 4.59. Temel Yeterlilik Aracı Memnuniyet Düzeyi 156
Çizelge 4.60. İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracı Memnuniyet Düzeyi 157
Çizelge 4.61. Tedarik Zinciri Yönetimi Aracı Memnuniyet Düzeyi 158
Çizelge 4.62. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracı Memnuniyet Düzeyi 158
Çizelge 4.63. Büyüme Stratejisi Aracı Memnuniyet Düzeyi 159
Çizelge 4.64. Toplam Kalite Yönetimi Aracı Memnuniyet Düzeyi 160
Çizelge 4.65. Küçülme Aracı Memnuniyet Düzeyi 161
Çizelge 4.66. Stratejik İnsan Kaynakları Aracı Memnuniyet Düzeyi 161
Çizelge 4.67. Kıyaslama Aracı Memnuniyet Düzeyi 162
Çizelge 4.68. İşletme Yetenekleri Aracı Memnuniyet Düzeyi 163
Çizelge 4.69. Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracı Memnuniyet Düzeyi 163
Çizelge 4.70. İş başarısında örgüt kültürü, strateji kadar önemli bir faktördür 165
Çizelge 4.71. Hasta veya Hasta yakınlarının görüşlerine yeterli önemin verilmemesi performansımıza zarar verecektir 166
Çizelge 4.72. Hastanemizin gelişimi açısından yenilikçi faaliyetler çok önemlidir 166
Çizelge 4.73. Yenilikçi faaliyetler ile hastanemizin tüm çalışanları aktif şekilde ilgilidir 167
Çizelge 4.74. Kararlarımızı kısa vadeli mali getirilere göre alırız 167
Çizelge 4.75. Karar alırken geleceğe yönelik olası değişiklikleri hesaba katarız 168
Çizelge 4.76. Değişime uyum sağlayabiliyor olmamız bize önemli bir rekabet avantajı sağlamaktadır 168
Çizelge 4.77. Çalışanlarımıza ve hastalarımıza kendimizi daha iyi tanıtmak için onlarla hayallerimizi paylaşırız 169
Çizelge 4.78. Uzun vadeli kararlar alırken üst düzey yönetimin düşüncelerini en ön sırada tutarız 169
Çizelge 4.79. Üst yöneticilerimiz kazanımlarını artırabilmek için daha yüksek riskler almaktan kaçınmazlar 170
Çizelge 4.80. Hastanemiz için gerekli olan mal ve hizmetlerin tedarikinde seçici davranırız 170
Çizelge 4.81. Hastanemiz tüm faaliyetlerini kendi başına gerçekleştirebilecek bir yapıya sahiptir 171
Çizelge 4.82. Hastanemiz sahip olduğu yeteneklerin farkında olarak faaliyet göstermektedir 171

Sayfa

Çizelge 4.83. Performans değerlendirme sürecinin temelini çalışanlarımızın performansı oluşturmaktadır. 172

Çizelge 4.84. Hastanemiz ihtiyaç duyduğu alanlarda dış kaynak kullanımına gitmekte bir sakınca görmemektedir 172

Çizelge 4.85. Karlılığımızı olumsuz etkilese bile sürdürülebilirliğe yönelik çalışmalarımıza devam ederiz..... 173

Çizelge 4.86. Günümüzde müşterilerin markaya olan sadakati eskiden olduğunda daha azdır 173

Çizelge 4.87. Bugünün pazar liderlerinin 5 yıl sonrasında da hala lider olması beklenmektedir 174

Çizelge 4.88. Günümüzde müşterilerin markaya olan sadakati eskiden olduğunda daha azdır 174

Çizelge 4.89. Sektörümüzde ekonomik koşulların iyileştiği hissediliyor 175

Çizelge 4.90. Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarını Ortaya Koyan İfadelerin Ortalama Ve Standart Sapma Sonuçları..... 175

Çizelge 4.91. Hastane Türü Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları..... 176

Çizelge 4.92. Cinsiyet Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları..... 177

Çizelge 4.93. Yaş Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan ANOVA Sonuçları 177

Çizelge 4.94. Yaşa Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarının Hochberg's GT2 Testi Karşılaştırma Sonuçları..... 178

Çizelge 4.95. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan ANOVA Sonuçları 179

Çizelge 4.96. Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarının Hochberg's GT2 Testi Karşılaştırma Sonuçları 180

Çizelge 4.97. Unvan Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan ANOVA Sonuçları 180

Çizelge 4.98. Unvana Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarının Hochberg's GT2 Testi Karşılaştırma Sonuçları..... 181

Çizelge 4.99. Toplam Çalışma Süresi Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan ANOVA Sonuçları..... 182

Sayfa

Çizelge 4.100. Toplam Çalışma Süresine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarının Hochberg's GT2 Testi Karşılaştırma Sonuçları 183

Çizelge 4.101. Hastanedeki Çalışma Süresi Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan ANOVA Sonuçları 183

Çizelge 4.102. Hastanedeki Çalışma Süresine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarının Hochberg's GT2 Testi Karşılaştırma Sonuçları..... 184

Çizelge 4.103. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları 185

Çizelge 4.104. Hastanenin Bulunduğu Çevredeki Rekabet Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları..... 185

Çizelge 4.105. Hastanenin Bulunduğu Çevrede Başka Hastanelerin Varlığı Değişkeni İle Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açıları Arasındaki İlişkinin Korelasyon Sonuçları 186

Çizelge 4.106. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Stratejik Planlama Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 187

Çizelge 4.107. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Misyon ve Vizyon Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 188

Çizelge 4.108. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Kurumsal Yönetişim Ve Müşteri İlişkileri Yönetimi Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 189

Çizelge 4.109. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Dış kaynak Kullanımı Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 190

Çizelge 4.110. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Kurumsal Karne Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 191

Çizelge 4.111. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 192

Çizelge 4.112. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Temel Yeterlilik Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 193

Sayfa

Çizelge 4.113. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 194

Çizelge 4.114. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Tedarik Zinciri Yönetimi Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 195

Çizelge 4.115. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 196

Çizelge 4.116. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Büyüme Stratejisi Araçları Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 197

Çizelge 4.117. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Toplam Kalite Yönetimi Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 198

Çizelge 4.118. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Küçülme Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 199

Çizelge 4.119. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Stratejik İnsan Kaynakları Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 200

Çizelge 4.120. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Kıyaslama Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları..... 201

Çizelge 4.121. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile İşletme Yetenekleri Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 202

Çizelge 4.122. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları 203

Çizelge 4.123. Hipotezlerin Değerlendirilmesi 204

Çizelge 4.124. Hastane Türü Değişkeninde Özel Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araç Bilgi Durum Sıralaması ve Yüzdesi 207

Çizelge 4.125. Hastane Türü Değişkeninde Kamu Hastanesi Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araç Bilgi Durum Sıralaması ve Yüzdesi 208

Çizelge 4.126. Hastane Türü Değişkeninde Özel Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araç Kullanım Memnuniyetleri Sıralaması ve Yüzdesi 209

Çizelge 4.127. Hastane Türü Değişkeninde Kamu Hastanesi Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araç Kullanım Memnuniyetleri Sıralaması ve Yüzdesi..... 210

Çizelge 4.128. Her İki Hastane Türünde Birleşik Olarak Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçlarını Son 5 Yıl İçerisinde Kullanım Sıralaması ve Yüzdesi 211

Çizelge 4.129. Hastane Türü Değişkeninde Özel Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçlarını Son 5 Yıl İçerisinde Kullanım Sıralaması ve Yüzdesi 212

Sayfa

Çizelge 4.130. Hastane Türü Değişkeninde Kamu Hastanesi Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçlarını Son 5 Yıl İçerisinde Kullanım Sıralaması ve Yüzdesi 213

Çizelge 4.131. Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçlarını Son 1 Yıl İçerisinde Kullanım Sıralaması ve Yüzdesi 215

Çizelge 4.132. Stratejik Yönetim Araçlarının Yıllara Göre Sıralaması..... 217

Çizelge 4.133. Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açıları..... 218

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.1. Stratejik Yönetim Süreci 23
Şekil 2.1. Stratejik yönetim ve planlamanın genel modelleri 37
Şekil 2.2. Stratejik yönetimin stratejik düşünme haritası 39
Şekil 2.3. Stratejik, Operasyonel ve Analitik MİY 54
Şekil 2.4. Önerilen Ortaklık Stratejileri Modeli 84
Şekil 3.1. Araştırmanın Modeli 115

KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
BSC	Balance Scorecard
KG	Kalite Geliştirme
KK	Kurumsal Karne
MİY	Müşteri İlişkileri Yönetimi
MSİ	Modern Sağlık İşletmeleri
SB	Sağlık Bakanlığı
SY	Sağlık Yönetimi
SKY	Sağlık Kurumları Yönetimi
SİKY	Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi
SSY	Sağlıkta Stratejik Yönetim
SPSS	Sosyal Bilimler için İstatistiksel Paket (Statistical Package for The Social Science)
SRM	Supplier Relationship Management
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
YY	Yüz Yıl

GİRİŞ

Strateji fikrinin oluşturulması ve benimsenmesi yöneticiler ve akademisyenler için önemli konulardır (Marcus ve diğerleri, 1995). Ancak hem akademisyenler hem de uygulamacılar, stratejik yönetim derslerinde öğretilen strateji kavram ve teorilerinin pratikte yöneticiler tarafından kullanımının nasıl olacağına ilişkin pek azının bilindiğini kabul etmektedir (Jarzabkowski & Giulietti, 2007).

Uygulamada akademik teorilerin nasıl kullanıldığını ampirik olarak incelemek zordur, çünkü yönetim teorisinin pratikle alakası olup olmaması konusunda bir fikir birliği yoktur. Bu nedenle uygulamada kullanılan bir dizi kuramın işlevsel hale getirilmesi zordur. (Jarzabkowski & Wilson, 2006). Stratejik yönetimin akademik terimlerine aşina olmayan pratikte uygulayıcılarına, akademik kuramların ilgi kullanımı hakkında ampirik olarak sorguda bulunmak da zordur. Bu teorilerin uygunluğunu, popülerliğini ve / veya kullanışlılığını test etmek için yapılan liste tabanlı bir araştırma, alan çalışmalarından elde edilen bulguların şüpheli olabileceğini düşündürmektedir (Hodari, 2009:23). Bu hususlar göz önüne alındığında, strateji kavramlarının ve teorilerinin pratikte nasıl ve niçin kullanıldığını incelemenin bir yolu, strateji araçlarının nasıl ve niçin kullanıldığını ve kullanılmadığını analiz etmektir (Jarzabkowski ve Giulietta, 2007; Jarzabkowski ve Wilson, 2006). Akademisyenler teorik kavramlarını uygulayıcılar için teori olarak yaygınlaştırmazlar, aksine farklı teknikler, modeller ve çerçeveler de dahil olmak üzere bunları araçlar olarak kullanmasını sağlarlar ve araçların kullanımlarını incelemek için daha uygun bir yol sağlayabilmek adına farklı teoriler ve kavramlar geliştirirler (Jarzabkowski ve Wilson, 2006; Morecroft, 1992).

İşletmeler her geçen gün daha fazla rekabet içerisinde kendilerini bulmaktadırlar. Bu rekabetlerini daha gerçekçi kılabilmek için bilimsel çalışmalar ile işletmenin sahip olduğu güçlü yanları su yüzüne çıkarma istekleri giderek artarak kendini göstermiştir. İşletmeler gelecekte bulunmak istedikleri konumu gerçekleştirebilmek adına çeşitli stratejiler ortaya koymak zorundadır. İşletmeler ortaya koymuş oldukları bu stratejileri birlikte çalıştıkları takım arkadaşlarına, iş görenlerine inandırarak stratejilerini gerçekleştirme yoluna gitmektedirler. Tabi bunu başarabilmek için de strateji kavramı uygulama biçimi ve püf noktalarını iyi bilmek gerekir. İşletmeciler, araştırmacıların ortaya koymuş oldukları

çalışmaların içeriklerinden yararlanabilecekleri gibi, profesyonel kişilerden de bu hizmeti alma yoluna gidebilmektedirler.

Ticari organizasyonlarda 1960 ve 1970'li yıllar stratejik planlama için büyük bir gelişme olarak gözlemlenmektedir. General Electric gibi önde gelen şirketler sadece stratejik planlama yapmakla kalmayıp, iş dünyasının haklarını da aktif olarak teşvik ettiler. Süreç, bu firmalara işletme birimlerini yönetme konusunda daha sistematik bir yaklaşım sundu ve planlama, bütçeleme ufkunu geleneksel 12 aylık işletme döneminin ötesine uzattı. Buna ek olarak, işletme yöneticileri finansal planlamanın tek başına yeterli bir çerçeve olmadığını öğrendiler. 1980'lerde stratejik planlama kavramı stratejik yönetim kavramına doğru genişletildi. Bu evrimle işletme yöneticileri, sadece çevre dinamiğinin önemini ve kuruluşların kendilerini tamamen yeniden icat etmek zorunda kalabileceklerini değil, stratejiyi sürekli yönetmenin ve değerlendirmenin de başarının anahtarı olduğunu kabul ettiler. Bu nedenle, stratejik yönetim, karmaşık işletmeleri yönetmek için bir yaklaşım veya felsefe olarak kurulmuştur (Ginter vd. 2013:7). Stratejik yönetimin evveliyatını oluşturan unsurun stratejik planlama olduğunu söylemek yerinde olacaktır. Daha sonra gelişen işletme yapıları stratejik bakışı da geliştirerek diğer araçların kullanımını ortaya çıkarmış ve işletmeleri yönetmede kullanılmışlardır.

Strateji yönetimi kavramı, sağlık kuruluşlarında 1980'li yıllardan itibaren kullanılmaya başlanmıştır. Daha önceki yıllarda, bireysel sağlık kuruluşlarının stratejik yönetimi kullanmaları için çok az güdü söz konusuydu. Çünkü bu sağlık kuruluşları genellikle bağımsız, bağlantısız, kar amacı gütmeyen kuruluşlar olarak faaliyette bulunmaktaydılar. Gelişen zaman ile sağlık hizmetleri birçok bakımdan, en karmaşık şirketlerle aynı süreçleri ve aynı dili kullanan karmaşık bir iş haline gelmiştir. Kuşkusuz, 1980'lerin sonunda birçok sağlık kuruluşunun stratejik olarak yönetilen işletmelerden öğrenecekleri çok şey bulunmaktaydı. Sonuç olarak, hem kamu hem de özel sağlık kuruluşları tarafından benimsenen yönetim şekillerinin çoğu, başlangıçta iş sektöründe geliştirilmiştir (Ginter vd. 2013:7). Daha sonra iş sektörlerine sağlık sektörü de dahil olunca iş sektörlerinde daha önce yapılan araştırmalar, uygulamalar ve yönlendirmeler artık sağlık sektöründe de baş göstermiştir.

Büyük organizasyon yöneticilerinin bakış açılarını zenginleştirme açısından kullanacakları stratejik yönetim anlayışı artık her kurumda kendini göstermektedir. Burada

önemli olan yetenek olarak baş gösteren yönetme hususu daha sonra uygulamada bilişsel ve tecrübesel yönlere daha muhtaç hale gelmiştir. Çünkü piyasadaki benzer işletmeler her zaman tetikte olacağından, işi şansa bırakmak oldukça tehlikeli bir hal almasına sebep olacaktır.

Sonuç olarak, günümüzde işletmeler stratejik yönetimi bir başlık halinde ele alarak sadece geleceğin planlanmasını değil, stratejik yönetimin birçok aracını işletmeye uyarlayarak işletmeyi başarıya götürmeyi sağlamaktadırlar. Bunu yapabilmek ise stratejiyi, stratejik araçların neler olduğunu, işletme ihtiyaçlarını iyi bilmeyi ve eldeki araçları işletmeye uyarlayabilme yeteneğine sahip olmayı gerektirir. Bilinmelidir ki işletmelerde adımların birçok stratejik faktör düşünülerek atılmamaması durumunda felakete neden olabilecek türden sonuçlar ortaya çıkabilir.

Konu ile ilgili önceki araştırmalar

Stratejik yönetim ve araçları hakkında yapılan diğer araştırmaların neler olduğu hangi kapsam dahilinde yapıldıklarını ve çalışmanın yapılma ihtiyaç nedenini ortaya koyma açısından değerlidir. Bu nedenle çalışmaya benzer ulusal ve uluslararası çalışmaların belli başlıları belirtilmek istenmiştir.

Qehaja, A. B., Kutllovci, E., & Pula, J. S. (2017) "Stratejik Yönetim Araçları Ve Teknik Kullanım: Niteliksel Bir İnceleme" adlı çalışmalarında stratejik yönetim araçları ve teknikleri kullanımına ilişkin ampirik literatürü gözden geçirmiştir. Bu çalışma ile yöneticilerin daha iyi bir performans elde etmeleri için stratejik yönetim sürecinin tüm aşamalarında desteklemek üzere geliştirilmiş ve tasarlanmıştır. Bu çalışmada, yöneticiler kurumsal olarak, stratejik araç ve teknikleri işyerlerinde kullanıyorlar mı? Kurumlarda hangi stratejik araç ve teknikler kullanılıyor? gibi sorulara cevap bulmak amaçlanmıştır.

Darrell Rigby and Barbara Bilodeau (2013) "Yönetim Araçları ve Eğilimler 2013" adlı çalışmalarında, kullanılması muhtemel stratejik yönetim araçlarının neler olduğunu ortaya koymakta ve şirket olarak bu eğilimleri ülkesel bazda detaylandırarak akademik anlamda kaynak olma vasfı taşırken, Bain & Company şirketi adı altında isteyen başka işletmelere de danışmanlık hizmeti vermektedir. Bain & Company şirketi 1993'ten beri, Dünya çapındaki yöneticilerin kullandıkları yönetim araçları ve bu araçların ne kadar etkili performans

gösterdiği konusunda araştırma yapmaktadır. Şirket her yıl 25 araca odaklanmakta ve listeyi yenilemektedir. Anketlerine dahil edilen araçlar ölçülebilir formatta olması şartını taşırken, aynı zamanda mutlaka işletmelerin üst yönetimiyle alakalı olmalıdır. Şirketlerin kullandıkları araçları ve koşullar ile anket sonuçlarından gelen yönetici memnuniyet derecelerini takip ederek, şirketlerin kendilerini geliştirmek için en etkili araçları seçme, uygulama ve entegre etme konusunda daha iyi seçimler yapmalarına yardımcı olmaktadır.

Demir'in (2015) "Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçları Bilgi ve Kullanım Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma" adlı çalışmasında strtejik yönetim ve stratejik yönetim araçlarına ait kuramsal çerçeve belirlenmiş, yaptığı bu araştırmasında Ankara'daki hastane yöneticilerinin stratejik yönetim ile ilgili bakış açılarını betimsel olarak ortaya koymuştur.

Ford, E. W., Wells, R., & Capper, S. A. (2003). "Yüksek Performanslı Kamu Sağlığı: Değerlendirme Ajanslarının Stratejik Yönetim Kapasiteleri" adlı çalışmada devlet sağlık kuruluşlarının stratejik yönetim yetenekleri hakkında var olan sınırlı bilgisi, halk sağlığını geliştirme kapasitelerini de sınırlandırmakta olduğunu vurgulamaktadır. Bu çalışmalarında iki amaç ile ele almaktadır: 1) Ajansların stratejik yönetim yeteneklerini değerlendirmek, bir öğrenme çerçevesi ile kavramsallaştırmak. 2) Değerlendirilen bu stratejik yönetim yetenekleri ile ajansların, stratejik bir yönetim yeteneği gelişim süreci boyunca ilerlediği yerleri göstermeyi amaçlamışlardır.

Simone Fanelli, Gianluca Lanza & Antonello Zangrandi (2017) "İtalyan Hastanelerinde Kalite Performansının İyileştirilmesi İçin Yönetim Araçları" adlı çalışmada sağlık kuruluşlarında Liderliğin kalite performansının iyileştirilmesinde belirleyici bir rol oynamakta olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmada, İtalyan hastanelerinin kaliteyi iyileştirmede hem üst yönetim hem de departman / birim düzeyinde liderliği desteklemek için nasıl koşullar yarattığını inceler. Sorumluluk delegasyonu süreçlerinde yönetimin rolüne ve klinik liderliği kolaylaştırmak için uygulanan araçlara odaklanmaktadır.

David Perkins (1992) "Sağlık hizmetlerinin stratejik yönetimi" adlı çalışmasında sağlık hizmetlerinde stratejik yönetimin hususlarını ortaya koyarken, yöneticilerin blundukları bölgede başarılı olmaları için insan kaynaklarını geliştirmesi gerektiği

vurgusunu yapmaktadır. Yüksek ve kaliteli bir sağlık yöneticisinin vaarlığını stratejik sağlık hizmetleri dahilinde yapılacak yönlendirmelerle olabileceği çıkarımınında bulunmaktadır.

Anita Kothari, Nina Hovanec, Shannon L Sibbald, Lorie Donelle & Patricia Tucker (2016) Halk Sağlığı Alanında Bilgi Yönetimi Araçlarının Uygulanmasında Süreç Değerlendirmesi" adlı çalışmasında sağlık uzmanları, etkili program planlama, uygulama ve değerlendirme için güncel ve içeriğe özgü bilgilere güvenirler. Sağlık yöneticileri bu güncelliği stratejik yönetim aracı olan bilgi yönetimi ile sağlayabilmektedirler. Bu yolla stratejik yönetim hususunun sağlık yöneticilerince ne denli önemli olduğu çıkarımında yaptığı çalışma ile ortaya koymuştur.

Bruce Perrott (2002) "Sağlık hizmetlerinde kalite yönetiminin stratejik etkileri" adlı çalışmada stratejik yönetimin sürekli operasyonel ve müşteri hizmetleri iyileştirme yönetimi için temel olarak kullanılmakta olduğunu belirtmiştir. Operasyonel bir gelişim aracı olarak kabul edilmesine rağmen, stratejik yönetim ve pazarlamada kalitenin rolünün belirgin olmadığını belirtmiştir. Kalite yönetiminin faaliyetlerinde oynadığı rolü araştırmak amacıyla Avustralya'nın en büyük özel sağlık hizmeti sağlayıcılarından biri içinde nitel araştırmalar yapılmıştır. Görüşmeler, kuruluşun sürekli kalite yönetimi konusundaki ana vurgusunun kuruluşundan bu yana önemli stratejik sonuçlar verdiğini ortaya koymuştur.

Wil Williams & Duncan Lewis (2008) "Stratejik Yönetim Araçları ve Kamu Sektörü Yönetimi" adlı çalışmasında kamu sektörü stratejik danışmanlık projesi bağlamında, iyi kurulmuş iki stratejik yönetim aracının, değer zinciri yönetimi ve paydaş analizlerinin uygulanabilirliğini ve etkinliğini vurgulamaktadır. Çalışmada, her iki modelin de bağımsız olarak kullanıldığında, kamu sektörü kuruluşlarındaki stratejik söylemleri önemli ölçüde teşvik edip, aydınlatabilecek güçlü stratejik analitik çerçeveler olarak kullanımına gerekçe sunmaktadır.

Richard Wagner, Robert A. Paton, (2014) " Stratejik Araç Setleri Uygulama ve Performans: Alman KOBİ Perspektifi" adlı çalışmalarında özellikle Alman makine ve teçhizatı üretimi yapan küçük ve orta ölçekli işletmelerdeki (KOBİ'ler) üst düzey yöneticilerin, stratejik yönetim (KOBİ) araçlarıyla ilgili bilgileri ne kadar topladığını ve uyguladığını incelemeyi amaçlamaktadır. Ayrıca, çalışma, şirketlerin söz konusu araçlardan

bilgi birikimi ile herhangi bir performans artırıcı fayda elde edip etmediklerine dair araştırma kanıtı sağlamayı amaçlamaktadır.

Frederick A. Frost (2003) "Stratejik araçların küçük ve orta ölçekli işletmeler tarafından kullanılması: Avustralya örneği" adlı çalışmasında stratejik planlamacıların kullanabileceği çeşitli stratejik araç ve teknikleri gözden geçirmektedir. Çalışma, Batı Avustralya, Singapur, Hong Kong ve Malezya'daki küçük ve orta ölçekli işletmelerin (KOBİ'ler) stratejik planlama aracı kullanımına odaklanmaktadır. 36 temel stratejik görevi sağlamak için altı aşamalı bir stratejik çerçeve kullanılmıştır. KOBİ'lerin sınırlı sayıda stratejik araç kullandığı tespit edilmiştir. Mevcut araçlarla strateji geliştirebilmek ve bu araçların KOBİ'lerde uygulanmasını sağlayabilmek için daha geniş bir anlayışa ihtiyaç olduğu ortaya konulmuştur.

Afonina, A. (2015) "Stratejik Yönetim Araçları ve Teknikleri ve Örgütsel Performans: Çek Cumhuriyeti Örneği" adlı çalışmanın amacı, Çek Cumhuriyeti'ndeki mevcut stratejik yönetim araçları ve kullanım tekniklerinin yanı sıra, yönetim araçlarının örgütsel performans üzerindeki etkisini araştırmak ve tanımlamaktır. Araştırma 91 şirketten elde edilen ankete dayanmaktadır. Bu araştırma, yönetim araçları ve teknikleri ile örgütsel performans arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalardan biridir. Bu çalışma da yönetim araçlarının kullanım seviyesini ve performansı etkileyen olasılıkları göstermektedir. Çalışma, yönetim araçları ile tekniklerin kullanımı ve örgütsel performans arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir.

John Cullen, Marion O'Connor, John Mangan, (2004) "Yönetim Araçlarını ve Tekniklerini Yönetim Zorluklarıyla Eşleştirmek" adlı çalışmalarında yöneticiler iş zorlukları ile karşılaştıklarında bu iş zorluklarını çözmek için doğru araçlar kullanılıyor mu? sorusuna cevap aranmıştır. Çalışma, bu yönetim araçlarının ve tekniklerinin kullanımının yöneticilerin karşılaştığı gerçek zorluklarla nasıl ilişkili olduğunu görmek için 2002 yılının sonlarında ve 2003'ün başlarında gerçekleştirilen İrlanda iş uygulamalarına ilişkin iki araştırma sonuçlarını karşılaştırmaktadır. Bu araştırmalardan ilki, 31 yönetim aracı ve tekniğine yönelik kullanım, memnuniyet ve tutum anketidir. Yine bir anket ile yapılan diğer araştırmada yöneticilerin karşılaştığı üst yönetim ilişkileri ile pazar ve kişisel zorlukları belirlemeye çalışılmıştır. Karşılaştırma, yönetimce bu araç ve tekniklerin nasıl kabul

edildiğini ve daha sonra bu zorlukların üstesinden gelmek amacıyla nasıl uygulandığını anlamak için gerçekleştirilmiştir.

Ulusal ve uluslararası mecrada yapılan akademik çalışmaların neticesinde elde edilen ölçeğin geliştirilerek belirlenen alana yöneltilip literatürde boşluk görülen bu alana katkı sağlanması isteği üzerine " kamu ve özel hastanelerdeki yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanım görüşleri hakkında karşılaştırmalı bir araştırma" konusu ile ülkemiz Orta Karadeniz Bölümü seçilip araştırılmaya değer görülerek önem atfedilmiştir.

Araştırmanın Amacı

Araştırmada "kamu ve özel hastanelerdeki yöneticilerin, stratejik yönetim araçları kullanım görüşlerinin ortaya konulması ve hastane türüne göre yöneticilerin stratejik yönetim eğitimi alıp almama durumu ile stratejik yönetim aracı kullanımlarının karşılaştırılması" amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda ülkemiz Orta Karadeniz Bölümünde ki illerde (Samsun, Ordu, Tokat, Amasya, Çorum) faaliyet gösteren kamu ve özel 2. ve 3. basamak hastane yöneticilerinin işletme içerisindeki organizasyonu yönetmesi sırasında, model olarak belirlenen stratejik yönetimin 17 aracı ile bu araçların bilgi, kullanım ve memnuniyet durumlarına ilişkin sorgulamada bulunulmuştur.

Araştırma boyutları olarak belirlenen stratejik yönetim kavramı ve stratejik yönetim araçlarının litaretür de ki yerlerinin araştırılması yapılmış ve ne düzeyde kullanımda olduklarıortaya konulmaya çalışılmıştır.

Kamu ve özel hastane yöneticilerinin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin betimsel istatistiki değerlere yer verilmiştir. Sonrasında ise, söz konusu araçların kullanımına ilişkin bakış açıları ortaya konulmuştur. Bu doğrultuda, yöneticilerin stratejik yönetim araçlarına yönelik algıları ile bu algılamanın "hastane türü, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, unvan, toplam çalışma süresi, hastanedeki çalışma süresi, stratejik yönetim eğitimi alma durumu, hastanenin bulunduğu çevredeki rekabet durumu ve hastanenin bulunduğu çevrede başka hastanelerin varlığı" değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığı ortaya konulmuştur. Ayrıca araştırmada, yöneticilerin stratejik yönetim

eğitimi alma durumu ile stratejik yönetim araçları (herbir araç için ayrı ayrı olmak üzere) hakkında bilgi sahipliği arasındaki ilişki ortaya konmuştur.

Yukarıda ifade edilenler doğrultusunda, araştırmaya katılan yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının tespit edilmesine yönelik aşağıdaki hipotezler sistematiğe dökülmüş ve doğruluğu araştırılmıştır:

H_1: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastane türü değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H_2: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H_3: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H_4: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H_5: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile unvan değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H_6: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile toplam çalışma süresi değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H_7: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanedeki çalışma süresi değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H_8: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H_9: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanenin bulunduğu çevredeki rekabet durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H_{10}: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanenin bulunduğu çevrede başka hastanelerin varlığı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{11}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile stratejik planlama aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{12}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile misyon ve vizyon aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{13}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{14}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile dış kaynak kullanımı aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{15}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile kurumsal karne aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{16}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile müşteri (hasta) bölümlemesi aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{17}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile temel yeterlilik aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{18}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile ittifak, birleşme ve devralmalar aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{19}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile tedarik zinciri yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{20}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{21}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile büyüme stratejisi araçları hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{22}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile toplam kalite yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{23}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile küçülme aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{24}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile stratejik insan kaynakları aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{25}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile kıyaslama aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{26}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile işletme yetenekleri aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{27}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile senaryo ve acil durum planlaması aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmanın Önemi

Araştırmanın içeriği ile Ulusal ve Uluslararası yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde sağlık kurumları yöneticilerinin stratejik yönetim ve stratejik yönetim araçları konusu ile alakalı çok sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Yapılan bu çalışmaların örneklem itibariyle dar oluşu sebebiyle bu çalışmanın daha geniş yelpaze de yapılarak literatüre kazandırılmak istenmiştir.

Hastanelerin mevcut durumlarının neler olduğu, hastane yöneticilerinin demografik açıdan nelere sahip olduğu bilgisini içerdiğinden güncel bir bilgi kaynağı niteliğindedir.

Araştırma ile elde edilen sonuçların, ülkemiz hastanelerindeki yöneticilerin stratejik yönetim bilgisi ve stratejik yönetim aracı kullanma düzeylerini içermesi sebebiyle Sağlık Bakanlığına veya özel hastane sahiplerine güncel bir bilgi kaynağı olması yönüyle önem arz

etmektedir. Sonraki araştırmalara bu araştırma veri oluşturacağı ve araştırmacıları stratejik yönetim hususunda merak uyandıracağı düşüncesi ile bu alanda başka araştırmaların yapılmasına yöneltebileceğinden çalışma ayrıca önem taşımaktadır.

Ülkemizde stratejik yönetim, 5018 sayılı Kanununa istinaden Mayıs 2006 da "Kamu İdarelerinde Stratejik Planlamaya İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" ile Stratejik Planlama Kılavuzu, pilot uygulamalardan elde edilen veriler ışığında şekillendirilmiş, "Kamu Kuruluşları İçin Stratejik Planlama Kılavuzu" adıyla Haziran 2006 da yayımlanmıştır. Bu yasal mevzuat ile kamu kuruluşları açısından stratejik bir bakış oluşturma çabaları görülmektedir.

Mesleki bilgi ve yeterliliklere göre atanan yöneticilerin hazır bulunuşlukları ile beklenen yönetim tarzı arasındaki mesafenin ne olduğu ve ortada var olduğu, düşünülen stratejik yönetim anlamlandırma farklılıklarının giderilerek kurumsal bir bakış elde edebilmesi için yardımcı niteliği taşıyacağı beklenilmektedir.

Bu çalışma, araştırma örnekleminde yer alan hastane yöneticilerinde bir farkındalık oluşturması ve konuya eğilim sağlanması açısından önem arz etmektedir.

Varsayımlar

Araştırma için kullanılacak olan ölçeğin hastane yöneticilerinin stratejik yönetim ve stratejik yönetim araçları kullanım düzeylerinin saptanmasına yönelik yeterli ve güvenilir bilgileri toplayacak nitelikte olduğu varsayılmıştır.

Araştırma evrenindeki hastane yöneticilerine yöneltilen ankete doğru, samimi, güvenilir ve eksiksiz olarak cevap verdikleri varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

Araştırma Orta Karadeniz Bölümünü kapsadığından elde edilecek veriler bu bölüm ile sınırlıdır.

Hastane yöneticilerinin bulundukları makamları nedeniyle bilgi düzeylerinin sorgulanması durumu olumsuz bir geri dönüş endişesi taşıdığından veya yöneticisi olduğu kurumun prestijini korumak adına yanıltıcı cevap verebilmeleri araştırmanın sınırlılığıdır.

Araştırma örneklemi çok fazla sayıda hastaneyi içerdiği gibi mesafeleri de birbirine çok fazla uzak olması nedeni ile anketlerin uygulanması birebir gidilerek değil de mail, üst yazı, çeşitli akıllı telefon uygulaması vasıtasıyla ulaştırıldığından anketlere her yöneticinin aynı hassasiyet ile cevap verme isteği sınırlılık olarak görülmektedir.

Hastanelerde görev yapan yöneticiler örneklem olarak Karadeniz Bölgesinin Orta Karadeniz Bölümü seçilmiş ve bu bölümün tümüne ulaşılmıştır.

Tanımlar

Stratejik yönetim: Etkili stratejiler geliştirme, uygulama ve sonuçlarını değerlendirerek denetlemeye yönelik kararlar ve faaliyetler bütünüdür (Dinçer, 1992:22).

Strateji: Önceden belirlenen bir amaca ulaşmak için tutulan yol (http://sozluk.gov.tr)(Türkçede Batı Kökenli Kelimeler Sözlüğü- Türk Dil Kurumu).

Sağlık Kuruluşu: Araştırma örneklemi içerisisinde yer alan hastanelerin tümüdür.

Spektrum: Beyaz ışığın yaydığı ışınların bir prizmadan geçirilmesi ile elde edilen bütün renk ve dalga boylarını içeren çizgiler. (http://sozluk.gov.tr)(Tıp Terimleri Kılavuzu- Türk Dil Kurumu).

Sağlıkta stratejik yaklaşım: Hastanede sunulan tüm sağlık hizmetlerinin faydasını maksimum kılacak sağlık çalışanlarının rasyonel davranışlarının şekli ve sistematik yapısıdır. Sağlık sistemi içinde hastaneler dahil olmak üzere mikro açıdan ele alınıp sağlık hizmet faydalarını maksimuma çıkarmak isteyen sağlık çalışanlarının rakiplerinin davranışlarını olasılık hesaplarına dayanarak matematiksel açıdan çok boyutlu bir biçimde değerleyen bir seri gelecek odaklı kararlar toplamıdır (Marşap, 2015:46).

Vizyon: Kuruluşun "stratejileri başarılı bir şekilde uyguladıktan ve potansiyelinin tamamına erişmesinden sonra" neye benzeyeceğinin bir açıklamasıdır (Bryson, 1995).

Misyon: Sağlık kuruluşunun nihai amacını, yani var olma nedenini tanımlayan yazılı bir bildiriye misyon denir (Riquelme ve Montes, 2011).

Sağlık yönetiminde Stratejik Yönetim Araçları: Sağlık kurumu yöneticilerinin çevrelerindeki yoğun rekabete dâhil olarak sağlık hizmeti sunumunu daha etkili, daha verimli ve süreklilik gösteren şekilde gerçekleştirebilmeleri stratejik yönetime verilen önemin artmasıyla mümkün olacaktır. Stratejik yönetim uygulamaları ise stratejik yönetim araçları aracılığıyla gerçekleşebilmektedir (Demir ve Uğurluoğlu, 2015).

BİRİNCİ BÖLÜM

STRATEJİK YÖNETİM

Çevrenin incelenmesi sorumluluğunu üstlenen stratejik yöneticiler öncelikle şirketin sosyal ve görev çevresindeki pek çok değişkenin farkında olmak zorundadırlar. Sosyal çevre organizasyonun kısa dönemli faaliyetlerini doğrudan etkilemeyen, fakat etkileyebilme gücü bulunan ve genellikle uzun dönemli kararlarını etkileyen genel güçlerden oluşmaktadır. Stratejik yönetim, bir şirketin uzun dönemli performansını ortaya koyan bir yönetsel kararlar ve faaliyetler setidir. Stratejik yönetim çevrenin incelenmesi (hem dış hem de iç), strateji oluşturma (stratejik veya uzun dönemli planlama), stratejinin uygulanması ve değerlendirme ve kontrol süreçlerini kapsamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2014:365).

Bu bölümde stratejik yönetim tanımlarına, stratejik yönetimin ülkemizdeki yerine, önemine, stratejik yönetim süreci konularına değinilecektir.

1.1. Stratejik Yönetim

Organizasyon, değişim sürecindeki en önemli kritik unsur iken aynı zamanda kaynakları bir araya getirme imkanını da sağlar. Yönetim, sağlık kuruluşlarının sorumluluklarını yerine getirdikleri süreçtir. Yöneticiler, hedefleri gerçekleştirmek için kaynakları elde etmek ve birleştirmekle sorumludur. Bilimsel, ekonomik, rekabetçi, sosyal ve diğer baskılar değiştikçe, kurumun değişimle başa çıkmaya çalışacak olan kişileri hemşire ya da teknoloji uzmanları değildir; bu kişiler yöneticilerdir. Yönetim, yirminci yüzyılın başından beri toplumumuzda kuvvetli bir güç olarak ortaya çıkmış ve bu alandaki sağlık hizmetlerinin yaşamı için vazgeçilmez hale gelmiştir (Dunn, R. 2006:5). Stratejik yönetimde işletmeler açık sistem olarak tanımlanır. İşletmeler içinde bulundukları çevre ile karşılıklı etkileşim ve bağımlılık içindedir. Çevrede meydana gelen herhangi bir değişiklik işletmeyi de etkiler. Bu sebeple stratejik yönetim çevreyi oldukça yakından takip eder. Aynı zamanda stratejik yönetim, işletme kaynaklarının en etkili şekilde dağıtımıyla da ilgilidir. İşletmenin temel amaçlarının gerçekleştirilebilmesi için gerekli kaynakları mamul/pazar bileşimlerine uygun bir şekilde dağıtır (İzci, 2014). Bir organizasyon zamanla güvenilir ve istikrarlı davranırsa, bunun bir strateji olduğu söylenebilir. Strateji, organizasyonun mevcut

durumundan, gelecekte istenen bir duruma geçmek için seçtiği bir araçtır (Swayne vd., 2008:12).

Stratejik yönetimde yazarların tanımlarına bakılacak olursa, işletmenin uzun dönemdeki rekabet yeteneğini ve hayat süresini arttırabilecek, bunları geliştirebilecek konular üzerinde yoğunlaşır (Ülgen ve Mirze, 2013:57). Stratejik bakışla başlayan stratejik yönetim süreçleri, zamanımız çevresel koşullarında başarıyı kolaylaştırıcı öneriler sunarak, modern yönetim dünyasında farklılıklar oluşturulmasında önemli bir misyon üstlenmektedir. (Turunç, 2015) Stratejik yönetim: Etkili stratejiler geliştirme, uygulama ve sonuçlarını değerlendirerek denetlemeye yönelik kararlar ve faaliyetler bütünüdür (Dinçer, 1992:22). Strateji, bir organizasyonun amacına ulaşmak için takip edeceği yoldur (Aktan, 2005:69). Genel olarak bir şeyi elde etmek için izlenen yol ya da amaca ulaşmak için geliştirilen planın uygulamasıdır (Vural, 2004:113). Bir değişim yaratmak ve değişime hükmedebilmek, başkaları tarafından algılanamayan fırsat ve tehditleri algılayabilmek olarak tanımlanabilir (Karaoğlu, 2010:21).

Strateji kavramının kökenine ilişkin iki yaklaşım vardır: Birincisi kavram olarak eski Yunancadan gelmektedir: "Stratus (ordu) ve ago (liderlik, yönetmek, yön vermek) kelimelerinin bileşiminden oluşmaktadır. İkinci yaklaşım ise, Yunanlı General Strategos'un bilgi ve sanatına yöneltilerek kullanılır. Latince yol çizgi, patika, nehir yatağı gibi anlamları içeren "stratum" kelimesinden oluştuğu da kabul edilmektedir. Strateji, yönetim biliminde "bir organizasyonun amacına ulaşmak için izleyeceği yollar" anlamında kullanılır. Rakiplerin faaliyetlerine de bakarak, amaçlara ulaşmak için belirlenmiş nihai sonuca güdülü, uzun dönemli, etkin kararlar topluluğudur. Hedefe yönelmiş planlı eylemler bütünlüğü. Belirli bir amaca ulaşabilmek adına izlenmesi gereken yol; yönetimi tamamlayan parçaların her biri. Başarıya varabilmek için öngörülen yöntemlerin etkinliğini arttırmaya yönelik olarak iktisadi, kültürel, sosyal, siyasal ve diğer etkenlerin bir arada, uyum içinde yönlendirilmesi. Strateji ne yapılacağına karar vermek anlamına gelirken, taktik nasıl yapılacağını ifade eder (Tutar, 2013:358).

Stratejik yönetim açısından yapılmış olan çalışmalar ele alınacak olursa; Spanos ve Lioukas'ın (2001) Ticari Kuruluşlar İçin Stratejik Yönetim Yapısının Önemi, Porter'ın Stratejik Konumlandırma Modeli (Porter; 1980, 1985, 1996), strateji ve pozisyon seçiminde piyasa kusurlarını ortadan kaldırmak için ortaya atılmış bir savdır. Diğeri, Barney ve Peteraf

(1991, 1995,2003) ‘ın Kaynak Tabanlı Görünüm modelidir. Burada odaklanılan strateji ile kuruluşun kaynaklarını geliştirme ve bu kaynakları kullanmayı hedefler. Bu teoriler yaygın olsa da, özel şirketlerde kullanılan stratejik yönetim düzeyine göre, kamu kurumlarında stratejik yönetim düzeyi daha yetersiz ve çok fazla dikkate değer bulunmadığı görülmektedir. Kamu sektöründe stratejik yönetim araçları içerisinden daha çok stratejik süreçlere odaklanılmıştır (Bryson 2018:65).

Eski çağlardan bu yana strateji, askeri ve politika teorisyenleri tarafından kullanılmaktadır. Machiavelli, Napoleon, Brumarc, ve Hitler gibi asker kökenli liderler bu kelimeyi kullanmışlarsa da; Shakespeare, Karl, Hley, Liddel, Hart ve Tostoy gibi asker olmayan önemli kişilerin de bu kavramı kullandığı bilinmektedir (Yüzbaşıoğlu, 2004). Stratejik yönetim açısından işletme yapılarına karar verilmeden geleceğe kalabilme adına stratejiler belirlemek önemli bir husus olduğu gibi işletmenin var olması için vazgeçilmez unsurudur (Henderson, B. D. 1989). Kuruluşlar, strateji oluşturmak için nasıl önemli kararlar alır ve bunları birbirine bağlarlar? Bu önemli süreç hakkında çok az sistematik kanıtımız var (Mintzberg, 1973). Stratejik açıdan yöneticilerin var oluş temelleri; maliyetleri azaltmak, daha önce pazara ürünü sunmak, müşteri sorunlarına daha çabuk cevap verebilmek, pazar payının başka bir noktasını da yakalamaktır (Hamel, 1996). Küresel rekabet yapılarındaki değişiklik, stratejiyi zounlu kılmıştır. Kurumsal başarı, çoğu zaman bir firmanın tedarikçileri, müşterileri veya çalışanları ile olan ilişkilerinin benzersiz karakterinden türetilmesi ve ilgili piyasalara tam olarak tanımlanıp uygulanan ayırıcı özelliklere dayanan rekabet avantajından kaynaklanmaktadır (Kay, 1993).

Stratejik yönetim sayesinde organizasyonlar içerisinde bulundukları şartlar karşısında yalnızca pasif etkilenen bir konumdan çıkarak sürece etki eden, bu sayede örgütün misyon ve menfaatleri doğrultusunda geleceğini belirleyebilen bir duruma gelmektedir. Uzun vadeli bir bakış açısıyla konulara yaklaşıldığından, işletmeler günübirlik değişen şartlardan minimum düzeyde etkilenirler. Belirlenen ana istikamet doğrultusunda kararlar alındığından, kaynakların tahsisi ve belirlenen amaçlara ulaşmak için atılması gereken adımlar da nesnel olarak belirlenebilecek ve bu sayede işletme uygulamalarında keyfilik ortadan kalkmış olacaktır. Böylece stratejik yönetim, kurumsal kimliğin gelişmesinde ve örgütün saygınlığının artmasında da önemli bir rol oynamaktadır (Aşgın, 2008:14). Yönetim, her zaman insan ile sosyal alan arasında bir karmaşık mekanizma içermektedir. İnsan ilişkilerinin ustalığı içinde yeterlilik gerektiren etkileşimler, ortaya çıkan çatışmaların

yanı sıra bunlara çözüm bulmayı gerektirmektedir. Yönetsel yetkinlikte stratejiler ile geleceği hedefleyen ve farklı türde geliştirme operasyonlarını kullanmaya ihtiyaç duyan sosyal ve sağlık hizmetlerinin yetkinliklerinden yararlanmayı, insan uygulamalarını yönetmeyi kapsamaktadır. Çünkü toplumda çalışma hayatı her zaman artacaktır ve bu çalışma hayatının yönetilmesi gerekmektedir. Yetkinliğe dayalı yönetim, bilgi yönetimine ilaveten, becerilerin değerlendirilmesi ve bilgi birikimi sayesinde organizasyonun hedefleri doğrultusunda gelişmesini sağlar (Sanchez ve Heene, 1997).

Stratejik yönetim hakkında geleneksel manada ortaya konulan görüşler mevcuttur. Stratejik yönetimle ilgili alınacak kararlar bir organizasyonun en üst düzeyinde yapılır. Öncelikle işletmelerin içinde bulundukları duruma göre tercihleri ve sonuçta ortaya çıkan iş portföyü ile işletmedeki tipik olarak incelenen konuların kurumsal düzeyde görüşün merkezinde yer alan konuları şu şekildedir:

1. Firmanın portföyüne yeni işletmeler eklenmesi (çeşitlendirme).

2. İşletmeleri firmanın portföyünden silme (tasfiye).

3. Elde tutulan işletmelerin etkin yönetimi (ürün portföyü analizi, misyon) atama ve kaynak tahsisi.

4 Katma değeri yüksek işletmeler katmak ve işletmede var olan aşamaların kapsamını arttırmak veya azaltmak. (dikey entegrasyon veya dikey daralma) (Piercy vd. 1997).

Ortaya konulan bu konuları anlamlandırmak adına stratejik yönetim mekanizmasını güden irade, merkezi stratejiyi benzer ve çok pratik bir şekilde tanımlamak ve yönlendirmeleri gerçekleştirebilmek açısından, ortaya konulan soruları bir dizi yoldan çözmeye çalışmaktadır. Merkezi stratejik soruları görmek ve bu soruların cevaplarına uymak gerekmektedir. Sorular ve cevaplar şu şekildedir:

1. Örgütsel karakter, misyon ve hedefleri tanımlayın. (ne tür bir organizasyon vardır? Biz, biz olmak ister miydik?)

2. Stratejik yeteneği ve belirgin yetkinliği tanımlayın. (en iyi nereye değer katabiliriz? Toplum; nerede yarışabilirim?)

3. Çevresel fırsatları ve tehlikeleri değerlendirin. (Mevcut ve gelecekteki şekil nedir? Üzerinde çalıştığımız oyun alanı?)

4. Yetenekleri fırsatlarla eşleştirin. (Önemli görev - en iyi uyumu aramak)

5. Örgütsel odağı geliştirin. (Tutarlı, uzun vadeli bir yönerge sağlanması gayreti birleştirir.)

6. Uygun yapıları oluşturun. (Hangi strateji olmadan teslim edilmeyecektir.)

7. Amaç iletin. (içte ve dışta) (Lynch, 1994).

Bu konular ve adlandırmalardan sonra kurum veya kuruluşta yönetim denetimi ortaya çıkacaktır. Yönetim denetimi, soru ve olayların bağlantı kurduğu bir forum olarak çalışır ve bu yönetime yansıtıcı bir süreç olarak ele alınabilir. Yetkinliğe dayalı bir yönetim, strateji ile birleştirilerek ortaya çıkan deneyimleri değerlendirip, deneyimlerden yararlanma ve öğrenme imkanı sunar. Stratejik yönetim her şeyden önce, tepe yönetiminin bir fonksiyonudur. Tüm olarak işletmenin geleceğini ilgilendirmesi ve ona bir istikamet belirlemeye çalışması sebebiyle stratejik yönetim, tepe yöneticilerinin bir fonksiyonudur. Stratejik yönetim işletmenin uzun vadedeki amaçları ile ilgilidir. Stratejik yönetim işletmeyi açık bir sistem olarak ve birbiri ile etkileşim ve bağımlılık halindeki parçaların oluşturduğu bir bütün olarak görür. Stratejik yönetim, işletmelerin farklı birimleri ve hiyerarşik kademeleri arasında koordinasyon sağlar. Stratejilerin işletme için temel istikamet göstermesi ve hedefler oluşturması sebebiyle, işletme içindeki farklı birimler ve kademeler arasında amaçlar hiyerarşisi oluşturarak, birimlerin farklılaşmalarını önler. Stratejik yönetim, işletmenin kaynaklarının en etkili bir şekilde dağıtımıyla ilgilidir. Karar vermede kullanılan bilgilerin kaynak ve verileri farklıdır. Stratejik yönetim bir bütün olarak işletmenin etkililiği ve verimliliği ile ilgili olduğu için konuya ait bilgi kaynakları ve verileri çok çeşitlidir. Bunun yanı sıra toplum menfaatleri açısından stratejik yönetim çevresine karşı sorumluluk sahibidir ve bir bütünlük arz eder (Dinçer, 2004:38).

1.2. Stratejik Yönetimin Ülkemizdeki Yeri

Türkiye'de strateji kavramı 1965 yılına değin akademik ve uygulama alanında yönetim yazınında yerini almamıştır. Yabancı yazınla karşılaştırdığımızda daha önce değinildiği gibi strateji kavramının kökeninin 1960 ve sonrasına dayandığı görülmektedir. Strateji kavramının Türkiye bağlamında akademik anlamda çalışılması yabancı yazın ile tarihsel olarak örtüşmektedir. Diğer bir deyişle, Dünya'da ve Türkiye'de strateji kavramının, 1960 öncesinde yönetim yazını içerisinde çalışılmadığı söylenebilir (Duman vd. 2005). Stratejik yönetim tekniğinin önündeki sektörel ve işlemsel engeller/güçlükler kaldırıldığı takdirde, stratejik yönetimin kamu sektöründe uygulanmaması için bir neden bulunmamaktadır (Söyler, 2007).

Türkiye'de 1930'lu yıllardan önce işletmecilik faaliyetlerine rastlanmakla birlikte modern anlamda işletmeciliğin doğuşu 1930'lu yıllardan sonra olmuştur. 1960'lı yıllar işletmelerin fonksiyonel bölümlere ayrılmaya başladığı ve işletme departmanlarının oluşturulduğu bir dönemdir. Bu dönemde planlama faaliyetlerinin ya hiç olmadığı ya da çok az olduğu görülmektedir. Bu dönemdeki planlama faaliyetleri genellikle kısa dönemli olup (en fazla 1 yıl) daha çok işletme bütçesiyle ilgili planlardır. Türkiye'de ilk uzun vadeli planlama çalışması 1970 yılında Koç Grubu'nda görülmüştür. Ancak gerçek anlamda planlama çalışmalarının ise 1970'lerin sonu ve 1980'li yılların başlarında yapılmaya başlandığı söylenebilir. Bu yıllarda Eczacıbaşı (1978 yılından itibaren), Şişe Cam Fabrikası (1981'den itibaren) ve Yaşar Holding (1983'ten itibaren) gibi büyük işletmelerin uzun dönemli planlama yapmaya çalıştığı görülmektedir. 1980'li yılların ortasına kadar uzun dönemli planlama çalışmaları olarak karşımıza çıkan uygulamaların, dönemin ikinci yarısından itibaren stratejik planlarla yaklaşıldığı söylenebilir (Akgemci, 2008:17). Ayrıca 1990 yılından itibaren Alarko Holding, Borusan Holding yönelim tarzlarını, planlı hale getirmek üzere hazırlık yapmışlardır. Diğer taraftan uzun vadeli planlama çalışmaları, özellikle 1980'nin sonlarında stratejik bir anlayışla yerine getirilmeye başlanmıştır (Köse, 2008:82).

Stratejik yönetim alanında ülkemizde yapılan diğer çalışmaların genel bir görünümünü ortaya koyan bazı akademik çalışmalar söz konusudur (Barca ve Hızıroğlu, 2009; Dalyan, 2002; Duman ve ark., 2005). Bu çalışmalardan Duman ve arkadaşları 1980-2005 yılları arasında stratejik yönetim alanında yayımlanmış, yazarı Türk olan makalelerde

ve Türkiye'deki işletme, yönetim ve strateji kongrelerinde sunulan stratejik yönetim bildirilerinde, stratejik yönetim kavramına nasıl bir anlam yüklendiğini araştırmışlardır. Barca ve Hızıroğlu, 2000-2008 yılları arasında yapılan ulusal yönetim ve organizasyon kongrelerindeki bildirilerden hareketle, stratejik yönetimin entelektüel yapısını değerlendirmişlerdir. Dalyan, stratejik yönetim alanında yapılan yüksek lisans ve doktora tezlerini irdelemiştir. İş etiği konusunda bu çalışmalara benzer bir çalışma tespit edilememiştir (Köseoğlu vd. 2013).

Stratejik yönetim, uygulanmasını farklılaştıran unsurlar bir kenara bırakılacak olursa, hemen hemen tüm örgütlerde benzer bir şekilde işleyecektir. Buna göre stratejik yönetimde ilk aşama, organizasyonel pozisyonu belirleme aşamasıdır ve bu aşama daha ziyade bir mevcut durum analizidir. İkinci aşamada mevcut durumdan hareketle geleceğe bakılır ve gelecekte nerede olunmak istendiği sorusuna yanıt aranır. Bu soruya verilecek farklı seçenekler, örgütün stratejik alternatiflerini oluşturur. Üçüncü aşamada ise, bu alternatifler arasından en uygun strateji seçilir. Dördüncü aşamaysa, seçilen stratejinin uygulamaya koyulduğu ve uygulamanın kontrol edildiği son aşamadır (Ekici, 2015).

1.3. Stratejik Yönetim Süreci

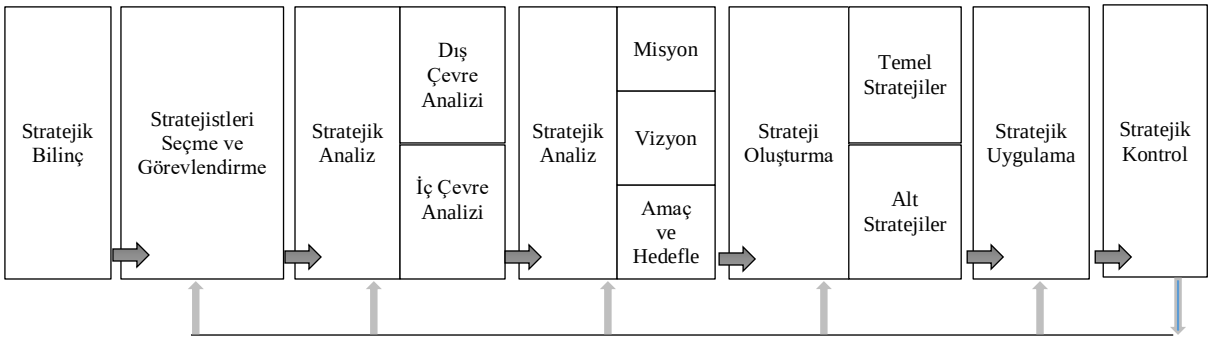
Stratejik yönetim süreci genel yönetim sürecinden ayrı olarak düşünülmemelidir. Genel anlamda işletme yönetimi, işletmenin amaçlarını gerçekleştirilebilmesi için, yapılması gerekli olan faaliyetlerin planlanması, örgütlenmesi, koordinasyonu, uygulanması ve kontrol edilmesi sürecidir. Stratejik yönetim ise, işletmelerin genel yönetim sürecinin bir parçasıdır. Başka bir ifadeyle, işletme hiyerarşi olarak göz önüne alındığında üst kademenin ilgilendiği özel bir yönetimi kapsar. Dolayısıyla stratejik yönetim, işletmenin ne olacağıyla ilgili soruları cevaplandırır (Dinçer, 2004:35). Süreci anlamak için de yöneticinin karar alternatifleri karşısında ne gibi bir duruş sergileyeceği, ne gibi zihinsel faaliyetler ve hesaplar yapacağı ile hangi kurallara uyacağını bilmek gerekir (Eren, 2010:35).

Yirminci yüzyılda bir dönem, birçok akademisyen ve şirket, bir kuruluşun stratejisinin en önemli bileşenlerinin operasyonları yönetme olduğunu savunmuştur. Ulaştırma, elektronik ve optik endüstrisi sektörlerinde Japon imalatçıların elde ettiği müthiş sonuçlardan esinlenen birçok şirket, kritik operasyon süreçlerini yeniden tasarlamaya, yeniden yapılandırmaya ve sürekli olarak iyileştirmeye öncelik vermiştir. Şirketlerin

operasyon kusursuzluğunu sağlama çabaları büyük oranda başarılı olmuştur. Birçoğunun, imalat ve hizmet götürme süreçlerinin kalitesinde, maliyetinde ve uyumluluğunda gözle görülür iyileşmeler sağlanmıştır. Operasyon kusursuzluğu tek başına sürdürülebilir bir stratejinin temelini oluşturmasa da, operasyon yönetimi hala birçok kuruluş için bir öncelik teşkil etmektedir. Şirketler, kusursuz operasyonlar olmadan herhangi bir stratejiyi yürütmekte zorlanacaktır (Kaplan ve Norton, 2004/2010).

İşletmelerin nasıl strateji oluşturdukları, strateji yönetiminde uzun zamandır merak konusu olduğu gibi üzerinde de tartışılmaya devam edilmektedir. Strateji üzerine yapılabilecek vurguda, yöneticilerin ortaya koydukları titiz ve rasyonel analizinin bir sonucu olduğu görüşü hakimdir. Hanry Mintzberg (2000) Strateji üzerinde aşamalara bağlı şekilde anlamlandırmanın mümkün olacağını ortaya koymuştur. Bu aşamalar; amaçlanan, gerçekleştirilmiş ve oluşan stratejidir. Amaçlanan strateji, yönetim kurulu takımı tarafından düşünülen stratejidir. Gerçekleşen strateji – gerçekleşen gerçek strateji- amaçlanan kısımla kısmen ilgilidir. Gerçekleşen stratejinin öncelikli belirleyicisi Mintzberg'in deyimi ile kendiliğinden oluşan stratejidir (Grant ve Jordan, 2012/2014:25).

Genel olarak işletmeler açısından, stratejik yönetime amaçların belirlenmesi ile adım atılmaktadır. Ardından dış çevrenin analizi ile fırsatlar ve tehditler ortaya konurken, iç çevre analizi ile işletmenin potansiyelinin açığa çıkarılmasına çalışılmaktadır. Çevre analizlerinin yapıldığı bu aşama, stratejik analiz evresi olarak değerlendirilmektedir. Stratejik analizden sonra stratejik seçenekler belirlenerek, seçenekler arasından seçim yapılmakta ve strateji oluşturulmaktadır. Stratejinin oluşturulması aşamasında, misyon, hedefler, stratejiler, politikalar birbirinin ardı sıra oluşturulmakta ve birbirine yol göstermektedir. Uygun stratejinin seçimi gerçekleştirildikten sonra, söz konusu strateji veya stratejilerin uygulanması aşamasına geçilmektedir. Uygulama aşamasında da programlar, bütçeler ve prosedürler devreye girmektedir. Stratejinin hayata geçirilmesi ile strateji yönetim süreci sona ermemektedir, çünkü stratejik yönetim yukarıda belirtildiği gibi süreklilik gösteren döngüsel bir süreçtir. Bu nedenle, strateji uygulamasının değerlendirilmesi ve kontrol edilmesi gerekir. Bu aşamada performans göstergelerinden yararlanılmakta ve elde edilen sonuçlar geribildirim ile süreci yenilemektedir. Stratejik yönetim süreci bir bütün olarak aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Okumuş vd. 2012:30).



Şekil 1.1. Stratejik Yönetim Süreci

Kaynak: Ülgen, H. ve Mirze, K., 2013. Stratejik yönetim, İstanbul, Beta Yayıncılık, s. 57.

Stratejik yönetim süreci, işletme stratejilerinin geliştirilmesi, tatbik edilmesi ve kontrol edilmesi şeklinde üç evre halinde oluşturulmaktadır (Kaya, 2010). Sürecin mantıki olarak başlangıcını, amaçların tespiti ve uygun stratejilerin geliştirmesi oluşturur (Köse, 2008:78). Burada amaç stratejik yönetim sürecini bir bütün olarak sergilemek ve değerlendirmekle sınırlıdır (Pamuk vd., 1997:25). Sürecin başlama noktası yeni stratejileri oluşturma ve seçmedir. Ancak, stratejilerin seçilmesi ve planlama yapılabilmesi için, daha önce stratejik analiz yapılmalıdır. İşletmenin bugünkü ve gelecekteki dış çevresi ile işletmenin mevcut yapısının analiz edilmesi, stratejik yönetimin ön şartı olarak kabul edilebilir. Yapılan analizler sonunda çevre fırsatları ve tehditleri göz önüne alınarak işletmenin gelecek tasviri ve "ne olacağı"na dair tanımlaması yapılır (Dinçer, 2004:39). Stratejik yönetim sürecinin başlangıcını stratejik planlama faaliyetleri oluşturmakta ve ardından belirlenen stratejilerin uygulanması ile bu süreç devam etmektedir. Bu süreçte örgütlerin amaç ve hedeflerine ulaşıp ulaşmadığı ölçülmekte ve elde edilen performans sonuçlarının geri bildirimi sağlanarak, en baştan tekrarlanacak olan stratejik planlamaya kaynak oluşturulmaktadır (Ödemiş, 2014). Örgütsel gruplar arasındaki ilişkiler dinamik yetenekler barındırmakta olup, bu yetenekler işletmeye maddi olmayan süreçler olarak katkıda bulunmaktadır. Etkin bir modern strateji süreci, hem senaryo planlaması hem de stratejik iş modellerinden yararlanır (Betz, 2001/2010:1). Modern sağlık stratejileri, stratejik amaçları göz önüne alarak uzak geleceği daha bugünden hayal eder, planlar ve kurar. Başarıyla birleştirir, düzeltici önlemlerle stratejik boyuttaki dönüşümü yakından denetler. Aslında, stratejik spektrum açısından bakıldığında, yüz bin kilometrelik bir yolculuk dahi ilk adımla başlar (Marşap, 2015:181).

1.4. Sağlık Sektöründe Stratejik Yönetim Yeri ve Önemi

Strateji yönetimi kavramı, sağlık kuruluşlarında 1980'li yıllardan itibaren kullanılmaya başlanmıştır. Daha önceki yıllarda, bireysel sağlık kuruluşlarının stratejik yönetimi kullanmaları için çok az güdü söz konusuydu. Çünkü bu sağlık kuruluşları genellikle bağımsız, bağlantısız, kar amacı gütmeyen kuruluşlar olarak faaliyette bulunmaktaydılar. Gelişen zaman ile sağlık hizmetleri birçok bakımdan, en karmaşık şirketlerle aynı süreçleri ve aynı dili kullanan karmaşık bir iş haline gelmiştir. Kuşkusuz, 1980'lerin sonunda birçok sağlık kuruluşunun stratejik olarak yönetilen işletmelerden öğrenecekleri çok şey bulunmaktaydı. Sonuç olarak, hem kamu hem de özel sağlık kuruluşları tarafından benimsenen yönetim şekillerinin çoğu, başlangıçta iş sektöründe geliştirilmiştir (Ginter vd. 2013:7).

Sağlıkta stratejik yönetim (SSY), etkili stratejilerin gelişim, işletim ve sonuç değerleyici kontrole yönelik karar ve faaliyetler bütünüdür. 21. yy SSY çok yönlü gelişim çizgisindedir. MSİ'nin sosyal sistem özelliği sonucu dış çevreyle sürekli işleyen bir alışveriş döngüsü sağlar. Bu alışveriş dinamizmi, etkin sağlık hizmeti sunumu, teknik, mali kaynaklar, organizasyon yapıları, iş akış sistemleri, sağlıkta teknoloji kullanımı gibi temel konulardır. Sağlık stratejisi, sağlık işletmesi ile çevresi arasındaki ilişkilerin analizinin yapılmasıyla, sağlık işletmesinin gelecek odaklı istikamet gösteren, açıkça belirlenen amaçlarını gerçekleştirecek çok farklı işlemler ile organizasyonun yeniden düzenlenerek gerekli kaynaklara tahsisidir. SSY, bir sağlık işletmesinin veya bir toplumun bakışını geleceğe çevirerek, kendisine gelecek odaklı özgün bir istikamet tayinidir. Uzun vadede güç kazandırıcı ve sağlıkta vizyon sahibi yaklaşımların özgün başlangıcıdır (Marşap, 2015:60).

Sağlık yönetiminde yer alan, strateji konulu literatürler incelendiğinde ilerleme kaydedildiği anlaşılmaktadır. Sağlık sistemindeki yönetim giderek zorlaşmaktadır. Sağlık sisteminde baş gösteren belirsizlikler sektörel bazda tehdit ortaya koyarken, sektörün gelişmesi için de birer fırsat olarak görülmektedir. Bu yüzden sağlık hizmetleri uzmanları için stratejik yönetim araçlarını kullanmak, kuruluşlarının performanslarını artırma, farklılık ortaya koyma ve sektördeki kalıcılığını sağlama açısından elzemdir. Stratejik yönetim belirli diğer sektörlerde kullanılmasına rağmen sağlık sektöründe kullanımı henüz yeni sayılabilecek türdedir (Topping ve Hernandez, 1991).

Sağlık sektörünün faaliyetlerini yürütürken diğer birçok sektör ile ilişki içerisinde olması, teknolojik ve çevresel değişimlerden çok hızlı etkilenmesi, birbirinden farklı birçok uzmanlık alanını bir araya getirmesi, son zamanlarda özellikle kronik hastalıkların artış göstermesi ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artması gibi sorunlar politika yapıcıları ve planlayıcıları sürekli olarak yeni stratejiler geliştirmeye zorlamaktadır. Sağlık sistemlerinde sürekli olarak yenilenen politikaların yalnızca teknik açıdan değil, politik açıdan da başarıya ulaşıp ulaşmadığının değerlendirilmesi gerektiği uzun süredir literatürde tartışılmaktadır (Uğurluoğlu ve Sönmez, 2017). Sağlık hizmeti sunumu ve organizasyonu üzerindeki etkileri yeniden tasarlamak adına, uygulanan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde başarı, yönetim bilgisine ilişkin olarak en uygun özelliklerin benimsenmesini gerektirmektedir (Moreira 2012). Stratejik yönetimde rekabetin yönünü anlamlandırma açısından ağ kuramı kullanılmaktadır. İlişkiler ağında firmalar ve sağlık sektöründe faaliyet gösteren işletmeler performans perspektifi oluşturma açısından bu ağa değer atfeder. Buradaki işlem basamakları göz ardı edilemez, çünkü maliyetleri belirleme ve geri ödeme hizmetleri ile sigorta şirketleri oranları bu yollarla anlaşılır kılmaktadır (Dixit, 2016). Sağlık sektörü, karmaşık yapıdaki sistemin ulusal ve uluslararası boyutları arasında bulunan işlevselliği ele alarak, küresel düzeyde iyileşme göstermiştir. Sağlık sektöründeki önde gelen endüstriler, bu karmaşıklık içerisinde doğal olarak daha fazla zorlukla yüzleşmektedirler (Hartman ve Crow, 2002).

Goldman'a göre, tarihsel olarak sağlık hizmetleri, genel bütün satış kalemleri içerisinde satış fenomeni olmuştur. Tesis bazlı bakım yapan sağlık hizmetleri, federal ve eyalet hükümetleri, sigorta şirketleri ve yaşlı bakımı şirketleri gibi büyük ölçekli alıcılara odaklanmıştır. Sağlık sağlayıcıları, tesis ve donanım yatırımlarını korumak ve işi kolaylaştırmak için fiyatları bir araç olarak kullanmışlardır. Sağlık bakımına ilişkin bazı hastane ve sağlık sistemi, yöneticilere son tüketicinin bir önemi olmadığına inanmalarına neden olmuş, sonrasında sürekli bakımın gerektirdiği alanlara doğru yönelme yaşanmış, böylece bu alan hep para akışının var olduğu spot pazarın gelişmesine neden olmuştur. Örneğin kalp cerrahisi gibi alanlara yönelme artmıştır (Campbell, 1998). Yönlendirme stratejileri sağlık kuruluşları söz konusu olduğunda, sağlık hizmeti sunmanın zorlu doğası gereği, daha da önem kazanmaktadır. Bu stratejiler, modern sağlık kuruluşları için giderek önem kazanan bir yönetim bileşeni haline gelmektedir. Bunun önemli sebeplerinden birisi, hastanelerin sürekli değişen çevresel koşullar, artan maliyetler, dalgalanan bir talep ve önemli yönetsel problemlerle yüzleşen bir sektörde yer almasıdır. Bu güçlüklere etkili bir

şekilde yanıt verebilmek için, hastane yöneticilerinin örgütlerinin stratejilerini yeniden değerlendirmeleri gerekmektedir (Şantaş vd. 2013). Sağlık, birkaç sektörün arasında yer almaktadır. Sağlık sektörü son derece çağdaş ekonomilere, mesleki becerilere ve bilimsel yeniliğe bağlıdır. Aynı sektörde işlevde bulunan diğer işletmelere karşı güvenilirliğini ve meşruiyetini garanti altına almak zorundadır (Moreira, 2014).

Sağlıkta stratejik yaklaşım, hastanede sunulan tüm sağlık hizmetlerinin faydasını maksimum kılacak olan sağlık çalışanlarının rasyonel davranış şekilleri ve sistematik yapısıdır. Sağlık sistemi, içinde hastaneler de dahil olmak üzere, mikro açıdan ele alınıp sağlık hizmet faydalarını maksimuma çıkarmak isteyen, sağlık çalışanlarının ve rakiplerinin davranışlarını olasılık hesaplarına dayanarak matematiksel açıdan çok boyutlu bir biçimde değerleyen, bir seri gelecek odaklı kararlar toplamıdır (Marşap, 2015:46). Bir sağlık işletmesinin faaliyetlerini gerçekleştirebilmesi için kaynaklarının yanı sıra yetenekleri ve temel yeteneklerini belirlemesi, geliştirmesi ve koruması da son derece önemlidir. Yetenekler, bir görev ve faaliyeti gerçekleştirecek bir takım kaynaklar kapasitesidir. Aynı sağlık hizmeti pazarında rekabet eden iki ya da daha fazla sağlık işletmesinin aynı kaynak ve benzer yeteneklere sahip olması mümkündür. Ancak, kurumlardan biri daha etkin ya da etkili olabilir. Bu durumda, rekabet avantajı farklı yeteneklerin (eşsiz bir kültür, stratejik liderlik ya da stratejik olarak anlaşılmış iş süreçleri vb.) bir araya gelmesi ile mümkündür (Kandemir, 2013). Uygulanan bir stratejinin ilerleyen zamanda akıllıca olduğuna dair sonuçlar alındığında var olan egemen kültür, bu stratejinin ilerleyen zamanlarda da uygulanmasına olanak sağlar (Dwyer vd. 1998).

Sağlık kurumları, farklı dış kaynaklardan gelen beklenmedik çevresel değişikliklerle, piyasa yönelimli politikalarla ya da artan rekabetin getirdiği güçlüklerle karşı karşıya kalabilir. Bu anlamda, dış çevre analizi süreci, bir sağlık kuruluşunun şu anki ve gelecekte ortaya çıkması muhtemel konuları analiz etmesine olanak tanır. Fakat dış çevre analizi süreci, geleceğin kesin olarak belirlenmesi anlamına gelmez. Bunun yerine sağlık kurumları üzerinde etkileri olabilecek, gelecekte karşılaşılması muhtemel konu ve durumların tanımlanmasına ve sağlık kurumlarının bunlarla başa çıkma yol ve yöntemlerini geliştirmesine imkân sağlar (Uğurluoğlu, 2013). Daha sonra iç yönetim ile diğer işletmelere denk olabilmek, işletme potansiyelini anlamlandırabilmek ve dahası diğer işletmelere nazaran farklılığı ortaya koyabilmek amacıyla hazırda bulunan yetkili akreditasyon

standartlarına başvurulması, stratejinin belirlenmesi ve yönlendirilmesinde önemli rol oynayacaktır (Chuang ve Howley, 2017).

Sağlıkta, hasta merkezli değer yaratma stratejileri oluşturma isteği nedeniyle stratejik yönetim önem taşımaktadır. Paydaşlarda oluşan ekonomik gelir düzeyindeki yükselmeler, hastaların tercihlerini de etkileyeceğinden bu durum için stratejik bir gelişim sağlamak durumunda kalınmaktadır. Sağlık kuruluşundaki stratejik yönetimin sağlanabilmesi için, bulunduğu bölgenin tüm nüfusunu bu duruma katması gerekir (Weeks ve Weinstein, 2014). Böylece daha doğru karar verme isabeti yüksek olacaktır (Porter, 2009). Evrensel sağlık bakımının savunulması için tüm sağlık bakımı eksiksiz bir şekilde yeniden değerlendirilmeli, hastaların sürece aktif katılımına sağlıklı yaşam standardının artışına değer atfedilmelidir. Bugünün sağlık kuruluşları, artık daha karmaşık yapıda ve genellikle diğer kuruluşlarla bağlantılı olarak işbirlikçi profesyoneller tarafından yönlendirilmekte ve çok disiplinli takımların uygulama standartları ile karşımıza çıkmaktadır (Porter ve Lee, 2013).

Sağlığın dağıtımı açısından yüksek değer içeren stratejik yönetimin altı niteliği bulunmaktadır:

- Entegre uygulama birimlerinin oluşturulmasını sağlamak için deneyimli, çok disiplinli, koordineli takım oluşturmak.
- Hastayı tek bir maliyet birimi olarak düşünmek ve buna göre maliyetleri belirlemek.
- Öğeler arası maliyetler yerine birleştirilmiş bakım döngüsüne dayalı geri ödeme sistemi oluşturmak.
- Sağlık hizmet sunumunu pekiştirilmiş uygun iş hatları, uygun maliyetli yerler ve ilgili değere göre ücretlendirmek.
- Coğrafya geneline hitap eden bir hizmetin kurulması, hastalara yüksek değeri hissettirerek bunu kullanabilmeleri için seyahat sağlık hizmeti sağlayıcıları oluşturmak.
- Bilgi teknolojisi vasıtasıyla, hizmet alan hastalara ait bilgilerin istismar edilmesini engellemeye yönelik değer oluşturmak (Dixit, 2016).

Sağlık hizmetleri finansmanının sağlanması, sanayileşmiş ülkelerde olduğu gibi birçok şekilde düzenlenebilir (van Atteveld vd., 1987). Sağlık sistemlerini iki boyutta sınıflandırmaya yönelik bir girişim mevcuttur. İlk boyut, hükümet tarafından işletilen sağlık hizmetleri ve hükümet tarafından yönetilen sağlık sigortası sistemidir. İkinci boyut, Devlet ve özel sigortanın karışımı olan sistemler aracılığıyla özel ve kamu sağlık bakımı sağlayıcılarından faydalanılmasıdır. Bu boyut sağlık sistemi içerisinde yer alan hükümet düzeyini (ulusal, bölgesel veya karışık) temsil etmektedir. Bununla birlikte, endüstrileşmiş ülkelerdeki sağlık sistemi tüm ortak sorunları paylaşmaktadır (Liff ve Bradford, 1994).

İKİNCİ BÖLÜM

STRATEJİK YÖNETİM ARAÇLARI

2.1. Stratejik Yönetim Araçları

Sağlık hizmetlerinin yönetilmesi, yönetimde yeni bakış açıları ve etkili stratejileri gerektirmektedir. Günümüzde bu gerekliliğin sağlık sektörü yöneticileri tarafından fark edilmeye başlamasıyla, sağlık sektöründe strateji terimi sıklıkla kullanılır hale gelmiş ve sağlık kurumlarının yönetiminde stratejik yönetim anlayışı ön plana çıkmıştır. Sağlık kurumu yöneticilerinin çevrelerindeki yoğun rekabete dâhil olarak sağlık hizmeti sunumunu daha etkili, daha verimli ve süreklilik gösteren şekilde gerçekleştirebilmeleri, stratejik yönetime verilen önemin artmasıyla mümkün olacaktır. Stratejik yönetim uygulamaları ise stratejik yönetim araçları aracılığıyla gerçekleşebilmektedir. Yaşanan tüm değişim ve gelişmelere sağlık kurumlarının adapte olabilmesi, gerçekleşebilecek fırsat ve tehditleri önceden tahmin edebilmesi, ihtiyaç duyulan örgütsel yenilikleri hayata geçirebilmesi, kısacası yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan stratejik yönetim anlayışı kapsamında hastane yöneticileri bazı yöntem ve tekniklerden faydalanmaktadırlar. Yöneticilerin stratejik kararlar vermelerine yardımcı olan bu yöntem ve teknikler genel olarak stratejik yönetim araçları olarak bilinmektedir (Demir ve Uğurluoğlu, 2015).

Yatırımcılar 2002 yılında ortaya çıkan ekonomik kargaşanın varlığı nedeniyle yatırım ortamından geri çekilmişlerdir. Bu durumda yönetim kademesindeki kişiler büyük bir saldırı ve yoksunluk ile karşı karşıya kalmışlardır. Kurumsal yöneticilerin beklenti içerisinde oldukları yardımı bulup bulamadıkları ise merak konusu olmuştur. Bain & Company'nin 2003 Yönetim Araçları anketini uygulamaları ile birlikte, bu araçların kıdemli yöneticiler tarafından kullanım oranında önceki yıla göre artışlar gözlemlenmiştir (Rigby, 2003). Ortaya çıkan krizin yönetiminde olumsuzluklara karşı baş etmeye hazırlanmak ve ortaya çıkabilecek felaketleri en aza indirgemek, yönetim sürecini kolaylaştırmıştır (Sapriel, 2003). Stratejik araçlarla ilgili araştırmalar, örgütlerde stratejik araçlar içerisinde hangisinin kullanıldığına odaklanmış olup stratejik araçların tümünün kullanım düzeyinin daha az ölçüde olduğu anlaşılmaktadır. (Prescott ve Grant, 1988; Frost, 2003; Day vd., 1990; Clark, 1997; Hussey, 1997; Rigby, 2001). Kuruluşların sadece kullandıkları araç gruplarını

tanımaları, kurumların stratejik karar verme süreçlerinde bir dizi çerçeve kullandıklarının kanıtı olarak görülmektedir (Gunn ve Williams, 2007). Stratejik araçlarla ilgili bilgiler genellikle belirli bir stratejik konu bağlamında sunulmaktadır. Stratejik araçlar içerisinde bir araç kullanımı, stratejik kararın tüm yönlerine değinmek yerine, genellikle görevin yalnızca bir bölümüne katkıda bulunduğu için kararlıdır. Bunun yanı sıra, stratejik yönetim araçları, stratejik yönetim süreci içerisinde önemli bir destek rolü oynamaktadır (Frost, 2003). Stratejinin değerlendirilme şekli ile araçları nasıl ve neden kullanıldığı çeşitli düzeylerde düşünülebilir (Ogbonna ve Harris, 2000). Sektördeki araştırmacılar tarafından, stratejik diyaloğu desteklemeye ilişkin stratejik araç kullanımının, önemli kullanılışlık içerdiği ortaya konulmuştur. (Webster vd., 1989; Dyson 1990; Liedtka 1998; Orndoff 2002; Worren vd., 2002).

Graves (1994) 463 şirkete yaptığı araştırmada en popüler yönetim araçlarını misyon bildirileri, müşteri anketleri, toplam kalite yönetimi (TKY) kıyaslama ve yeniden yapılanma araçları olarak belirlemiştir. Araştırma, araç popülerliği ile finansal performans arasında bir ilgileşim ortaya koymuştur. Graves çalışması üzerine kurulan Withrow (1990), kullanılan araçların değerini sıralamak için 500 şirket üzerinde araştırma yapmış ve benzer bir veri seti tespit etmiştir. Gillies (1995) araştırmayı yedi ülkeyi kapsayacak şekilde genişletmiştir. Misyon, müşteri memnuniyeti anketleri ve TKY'nin popüler olduğunu kanıtlayarak benzer sonuçlar elde etmiştir. Bununla birlikte, araştırma, bu araç setinin kullanımının, gelişmiş şirket performansıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Wagner ve Paton, 2014).

Küresel ekonomide ortaya çıkan kriz neticesinde, birçok yöneticide yavaşlama ve düzensizlik baş göstermiştir. İşlerin büyümesi için içteki ve dıştaki örgüte yardımcı güçler zorluklarla baş başa kalmaktadır. Burada işletme yöneticilerinin umutlarını nispeten sabit tutarak, hızlı bir toparlanma beklentisi içerisine girmelerinin aşırı derecede iyimser bir bakış açısı olduğunu kabul etmek gerekir. Daha gerçekçi beklentilerle, yöneticiler yönetim araçlarına daha odaklanmış bir yaklaşım sergileyerek ve daha az stratejik yönetim aracı kullanarak kendi işletmelerini gelir ve kar artışını takip etme yolunda yönlendireceklerdir. Fakat stratejik yönetim araçlarının tamamını kullanmak, daha stratejik bir yöntem olacaktır. 1208 global yöneticinin katılım gösterdiği Bain&Company'nin 14. Yönetim Araçları Eğitim Anketi'nde, katılımcıların çoğunluğu ekonomik koşulların kendi endüstrileri açısından iyileştiği görüşünü ifade etmişlerdir. Ancak bu global yöneticilerin, beklenenden daha fazla yeni zorluk ile karşılaşmaları nedeniyle, güven düzeylerinin 2010'daki son anketten bu yana

dramatik bir şekilde kaybolduğu görülmektedir. Sonuç olarak, ankete katılan yöneticilerin %55'inde 2013'teki hedefleri açısından kazanç sağlamaya ilişkin endişelerin var olduğu saptanmıştır. Aynı dinamik iş dünyasındaki liderler, bilgi teknolojisi, işe alma, sağlık ve vergiler, sürdürülebilirlik, fiyat indirimleri ve ürün farklılaştırması gibi yatırımları zorlayarak gelirlerini arttırmayı planlamaktadırlar. Kazanç hedeflerini karşılamak adına, küçülme ve benzeri maliyet azaltma araçlarından yararlanma, dış kaynak kullanımı, fon kullanımlarına yardımcı olabilmek gibi yönetim araçlarından yararlanılma hedeflenmektedir. Yapılan araştırma sonucunda özellikle Kuzey Amerika ve Avrupa'daki şirketler açısından böyle bir ihtiyacın olduğu kesin şekilde hissedilmektedir (Rigby ve Bilodeau, 2013). Stratejik araç kullanımlarının ise en fazla etkiye sahip olduğu alanın endüstri olduğu ortaya konulmuştur (Tassabehji ve Isherwood, 2014).

İrlanda bağlamında yönetim araçları ve teknikleri kullanım düzeylerine ilişkin Kasım 2002 çalışmasında bir rapor yayınlanmıştır. Yayınlanan raporda İrlanda'daki yönetim araç ve teknikleri kullanımının anlaşılmasına yardımcı olmak için aşağıdaki konu başlıkları rapor edilerek, yönetim pratiği hakkında bilgilendirme sağlanması amaçlanmıştır:

- İrlanda'da faaliyet gösteren kuruluşlar tarafından hangi araçlar ve tekniklerin kullanıldığı
- Bu kuruluşların onları nasıl kullandıkları
- Yöneticilerin bu araçlarla yaptıkları etkiden ne kadar memnun oldukları; yönetim araçları ve tekniklerine yönelik yönetim tutumları.

Yapılan bu çalışmada en çok kullanılan araçların başlıca performans göstergeleri, performans yönetimi ve stratejik planlama olduğu belirtilmiştir. Memnuniyet, kilit performans göstergeleri ve tedarik zinciri entegrasyonu ile en yüksek seviyedeyken, kurumsal kaynak planlama sistemleri ile en düşük düzeydedir (Cullen vd.. 2004). Bununla birlikte, hangi araçların kullanılması gerektiği ve ne zaman uygulanmaları gerektiği daha derinlemesine inceleme gerektiren başka bir alandır (Gunn ve Williams, 2007). Stratejik yönetim araçlarının özel sektörlerce kullanımı hep gündemde olsa bile yapılan araştırmalar göstermektedir ki devletler açısından kamu yönetiminde de kullanımı önemli bir yer edinmiştir (Williams ve Lewis, 2008).

2.2. Sağlık Yönetiminde Kullanılan Stratejik Yönetim Araçları

Demir'in yapmış olduğu araştırmada (2015) hastane yöneticilerinin stratejik yönetim araçlarından hangileri hakkında bilgi sahibi oldukları incelendiğinde, en çok bilgi sahibi oldukları araçların toplam kalite yönetimi, sosyal medya araçları ve internet, misyon ve vizyon ifadeleri, stratejik planlama ile SWOT analizi olduğu görülmüştür. Yöneticilerin en az bilgi sahibi oldukları stratejik yönetim araçları ise değişim mühendisliği, değer zinciri analizi, iş portföy analizleri ve dengeli puan kartı olarak saptanmıştır.

Stratejik yönetim açısından yapılan bu çalışmada kullanılacak olan araçlar;

- Stratejik Planlama,
- Misyon ve Vizyon İfadeleri,
- Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi,
- Dış kaynak kullanımı, Kurumsal Karne,
- Müşteri (Hasta) Bölümlemesi,
- Temel yeterlilik,
- İttifak, Birleşme ve Devralmalar,
- Tedarik zinciri yönetimi,
- Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol,
- Büyüme Stratejisi Araçları,
- Toplam Kalite Yönetimi,
- Küçülme, İnsan Kaynakları,
- Kıyaslama, İşletme Yetenekleri,
- Senaryo ve Acil Durum Planlaması

olarak belirlenmiş ve literatür açısından hepsi tek tek incelenerek derleme yapılmıştır.

2.2.1. Stratejik Planlama

Gelecek hakkında akıl yürütmeye planlama denir. Bu akıl yürütme sonucunda, gelecekteki eylemin amaç ve araçlarının betimlenmesine plan denir. Eylem ve gelecek hakkında akıl yürütmeyi kolaylaştırmak için, bugünden geleceğe uzanan bir zaman takvimine göre hazırlanan, amaç-araç mantık ikilemesi kullanılır (Betz, 2001/2010:252). Stratejik planlama geniş yönetişim gerektirir (Albrechts ve Balducci, 2013). Bununla birlikte örgütün uzun dönemli başarısını belirleyen kararlardır (Eren, 2010:4). Stratejik Planlama, bir organizasyonun uzun vadeli amaç ve hedeflerinin temelinin belirlenmesi, eylem yollarının uyarlanması ve bu amaç ile hedeflerin gerçekleştirilmesi için gerekli kaynakların tahsisidir (Boissoneau vd., 1992).

Kuruluşun misyonunu yerine getirmek ve paydaşları için değer yaratmak amacıyla iç yeterlikleri benimseyen, geliştiren belirli seçilmiş dış fırsatların dinamik kullanımı ile örgütler tarafından uygulanan proaktif, yapılandırılmış bir süreçtir (Trullenque, 2007).

John Bryson'un (1995) yaygın olarak kullanılan stratejik planlama modelinde stratejik planlamayı "bir organizasyonun (veya başka birimin) neyi, ne yaptığını ve niçin yaptığını belirleyen ve yönlendiren, temel kararlar ve eylemler üretmek için disiplinli bir çaba" olarak tanımlamaktadır. Bu kararlar tipik olarak kuruluşun görev, misyon, ürün veya hizmet seviyesi, maliyet, finansman, yönetim veya organizasyon tasarımı ile ilgilidir. (Berry, 2007) Planlama geleceğe odaklanmayı sağlamaktadır (Siess, 2005).

Stratejik planlama sürecinin evrimini Erkut (2009) ise daha farklı ele almıştır. Erkut; stratejik planlama sürecini M.Ö. 340'dan 1900'lü yıllara gelinceye kadar askeri planlama uygulamaları, 1900-1930'a kadar yapmak ve düşünmek ayrımını kavramsallaştırma süreci; 1930'dan 1950'lere kadar kurumsal bütçeleme ve parasal planların ön planda olduğu süreç; 1950'den 1960'lara kadar sınırlı kapsamlı operasyonel planlamanın hakim olduğu süreç; 1960 ile 1965 arası uzun vadeli ve uzak geleceği planlayan süreç; 1965-1970 arası sistem görüşü ve bütünsel yaklaşım, yön belirleme gibi mefhumların etkisi ile gelişen toplu planlama süreci; 1970 ile 1980 arası çevre bilincinin, yol çizme ve yön belirleme olgularının ön plana çıktığı stratejik planlama süreci; 1980 ile 1985 arası açık örgüt, çevre ile etkileşim ve geri bildirimi içine alan planlama yaklaşımı ile stratejik yönetim süreci; 1985 ile 1990 arası alternatif oyun planlarının ön plana çıktığı stratejik senaryolar süreci; 1990-1995 arası

stratejik değerler eksenli gelişen stratejik kültür süreci ve son olarak 1995 yılından sonra kaybolan sınırlar, çevrenin tasarımı ve çekirdek yetkinlikleri baz alan stratejik yetkinlikler süreci şeklinde ele almıştır (Eryiğit, 2013).

Stratejik planlama iş dünyasında 20. yüzyılın ortalarından beri kullanılmaktadır. Planlama, programlama ve bütçeleme sistemleri kavramı 1940'ların sonları ile 1950'lerin başlarında ortaya çıkmış olup, yalnızca iş dünyası ve hükümet tarafından azar azar kullanılmıştır. 1960'lar ve 1970'lerde General Electric gibi önde gelen firmalar, stratejik planlamayı uygulayarak, 12 aylık dönemin ötesinde bir çerçeve sağlamanın ve iş birimlerinin yönetiminde sistematik bir yaklaşımın olmasını desteklemişlerdir. 1980'ler ve 1990'lardaki stratejik planlama, pazar segmentinin belirlenmesi ve bu segmentin kontrol edilmesi için stratejilerin geliştirilmesi yoluyla kârların maksimize edilmesine vurgu yapan, kurumsal pazar planlamasına dayanmaktadır (Zuckerman, 2005:3).

Zuckerman (2000) 'e göre, stratejik planlama kullanılarak bir sağlık kurumu ile daha etkin ve daha uygulanabilir kararlar alınabilir. Sağlık sektöründe geleceği daha iyi görmeye yardımcı olacak olan stratejik planlama yöntemi hedeflerin belirlenmesinde yardımcı olacak, böylece yenilik ve değişim taleplerine daha hızlı cevap verebilecektir. Küresel manada rekabet kavramının giderek daha da artıyor olması ve içinde sağlık kurumlarının da bulunduğu işletmelerin reform eylemlerinin yeniden yapılandırılması gerektiğinden, sağlık kurumlarının yeni rekabet yolları bulması gerekmektedir. Ancak bu durumun gerçekleşebilmesi için, ticari şirketler hangi stratejileri takip etmeli dürtüsü belireceğinden, bu yetilerin gelişmesi için güçlü bir yönetime sahip olmak gerektiği ortaya çıkmaktadır. (Luke vd., 2000) Sağlık sektöründe 1960'lara kadar öngörülebilir bir dış çevre bulunmaktaydı.1970 sonrası başlayan ve o zamandan beri var olan dönemde, içinde barındırdığı "kararsız ve karmaşık" şekilde adlandırılabilecek bie dış çevrenin yönetim açısından stratejik analizi büyük önem taşımaktadır. Değişen bu ortamlarda yapılacak titiz analizler, yenilikçi girişim, öğrenme ve yaratıcı stratejiler öncelik haline gelmiştir (Budak ve Kar, 2014).

Stratejik planlama, sağlık hizmetleri kuruluşları tarafından, 1970'lerden beri, hizmet sunmaya ve nüfusun ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak, belirli aralıklarla kullanılmaya başlanmıştır. 1970'lerden önce hastaneler ağırlıklı olarak bağımsız ve kar amacı gütmeyen kurumlar olup sağlık hizmeti planlaması genellikle il, ilçe veya belediye hükümetleri

tarafından yerel veya bölgesel bir işyerinde gerçekleştirilmekteydi. Hizmet bedelinde, maliyet artı geri ödeme ortamında, resmi bir stratejik planlamaya çok az ihtiyaç vardı. Zaman ilerledikçe bu ihtiyaç giderek artmış ve artık vazgeçilemez bir araç halini almıştır (Zuckerman, 2005:4).

Sağlık sistemleri, sağlık sektörü içerisinde etkili ve kapsamlı yaklaşımlarda bulunmak, sağlığın teşvikine entegre bir şekilde hasta yükü ile başa çıkmak, oluşabilecek hastalıkları önlemek ve bu hastalıkları tedavi etme zorlukları ile karşı karşıyadır. Aynı zamanda sağlık sisteminin seviyesi için olumlu sağlık sonuçları elde edebilmek adına farklı kaynak tahsisleri sağlayarak katma değer yaratılması gerekmektedir. Sağlık sektörü ile diğer sektörler arasındaki maliyetlere etkin bir müdahale yapılabilir, çünkü sağlığın teşviki ve hastalıkları önlemek önemli bir husustur (Dias, 2012). Bu durumları şekillendirebilmek için stratejik planlama ile sonuçlar ve değişimin gidişatı planlanır. Yapılan stratejik planlama gerçekçi olup ortaya net hususlar koymakta ve kaliteli yönetimin aracı olmaktadır. Böylece stratejik planlama hesap verme açısından önemli bir sorumluluğa yola açarak bu sorumluluğu temelden şekillendirmekte ve tüm yapı burada katılımcı konumuna gelmektedir. (Mirze, 2014:7). Üst düzey yöneticiler işletme büyürken ortaya çıkan zorluklar karşısında bir alt yöneticilerin daha katı şekilde stratejik araçları uygulaması gerektiği vurgusu ve yönlendirmesini yapmışlardır. Stratejik planlama ve temel yeterlilikler gibi kanıtlanmış disiplinler 1993'ten beri devamlı olarak üst sıralara yerleşmiştir (Rigby, 2003).

Hofer and Schendel, (1978)' e göre 1950 ve 1960'lar boyunca iş politikasının alanı, kurumsal düzeyde, başta bağımsız olarak tanımlanmış fonksiyonel alan stratejilerini entegre ederek kaynak tahsisi işlemleri yoluyla uzun menzilli planlama ile ilgilidir. Gilmore ve Brandenburg (1962) ise kurumsal uzun vadeli planlama ile birçok akılcı stratejik planlama modelini ortaya çıkarmıştır. Prahalad ve Bettis' in (1986), baskın mantığı portföy çeşitlendirmesi yoluyla riski en aza indirmek ve güçlü rekabetçi pozisyonların konsolidasyonu yoluyla hızlı çevresel değişikliklere uymak, böylece eldeki kıt kaynakların korunmasını sağlamaktır (Day ve Wensley, 1983). Bu, stratejik planlamanın nicel ve kuralcı portföy modellerinin yeni nesil bakışıdır (Sharma, 1999).

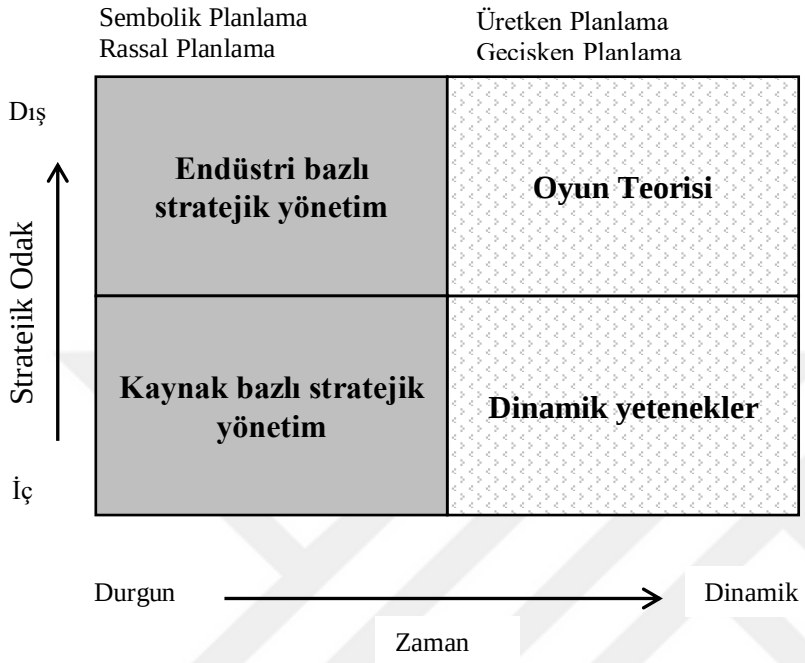
Stratejik planlama, işletmenin uzun dönemdeki yaşamını ve geleceğini önemli derecede etkileyebilecek hususlara odaklanmış bir süreç olarak, dış ve iç çevresel olayları rasyonel ve analitik yollarla inceleyen ve yaşamsal amaçlara uygun yolları belirleyen bir

süreçtir. Bu süreçte yönetimin diğer önemli işlevlerinden olan, sosyal yapılandırma (organize etme) ve yönlendirme işlevleri yer almaz. Bir süreç olarak değerlendirildiği zaman strataejik yönetim;

- "Uzun dönem" deki faaliyetlere ve "nihai sonuçlara" yoğunlaşan bir işletme yönetimi işlevidir.
- Uzun dönemde "yaşamı devam ettirebilmek için" kendisini tehdit eden çevre unsurlarını inceleyerek, uygun önlemler almaya yöneliktir.
- Ayrıca uzun dönemde varlığını sürdürebilmenin ancak rekabet üstünlüğü sağlayacak işler ve faaliyetlerle başarılacağının bilinciyle "sürdürülebilir rekabet üstünlüğü" ve dolayısıyla "ortalama kar üzerinde getiri" elde edilebilecek iş ve faaliyet konularını inceleyerek, işletme için bunları sağlamaya yöneliktir.
- Bu bağlamda stratejik planlama süreci; bilgi toplama, analiz etme ve amaç, hedef ve faaliyetleri belirleme ile ilgili karar vermeyi kapsayan "analitik bir süreç"tir (Mirze; 2014:6).

Stratejik yönetimin başarılı ve etkin şekilde işletme faaliyetlerine entegre edilmesi, sadece stratejik kararların alınması, stratejilerin oluşturulması ile değil aksine alınan kararların, uygulanması planlanan stratejilerin hayata geçirilmesi ile mümkündür. Uygulanmayan stratejiler kağıt üzerinde yazılı kalmaktan öteye gidememektedir. Bu noktada stratejilerin oluşturulması kadar stratejilerin uygulanması da son derece önemli bir stratejik yönetim aşaması olarak kabul edilmektedir. Hatta en kritik safha da denilebilir çünkü stratejilerin aslında örgüte ne kadar uygun oldukları, stratejileri uygulamaya koyacak yöneticilerin ve/veya liderlerin var olup olmadıkları, gerek örgütün gerekse yönetici ve liderin gerekli beceri veya yetkinliklere sahip olup olmadıkları bu aşamada kendisini belli etmektedir (Okumuş vd. 2012:299). Amaçlanan stratejilerin, şirketlerin nasıl yapılandırılacağına, normların ve çalışanların nasıl teşvik edileceğine dair çıkarımları olmasına rağmen her şeyin düşünülenin tam tersi yönde ilerleyebileceği olasılığına da açık olması gerekmektedir. Burada şirketin yapılandırılma şekli ve egemen kültürü, üyelerinin dünyayı nasıl gördüğü ve kendilerine açık olan strateji kararları nasıl değerlendirdiklerini etkileyebilmektedir (Grant ve Jordan, 2012/2014:414).

Şekil 2.1. de stratejik yönetimin dört temel modeli gösterilmektedir. Zegveld'den uyarlanan bu model (2006), stratejik planlamanın dört boyutunu da içermektedir (Brews ve Purohit, 2007).



Şekil 2.1. Stratejik yönetim ve planlamanın genel modelleri

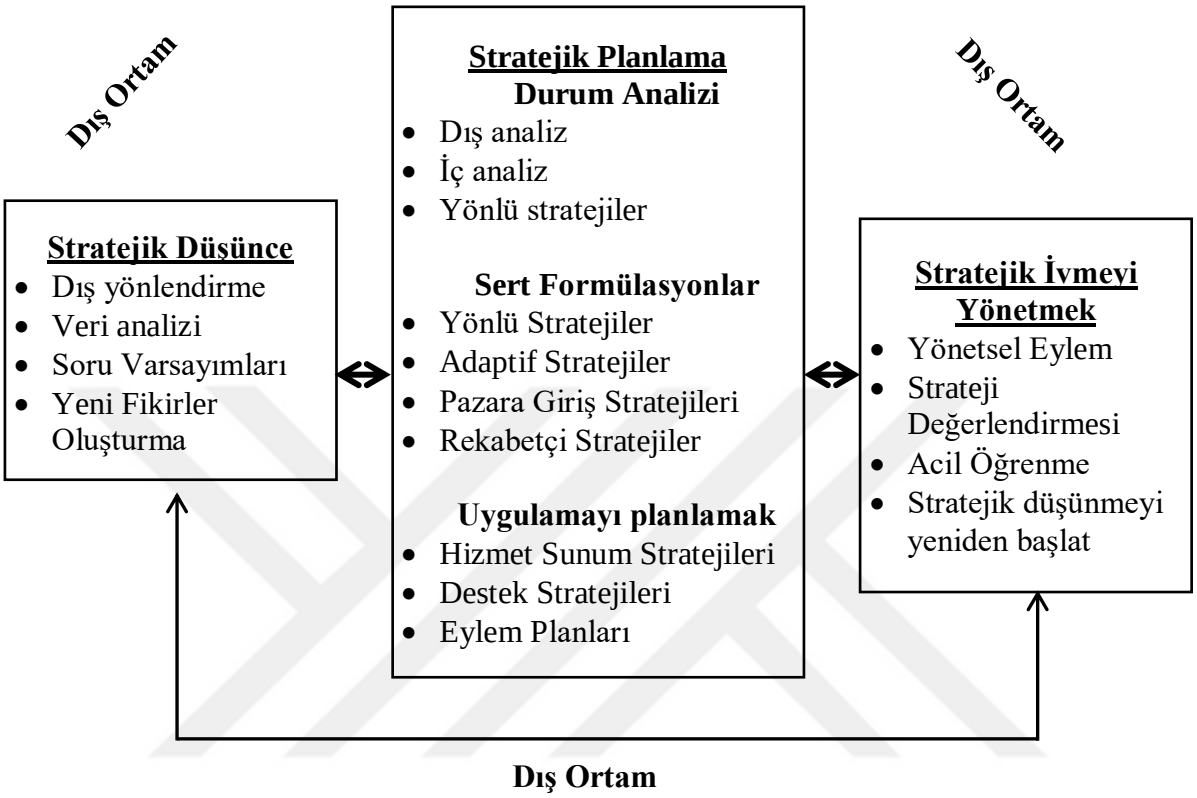
Kaynak: Brews P. and Purohit D. (2007) Strategic planning in unstable environments, Long Range Planning 20: 64–83.

Endüstri temelli stratejik yönetim, doğrudan doğruya sanayi organizasyon teorisi ile ilintilidir. Michael Porter'ın düşünce okulunun odak noktası, firmalar arasındaki dış rekabet ve endüstri çekiciliğidir. Endüstri temelli stratejik yönetimde, teknolojinin kendisi başarılı bir stratejinin belirleyicisi olmamakta, aksine bir endüstrinin çekicilik durumu veya firmaların bu endüstri içindeki konumu daha fazla önem arzetmektedir (Zegveld, 2006). Analiz şu an olduğu gibi çevreye ait olduğu için zaman durumu büyük ölçüde statiktir (Tassabehji ve Isherwood, 2014). İş bağlamında, kararların önemli öngörüleri olmalıdır; Bununla birlikte, stratejik planlamanın tuzaklarından biri, esnek olmayan plnlı kararları barındırması yönüyle, çevre içindeki değişiklikleri hesaba katmıyor oluşudur (Morecroft, 1983).

Birçok sağlık kuruluşu, yeni strateji veya hedefleri kendilerine uygun olmadığından değil, stratejik değişikliği kurumlarında uygulamayamadıklarından başaramamaktadırlar (Caldwell ve ark. 2008). Sağlık kuruluşlarında stratejik değişim kısa sürmektedir, çünkü kuruluşlar çoğu zaman kendi stratejilerini doğru bir şekilde yerine getirememekte, pazar ekosisteminde kazanmak için gerekli yetenekleri ve yönetim süreçlerini etkinleştirmektedirler (Edwards vd., 2017). Planlama olarak strateji formülasyonunda stratejinin amacı, düzen oluşturmak ve geleceğe düzenli, açık ve belirli bir yol oluşturmaktır (Montuori, 2003). Planlama, uygulamayı devamlı olarak birleştiren bir uygulama stratejisinin parçası olabilmekte ve çoğu zaman da bu uygulama geçerli olmaktadır (Bryson vd., 2017). Planlama ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi birkaç paylaşılan göstergeye indirmeye yönelik herhangi bir girişimin başarısız olacağı anlaşılmaktadır. Sorun, sağlık sisteminde kalkınma seçenekleri ile alternatif sağlık gelecekleri arasındaki eşsiz ilişkiyi anlamaktır (Crawford vd., 2010). Ayrıca stratejik planlama konusunda dış danışmanlar, sağlık kuruluşlarında stratejik planlama kullanımını artırabilecek başka kaynaklardır (Clark ve Boissoneau 1999).

Stratejik planlama, operasyonel performansı artırmak için çeşitli iş alanlarında kullanılan bir süreçtir. Stratejik planlama, bir organizasyonun misyonunu tanımlaması, yönünü belirlemesi, birleşik bir yaklaşım geliştirmesi, uzun ve kısa vadeli hedeflere öncelik vermesi, hesap verme sorumluluğunun ataması ve finansal kaynakları tahsis etmesi (Vetter vd., 2001) gibi metodik ve yapılandırılmış bir süreçtir. Geleneksel olarak kar amacı gütmeyen şirketler, hangi ürünleri sunacakları ve hangi pazarda rekabet edebilecekleri gibi konuları ele alarak, müşterilere nasıl değer yaratabileceklerine karar vermek için stratejik planlama kullanmaktadırlar (Campbell ve Alexander, 1997). Stratejik planlama yapabilmek için stratejik yönetim haritasına da ihtiyaç vardır. Stratejik yönetim haritası, yöneticiler için hem analitik hem de acil görüşlerini açıklayan bir model olacak şekilde sunulmuştur. Bu stratejik düşünce haritası, stratejik sağlık yöneticileri için genel bir model oluşturmaktadır. İlişkiler ile ana bileşenleri organize ederken aynı zamanda genel çerçeveyi organize etmektedir. Şekil 2.2. de gösterildiği gibi, stratejik yönetimin 3 unsuru vardır. Bunlar; stratejik düşünme, stratejik planlama ve stratejik ivmeyi yönetmektir. Bu sıralanan faaliyetler birbirlerine bağlı konumdadır. Bu bakımdan her bir faaliyet diğer bir faaliyetin alanını etkilemekte ve kendiside diğer faaliyetlerden etkilenmektedir. Stratejik yöneticiler, değişen çevrenin değerlendirilmesi, veri analizi varsayımlarının sorgulanması ve yeni fikirler geliştirme becerisi ile stratejik düşünür olmalıdırlar. İlave olarak, stratejik planlama

yoluyla bir eylem planı geliştirebilir ve belgeleyebilir olmalıdırlar. Stratejik planlama, stratejik planı oluşturan bir karar verme ve dökümantasyon sürecidir (Swayne vd. 2008:12).



Şekil 2.2. Stratejik yönetimin stratejik düşünme haritası

Kaynak: Swayne, L. E., Duncan, W. J., and Ginter, P. M., (2008) Strategic Management of Health Care Organizations, John VViley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, VVest Sussex PÜ19 8SQ, England ss 7 - 13

Bir strateji planı geliştirildikten sonra, stratejik yöneticiler kuruluşun stratejik ivmesini yönetmelidirler. Stratejik yöneticiler, stratejik planı gerçekleştirmeye çalışırken başarılarını değerlendirir, çalışanlar hakkında daha fazla bilgi edinir ve böylece yeni stratejik düşünceyi birleştirirler. Şekil 2.2'deki çift başlı okların gösterildiği gibi, modelin herhangi bir unsuru başka bir öğenin yeniden düşünülmesini başlatabilir. Örneğin, uygulamayı planlamak, strateji formülasyonuna bir göz atmayı gerektiren yeni bilgiler sağlayabilir. Benzer şekilde, stratejik ivmeyi yönetmek, uygulama planlaması, strateji formülasyonu ya da durum analizi için yeni bilgiler sağlayabilir. Stratejik yönetimin 3 unsuru olan, stratejik düşünme, stratejik planlama ve stratejik ivmeyi yönetme kavramları arasındaki ayrım

önemlidir ve gerçekten stratejik olarak yönetilen organizasyonlarda bu üç etkinlik yapılmalıdır. Bu nedenle, modelin her aşaması daha derinlemesine inceleme gerektirmektedir (Swayne vd. 2008:13).

Sağlık araştırması bulgularını planlama politikası arenasına getirmek (Giles-Corti ve Whitzman, 2012) ve birbiriyle bağlantılı değişikliği etkilemek için, sektörler arası politika işbirliğini desteklemek zordur (Mendoza vd., 2012). Ayrı ve koordineli olmayan çalışma biçimlerini tersine çevirmek için, "kötü" sorunların dünyasında gittikçe artan çalışma zorluklarına, birlikte çalışma zorluklarına da eklenince haliyle başarısız olunmaktadır. Bu sebeple planlama ve sağlığın etkin bir şekilde uyumlaştırılmasına yönelik etkili yollar geliştirilmelidir (Kent ve Thompson, 2012:10). Uzman Planlama Grubu, sağlığın yeni planlama mevzuatının objektif olarak her kesimce tanınması gerektiği hususunda birleşmiştir. Burada planlama ile hukukun biçimlendirdigi her şeyi etkileme gücü oluşmaktadır (Thompson, and McCue, 2016).

Planlama, katılım ve iletişimin iki özelliği ile bütünleyici bir mekanizma olarak varlığını artırmaktadır. Katılım, yani stratejik planlamaya tümden katılım, farklı grupların ortak bir hedefe olan bağlılıklarına bilgi verici, duygusal ve motive edici etkilere sahiptir. İletişim, yani stratejik planlama hedefinin iletişimi (Mintzberg, 1994:35) planlamada hedef belirsizliğini azaltmaktadır. Çünkü çalışanlar etkin bir iletişim yoluyla örgütün elde etmeye çalıştıklarını bilmektedirler. Planlama sürecinin bu bütünleştirici etkileri üzerine, Ketokivi ve Castañer (2004) her ikisinin de kullanıldığında entegrasyon etkilerini arttıran iletişim ve katılım arasında tamamlayıcı bir ilişkiyi ortaya koydular (Jarzabkowski, ve Balogun, 2009). Toplumu ve sorunlarını bir bütün olarak görmek; hedefleri belirlemek, öncelikleri düzeltmek, yeni yaklaşımlar geliştirmek, bunları harekete geçirmek ve performansı yerel standartlardan ziyade, ulusal olarak değerlendirmek planlamanın önemli unsurlarıdır (Shoshkes ve Adler, 2009).

Kamu sektöründe hedeflere dayalı bir stratejik planlama süreci, ayrıntılara girme derecesi, verilere dayanan kapsamlar, dışarıdan yönetilme derecesi ve hangi tarafın tahrik edildiği de dahil olmak üzere çeşitli boyutlarda farklılık göstermektedir. Kamu sektöründe stratejik plan geliştirenlerin çoğu, "geleneksel" stratejik planlama sürecini, yani görev ve değerlerin açıklığa kavuşturulması, bir başarı vizyonunun geliştirilmesi, çevresel tarama ve harici güçlerin değerlendirilmesi gibi unsurları kullanmaktadır (Poister, 2005). Kamu

sektöründe stratejik planlama ve yönetim konusundaki yazarlar, kamu ve özel sektördeki stratejik yönetim farklılıklarını vurgulamışlar ve kamu sektörünün stratejik planlama ve yönetim için bazı özel engeller sunduğunu belirtmişlerdir (Ring ve Perry, 1985:276). Bununla birlikte, stratejik planlama çeşitli nedenlerle her zaman başarılı olmayabilir. Stratejik planlama, durumların değişmiş olması, hedeflerin aşırı hırslı olması, kaynakların mevcut olmaması, temel varsayımların gerçekçi olmaması, sürecin personele düzgün şekilde iletilmemiş olması, belirli faaliyet veya taktikler üzerinde uyumsuzluk gibi birden fazla nedenden ötürü istenen sonuçları üretemeyebilir (Siess, 2005).

Politika belirsizliği, çoğunlukla politika oluşturma sürecinde rekabet eden koalisyonlara ve uyumsuz program hedeflerine bağlı olarak, sonuçlar için açıkça ifade edilen stratejileri kurmayı zora sokmaktadır. Kamu kesiminin karar verme süreci genellikle artımlıdır, bu nedenle stratejiler mevcut politikalardan radikal bir şekilde ayrılmak yerine, mevcut stratejilerin ufak değişikliklerine dayanır. Burada verilen kararlar, belirli keskin yönlere doğru strateji yönelimli olmaktan çok süreç odaklı olabilir. Kamu kuruluşları çok çeşitli menfaat sahipleri ile karşı karşıya olduğundan kamu kuruluşlarının politik süreçteki gücü önem arz etmektedir. Kamu kuruluşlarında, stratejik planların uygulanması ve plan üretimi için gereken zaman, seçim döngülerinin varlığı, yetenekli kişilerin gitmesi sonrası oluşan makam boşluğu, koalisyonlardaki kararsızlar, gündemin sürekli değişmesi ve mevcut makamların süreleri gibi durumlar nedeniyle stratejik plan oluşturmada kısıtlama yaşanmaktadır (Berry, 2007).

Stratejik planlama ile ilgili yapılan araştırmalar göstermektedir ki; yöneticiler, stratejik planlamanın, kuruluşlarının etkinliği için yararlı olduğuna inanmaktadırlar (Berry ve Wechsler, 1995).

Strateji aşağıdaki üç temel soruyu ele almaktadır:

1. Neredeyiz?

2. Nereye gitmek istiyoruz?

3. Oraya nasıl ulaşmayı planlıyoruz?

Bu soruların ilk ikisi misyon beyanını özetlemekte veya en azından bu anlatımı içermelidir. Üçüncüsü şirketin eylem planı boyunca geliştirilmektedir. Planlar, "Şimdi neredeyiz?" ve "Nereye gitmek istiyoruz?" arasındaki boşluğu doldurduğunda, uygulamanın muhtemel olduğu ortaya çıkmaktadır, çünkü içerdikleri hedefler stratejistlerin gerçek umutlarına ve hayallerine bağlıdır (Carol,1998:27).

Amerika Birleşik Devletleri Florida eyaletinde Huang ve Berry (1995)'nin stratejik planlamaya ilişkin yapmış oldukları bir çalışmaya göre hemen hemen tüm yöneticilerin (%94), stratejik planlama sürecine olan bağlılıklarını dile getirdiklerini ve stratejik planlamanın örgütsel etkilerini olumlu değerlendirdiklerini tespit etmişlerdir. Florida devlet kurumları hakkındaki çalışmasında Huang (1997), etkili stratejik planlama sistemlerine sahip işletme yöneticilerinin stratejik planlamanın olmadığı işletme yöneticilerine göre kurumu dış ve iç değişimlerle daha esnek hale getirdiğini ortaya koymuştur.

Stratejik planlama, geleneksel, uzun menzilli kurumsal planlamadan önemli ölçüde farklıdır. Bruton ve ark. (1995), çoğu hastanenin bir şekilde uzun vadeli planlama sürecine sahip olduklarını vurgulamışlardır. Bunu destekler nitelikte Perlin (1972) hastanelerin %96'sının kurumsallaşmış uzun menzilli planlamaya sahip olduğunu tespit etmiştir. Geleneksel uzun menzilli planlar, yerinde program ve stratejileri izlemek ve bunları kontrol etmek, ayrıca düzenleyici gereksinimleri karşılamak için kullanılmaktadır (Mintzberg ve Waters, 1982). Her ne kadar bu tür planlar değerli ve gerekli olsa da, genellikle değer yaratarak sürekli rekabet avantajı sağlayan anlayışlar ve ilişkiler üretmek için uygun değildir. Proaktif stratejik planlama süreçlerini başlatan hastanelerin sayısı ise bilinmemektedir (Bruton vd., 1995). Birçok kurumun, uzun vadeli planlama sürecine sahip olmasına karşın, strateji planlamasında hata yapması nedeniyle daha da karmaşık hal aldığı görülmektedir (Schwartz ve Cohn, 2002).

Stratejik planlama kesinlikle güllerden oluşan bir yatak değildir. Özellikle organizasyonun değişik seviyelerindeki üyeler tarafından, yatırım yapılan zaman ve miktarın da pahalı olması ile durum çok sıkıcı ya da zaman kaybı gibi görünebilmektedir. Stratejik planlama ile çalışan farklılıkları ortaya konulduğu gibi, yaşanan veya yaşanması muhtemel çatışmaların neler olabileceği de ortaya konulacağından, önlem alabilme imkanı sağlanmaktadır. Yine iyi bir stratejik planlamaya rağmen bir organizasyon başarısızlığa uğrayabilmektedir. Bununla birlikte, değişen veya çalkantılı ortamlarda, planın

bulunmaması durumunda ise başarısızlık riski açıkça daha fazladır (Ferna´ndez ve Trullenque, 2010).

2.2.2. Misyon ve Vizyon İfadeleri

Vizyon, kuruluşun "stratejileri başarılı bir şekilde uyguladıktan ve potansiyelinin tamamına erişmesinden sonra" neye benzeyeceğinin bir açıklamasıdır (Bryson, 1995).

Sağlık kuruluşunun nihai amacını, yani var olma nedenini tanımlayan yazılı bir bildiriye misyon denir (Riquelme ve Montes, 2011). Klasik olarak, bu ifade organizasyonun genel amacını, hedef müşterileri, sunulan hizmetleri, ayırt edici özelliklerini, sağlık kuruluşunun faaliyet gösterdiği coğrafi bölgeyi ve bazen de çalışma şeklini tanımlar. Misyon bildirimi kısa, net ve öz olmalı ve içeriği tüm sağlık kuruluşu tarafından paylaşılmalıdır. Örgütün ayırt edilmesini ve tanımlanmasını engelleyebilecek herhangi bir belirsizlik ve sıradanlık olmamalıdır. Misyon bildirisinin tüm çalışanlara etkili bir şekilde bildirilebilmesi için sağlık kuruluşunun geneline yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bu anlamda, başarılı bir gelişme ve yaygınlaştırmanın ardından, sağlık kuruluşu içindeki uyum için bir toparlanma noktası haline gelebilir. Buna ek olarak müşterilere, bir göreve ve alıcılara yönelik taahhütlerin resmi bir bildirgesi olarak görev bildirimi hakkında bilgi vermelidir (Pereraa ve Peiro, 2012).

Vizyon, organizasyonun gelecekte ulaşması istenilen durumunu anlatan genellikle kısa ve iddialı ifadedir. Vizyon ifadesinin genellikle etkileyici ve kısa bir cümle olmasına karşın misyon ifadesi, örgütün temel amacını ortaya koyan ve çesitli unsurları kapsayan daha uzun bir cümle yada cümleler grubundan oluşur (Kılıç ve Erkan, 2006). Bir organizasyonun büyümesinin bir noktasında, planlama süreçleri resmileştirilir. Bu, bir misyon ifadesinin kelimeler haline getirildiği ilk zaman olabilir. Bir misyonun dile getirilmesi, üst düzey yöneticileri, firmanın mevcut yönü ve geleceği ile ilgili bazı önemli konularla başa çıkmaya zorlar. İyi yazılmış bir misyon beyanı, bir örgütün anlamını ve amacını iç ve dış paydaşlarına iletmek için mükemmel bir araç olabilir (Enz, 2009:93).

Teorik olarak, misyon ve vizyon ifadeleri, üyelerin karar ve davranışlarını şekillendirmeli, aynı zamanda örgüt üyelerini ortak bir nedene yönlendirmelidir. Yapılan çalışmaların çoğu, hem kuruluşlar hem de çalışanlar için net ve çekici bir misyon ve

vizyonun önemli faydalarını ortaya koymaktadır (Swords ve Rogers, 1995). İdeoloji ve kurumsal kültür taşıyıcıları olarak misyon ifadeleri, çalışanların örgüte karşı duygusal bağlılıklarını ortaya çıkarmaktadır (Campbell ve Nash, 1992). Meredith'in (2004) belirttiği gibi, "Bir işin bir vizyonu yoksa bir rüyası da yoktur." Vizyon kuruma yön vermeye, kurumun hayatta kalmasına ve çalışanları motive etmeye yardımcı olur. Etkili bir vizyon ile, işyerinde iş doyumu, örgütsel bağlılığın sağlanmasına yardımcı olurken diğer taraftan da düşük ciro ve rol belirsizliği, işyerinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın ortadan kaldırılmasına katkıda bulunabilir. Bir vizyon, organizasyonu bir arada tutmaya yardımcı olurken (Orton ve Weick, 1990), bütünleşmeyi de teşvik etmektedir (Tsai ve Ghoshal, 1998).

Sağlık kuruluşları son derece karmaşık olup, herkese klinik ve idari davranışları yönlendirecek politikalar ve yönergeler sağlamak imkansızdır. Bir kuruluşun temel değerleri, önemli kabul edilen davranış standartlarını belirleyebilmektedir. Ne yazık ki, misyon, vizyon ve değerlerin önemi, liderlerin çoğu tarafından strateji, operasyonlar ve yapı gibi diğer konulardan daha az ilgi görmektedir (Ginter vd., 2013: 187).

Görev bildirileri açısından en çok uygulanan ve tartışılan yönetim araçlarından biri haline gelmiş olmasına rağmen, misyon kavramının kesin ortaya çıkışını anlamlandırmak çok zordur. Muhtemelen misyon ifadesi tarihsel olarak daha büyük örgütsel hedef kavramına dayanmaktadır. Örgütsel hedef kavramı, bir organizasyonun başarıyla işleyişi için kritik olan örgüt üyesi amaçlarının ötesinde, belirleyici bir hedef veya amaç olduğunu varsayar (Boyd ve Levy, 1966).

"Misyon Bildirimi" terimini kullanmadan Jones (1960), her organizasyonun fikirlerini kapsayan bir çerçeveye ihtiyaç duyduğunu belirterek misyon beyanı konseptini şöyle tanımlamıştır: (a) büyük, uzun vadeli, daimi hedefler veya geçici hedefler (b) bunlara ulaşma araçları hakkında bir fikir. "Misyon Bildirgesi" kavramının hazırlanması ve yaygınlaştırılması sürecini 1970'lerin başında Peter Drucker'in gündem belirleme çalışması tetiklemiştir. Drucker, ticari misyonların önemini vurgulamış ve misyon bildirilerinin örgütsel hedeflere ve amaçlara dikkat çekmek için bir yönetim aracı olarak geliştirilmesi konusunu ele almıştır (Klemm vd., 1991). Drucker'ın eserlerinde ortaya koyduğu savlar incelendiğinde bir organizasyonun adı, tüzüğü ya da ana sözleşmesiyle değil, misyonuyla tanımlanması gerektiğine ilişkin önermesi dikkat çekmektedir. 1980'lerde çeşitli yazarlar (Band, 1985; McGuire ve Chamberlain, 1984; Truskie, 1984) Drucker'ın fikirlerini öne

çıkarmışlar ve misyon ifadelerinin akademik dünyaya girmesine yardımcı olmuşlardır. Örneğin Lundberg (1984), misyon ifadelerinin gerekli olduğunu kabul etmekte ve yönetim literatüründe, misyon ifadelerinin hedefleri, politikaların üzerine taşıyan temel taşlar olduğunun kabul edildiğini belirtmektedir. Sonraki yıllarda, misyon ifadeleri, uygulayıcıların dünyasını fethederek kâr amacı güden ve gütmeyen kuruluşlardaki en popüler yönetim araçlarından biri olmuştur (Rigby, 2001). Çalışmalar, kamu ve kar amacı gütmeyen kuruluşların, sağlık hizmeti sunucuları, huzurevleri dahil olmak üzere çoğunluğunun bir misyon bildirisi geliştirdiklerini göstermektedir. Kamu kurumlarının, kâr amacı gütmeyen gençlik ve rekreasyon servis organizasyonları ve kütüphaneler ile resmi bir misyon beyanında bulunan örgütlerin "topluluğuna" katıldığı görülmektedir (Rainey ve Steinbauer, 1999).

Paydaşlar ve SWOT analizleri, organizasyonun karşılaştığı konuları vurgulamaktadır. Kuruluşun nasıl gelişeceğine ilişkin gelecek senaryoları, bir kuruluşun şu an nerede olduğu bilgisi ile olası gelecekte nerede olabileceği bilgisi arasındaki farkın değerlendirilmesinden ortaya çıkan stratejik konuları belirleyebilir (Eden ve Ackermann, 1998). Örgütün misyonuna (ve değerlere ve vizyona) ulaşmasını engelleyen durumları veya misyonun başarılmasını teşvik edecek konulara ilişkin tartışmaları, stratejik konular ile halletmeyi önermektedir. İşgören ve paydaşlar, bir kuruluşun amaç ve değerlerini, sorun çözme ve örgütlenmeyi ilerletme konusunda neler yapabileceklerini bilmelidirler (Berry, 2007). Önemli hedef belirsizliği bulunan kamu kurumları, yönetim yeniliklerini strateji ve uygulama konusunda zorlanmaktadırlar (Wechsler vd., 1997).

Vizyon deyimi, dönüşüm sürecinden sonra sağlık kuruluşunun gelecekteki imajını gösteren yazılı bir dildir. Vizyon işletmenin dışavurumunun içeriği olup, sağlık kuruluşunun spesifik olarak geleceği arzuladığını ortaya koymalıdır. Aynı zamanda ilham kaynağı olmalı ve sağlık kuruluşu üyeleri tarafından paylaşılmak üzere çekici ve motive edici bir meydan okuma oluşturmalıdır. Öyleki vizyon üyeler tarafından başarılabilir ve gerçeğe dönüştürülebilir olarak düşünülmeli ve heyecan uyandırmalıdır. Görev beyanında olduğu gibi, vizyon ifadesi olabildiğince kısa ve iyi tanımlanmalıdır; böylece sağlık kuruluşu üyeleri, organizasyonun gelecekte neler yapmak istediğini açıkça görselleştirebilir. İyi formüle edilmiş ve yaygın olarak paylaşılan bir vizyon ifadesi, sağlık kuruluşlarının tüm üyelerine güçlü bir etki yaparak, projelerin nereye gittiğini yöneticiler veya sağlık kuruluşu üyelerince açıkça görebilme imkanı sağlamaktadır(Pereraa ve Peiro, 2012). Vizyon

hakkındaki tartışma, bir misyon ifadesinin geliştirilmesine yönelik ilk adımdır. Bu, şirketin niyetini ve amacını belirten gelecekte şirketin ne elde etmek istediğini açıklayan kısa bir yazılı ifadedir. Vizyona göre farklıdır çünkü beş yıllık bir döneme hitap eder ve geleceğe yönelik büyük fikirleri daha özellikli faaliyet alanlarına odaklama girişimidir. Bu, umutları, hayalleri ve hırsları daha somut ve günlük yaşam için geçerli kılmayı amaçlar. Misyon Beyanı, şirketin uzun vadeli hedeflerinin bir özetidir ve iş boyunca ortak bir yöne bağlılığı teşvik etmek için kullanılabilir (Carol, 1998:23).

Örgütsel uyum, stratejik hedefler ve kültürel değerlerin karşılıklı olarak destekleyici olması ile, bir kuruluşun kilit bileşenlerinin birbiriyle bağlantılı ve uyumlu olması durumunda ortaya çıkmaktadır. İnsanların günlük faaliyetleri ile davranışları misyon, strateji ve değerlerle tutarlı olmalıdır (Tosti ve Jackson, 2001). Bu, herkesin aynı safta olmasını ve birlikte çalışarak aynı yönde hareket etmelerini sağlama sürecidir. Sağlık sistemimizde var olan "atık"ların çoğu yanlış hizalanmış hizmet unsurlarından kaynaklanmaktadır. Kaynaklar giderek daha fazla kısıtlanır hale geldiğinde, daha iyi eşgüdümü ve daha yüksek verimliliği sağlayacak yollar bulmak, her zamankinden daha önemlidir. Değişen yüksek değerli sağlık hizmeti modelleri, geçmişin yaygın yanlış duruşlarına dayanmaz. Sağlık liderleri, işletmelerinde bölümsel, kültürel, örgütsel ve endüstriyel ayrımları ve bunlar arasında köprü kurma becerisini geliştirmelidir. Engelleri parçalamayı öğrenmeli ve geleneksel sınırları aşmalıdırlar (MacLeod, 2016).

Bir organizasyon içindeki her seviyede yeniliği teşvik etmek için, yenilik kültürünün üst düzey liderlik tarafından oluşturulması ve sürdürülmesi gerekir. Yenilik odaklı bu kültür, organizasyonun kimliğini ve özlemlerini kuruluşun iç ve dış paydaşlarına ileten, vizyon, misyon ve değer tablolarına yansıtılır (Carlson, 2006). Bu ifadeler inovasyon davranış ve faaliyetleri için anlamlı bir yol gösterici olduğu gibi motive etme gücüne de sahiptir. Tipik bileşenler mükemmellik, kalite, hasta odaklılık, etik ve sosyal sorumluluk konularını içermekte ve çalışanlar açısından inovasyonu, vizyon, misyon veya değerler yoluyla itici güç olarak gördüğünü göstermektedir (Duarte vd., 2014).

Sağlık sektörü hızlı bir değişim geçirdiğinden hekimin stratejik planlamaya katılımı zorunludur. Hastanelerin mali performansına bakılacak olursa, yakın geçmişte edinilen sonuçlara göre hekimlerin stratejik planlamaya katılımları en düşük seviyededir (Friedman ve Draper 2001). Geçmişte bir doktor uygulama grubu ya da hastane, performans, kârlılık

ve itibarına tampon hale getirmek için, zorlukların boyutuna ve coğrafi yalıtıma dayanabilirdi. Bununla birlikte, sağlık hizmetleri bir piyasa ekonomisine girdiğinden, hizmet değeri (kalite / maliyet) ve operasyonel etkinliğin önemi ön plana çıkmıştır. Buna karşılık, birçok büyük sağlayıcı (yani, hastaneler ve doktor uygulamaları) kârsız servis hatlarını parçalayarak temel hizmetlerini yeniden yönlendirmektedir. Geri ödeme ve maliyet baskısı yoğunlaşırken ve gerekli kaynaklar giderek sınırlı hale gelirken (Katz ve Zavodnick, 1983) geleceğini tanımlamak istemeyen hekimler ve sağlık kuruluşlarının yerine başkaları bu tanımlamayı yapacaktır. (Biebuyck ve Ziegenfuss, 1992).

Rindler (1984)'e göre, stratejik bir maliyet yönetimi felsefesi, organizasyonun tüm yönlerini kapsar, çünkü sürekli olarak tüm organizasyon düzeylerinde uygulanmalıdır. Dolayısıyla her müdür, hekim ve çalışanın yaratıcı yetenekleri ve aktif girdileri harekete geçirilmelidir. Yakın zamana kadar yoğun çalışan hekimler, çalıştıkları sağlık kuruluşlarının stratejik planlama kararlarına nadiren karışmışlardır. Bununla birlikte, hekimin stratejik planlamaya katılımı hekimlerin klinik hedefleri gerçekleştirmek ve hatayı en aza indirmek için günlük olarak uyguladıkları becerilerin doğal bir uzantısıdır (Ausman, 1995). Aynı şekilde tedavi algoritmaları klinisyenleri en iyi sonuçlara ulaştırmaya yönlendirmektedir (Rohrich, 2000). Bu sonuçlara ulaşma noktasında bir organizasyon için stratejik plan, istenen gelecek bir ülkeye yol haritasıdır (Hansen, 1999). Hekimler hastanede ve uygulamalarında sağlanacak hizmetleri, sağlanan hizmetlerin kalitesini, hizmet yerleri ve dağıtıcı hekimlerle olan ilişkileri değerlendirmek için stratejik planlama kullanabilirler. Düzenli olarak operasyonel geri bildirim alma ve sunma sürecini kurumsallaştırmak sürdürülebilir bir performans gelişimi sağlayabilir. Bu bakımdan hekim liderleri stratejik planlama alışkanlığını geliştirmelidir (Beckham, 2000). Mevcut ekonomik problemler için basitçe çalışmak geçerli ya da sürdürülebilir bir yöntem değildir (Friedman ve Draper 2001). Stratejik planlama düşünceli bir şekilde uygulandığında, doktorların daha zor olmaktan ziyade daha akıllıca çalışmasını sağlayabilmektedir (Schwartz ve Cohn, 2002).

Sonuçta, sağlık kuruluşları için stratejik karar verme üst yönetimin sorumluluğundadır. Baş yönetici, organizasyonu geleceğe yerleştirme konusunda seçkin bir sorumluluğu bulunan stratejik bir yöneticidir. Lider bir vizyona etkili bir şekilde katılmak için ilham verebilir, organize edebilir ve uygulayabilir hatta vizyonu korumak adına fedakarlıkta bulunabilir. Sonuç olarak, lider bugün yapılması gerekenleri ve neyi bekleyeceklerini belirleme yeteneğine sahip olmalıdır. Baş yönetici, stratejik yönetimi tam

olarak anlamıyor veya sadakatle desteklemiyorsa, statejik yönetim gerçekleşmez (Swayne vd. 2008:7).

2.2.3. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri (Hasta) İlişkileri Yönetimi

Kurumsal yönetişim kavramına açıklık getirmeden önce "corporate governance" kavramının tercümesi olarak neden "kurumsal yönetişim" kavramının seçildiği açıklanmalıdır. Oxford Sözlüğü'ne göre governance bir devleti ya da örgütü yönetme biçimi olarak açıklanmıştır. Tanımından da anlaşıldığı gibi governance bir örgütün ya da kurumun yönetilmesidir. Ancak "governance" kelimesi corporate (kurumsal) kelimesi ile birleştiğinde kavrama bir "kendi kendinelik" eklenmektedir. Kavramın tanımından da görüleceği üzere hissedar ve paydaşların sürece dahil edilmesi onun etkileşimi de içinde barındırdığını açıklamaktadır. Dolayısıyla kurumun kendisi, kendi yönetimini farklı paydaşlarla iletişime geçerek ve kısmen de olsa kurumsal yönetim ilkelerinde onlara yer vererek sağlamaktadır. Dolayısıyla tıpkı corporate communication (kurumsal iletişim) kavramında olduğu gibi kurumun hem iç hedef kitlesi hem de dış hedef kitlesi ve paydaşları ile olan yönetim süreçleri söz konusudur. Bütün bu yönetim süreçlerinin bir arada kullanıldığı kavram ise kurumsal yönetişimdir. Kavramın "kurumsal yönetim" olarak kullanılması daha baştan gerçekleştirilecek uygulamaların tek taraflı olduğu izlenimi yaratmaktadır. Saklı' (2012)'ye göre; kavramın etkileşimi barındırması, sürecin sosyal paydaşlarla beraber gerçekleştiğini ortaya koymaktadır. "Yönetişim 'birlikte yönetme' anlamını öne çıkaran yeni bir anlayış olarak belirginleşmektedir. Buna göre, toplumsal yararın sağlanması için, daha önce toplumsal konuların yönetimde yer almayan etmen ve birimlerin, yönetim işlevi görmeleri söz konusu olacaktır". Kavramı kurumsal yönetişim olarak tercüme eden bir diğer düşünür Menteş (2009)'e göre; "kavramın kurumsal yönetişim olarak kullanılmasının nedeni şirketin yönetiminde tüm şirket paydaşlarının katkısına duyulan ihtiyacın vurgulanmasından kaynaklanmaktadır. Kurumsal yönetim olarak kullanıldığında tek yönlü bir idare şeklini ifade eden kavram, anlam açısından gerçek Türkçe karşılığını kurumsal yönetişim şeklinde ifade edildiğinde bulmaktadır". Çalışmada da kavram kurumsal yönetişim olarak kullanılmış, ancak kurumsal yönetim olarak kullanmayı tercih eden düşünürlerin tercihleri aynen korunmuştur (Sancar, 2013).

Yönetişim, yönetimden farklı olarak, yönetim, iletişim ve etkileşim kavramlarının birleşiminden olup, birlikte yönetmek anlamına gelmektedir. Birlikte yönetebilmek için ise,

kişilerin aynı bilgi düzeyine sahip olması gerekir. Bu sebeple yönetişim, eğitim seviyesinin yüksek olduğu kurumlarda daha rahattır, fakat herkes yönetimde söz sahibi olmak istediği için, zor bir olgudur. Kurumsal yönetişim, kurumdaki farklı paydaşların nasıl yönetildiğini ve denetlendiğini anlatan "kurum anayasası" gibidir (Kendirli ve Konak, 2014).

Kurumsal yönetişim, işletme yönetiminin, sahip olduğu güç ve yetkiyi kötüye kullanarak kendilerine özel menfaat sağlamalarını önlemek, işletme yöneticilerini etkin bir şekilde kontrol ederek ve gözeterek onların sorumluluğunda hazırlanan finansal tablolarda gerçekleştirilebilecek potansiyel yanıltıcı, aldatıcı durumları önlemeye yardımcı olup, finansal tabloların kalitesini arttırmak, işletmelere olan güveni tahsis ederek onların kaynaklara kolay ve maliyetsiz ulaşmasını sağlamak, yöneticilerin bireysel amaçlarını yerine getirmekten çok işletme amaçlarını yerine getirmesi hususunda motive olmasını sağlayarak işletmenin finansal performansını arttırmak gibi birçok amaca hizmet etmektedir. Müşteri ilişkileri yönetimi (MİY) ise, sistemlerin bir iş stratejisini destekleyebilmesini sağlayan bir dizi işlemdir. Müşteri tanımlama, cazibe, kalıcılık ve müşterilere daha iyi hizmet vermek, müşterilerle sürdürülebilir ilişkiler geliştirmeye dayalı ömür boyu değer geliştirme dahil olmak üzere dört ana boyuttan oluşmaktadır (Ngai vd., 2009).

Wang (2013), müşterilerle uzun vadeli ilişki geliştirme ve bunları sadık müşterilere dönüştürmenin başarılı pazarlamaya giden yolda önemli rolleri olduğunu ortaya koymuştur; çünkü müşteriler, firmaların tam rekabetçi değer için iyi öğrenmeleri ve yönetmeleri gereken önemli öğelerdir. Bununla birlikte, uzun vadeli müşterilerin firmalara kar getirebilecek olup olmadıkları her zaman MİY uygulamasının özünde bulunan bir belirsizlik teşkil etmektedir. Müşteri ilişkilerini yönetebilmek için firmalar müşterileri ile temas kurabilir ve çeşitli kanallar vasıtasıyla aynı anda ilgili verileri toplarlar. Veriler daha sonra, analiz edilerek faydalı bilgiler haline dönüştürülebilen ve müşteri ilişkilerinin yönetimini etkinleştirmek için ön bürolara verilen eşzamanlı olarak depolama yapılan veritabanlarında saklanır (Chang vd., 2014).

MİY'in başarılı bir şekilde uygulanması zor olabilir. Bununla birlikte, bir işletme için potansiyeli artırma hususu, küresel olarak şirketler tarafından dikkat çeken unsurdur (Wettermann, 2007). Müşteri ilişkileri yönetimi, bankacılık, finansal hizmetler, hukuk, restoranlar ve tıbbi alan da dahil olmak üzere pek çok sektörde yaygınlaşmaktadır (Young, 2007). Müşteri ilişkileri yönetimi doğru şekilde uygulanırsa bir şirkete çok sayıda fayda

sağlayabilir. Bu fayda sağlama durumu da şirketler bazında müşteri ilişkileri yönetimi uygulanmasının giderek daha yaygın hale gelmesinin nedenidir. Dickie (2007) şirketlerin %67.3'ünün 2001 yılında %45.1 oranında müşteri ilişkileri yönetim sistemi uyguladığını bulmuştur. Araştırma şirketi Aberdeen Research, işletmelerin, dünya çapında müşteri ilişkileri yönetimi ile ilgili yöntem geliştirmek için teknoloji ve hizmet kullandıkları çalışmada 13 milyar dolar üzerinde para harcandığını tahmin etmektedir (Elmuti vd., 2009).

İlk olarak ortaya çıkan bulgular, toplumun demografik özelliklerinin çalışan-müşteri ilişkisini etkilediğini ortaya koymaktadır (Brief vd., 2005) ancak örgütlenmelerin sahip olduğu çeşitli müşteri tabanı ile ortaya çıkan müşteri deneyimini yönetme şeklinde deneye dayalı inceleme sınırlıdır (Subramony ve Pugh, 2015). Yakın tarihli araştırmalar, müşteri memnuniyeti ölçümlerinin sistematik olarak önyargılı olabileceğini de göstermektedir (Hekman vd., 2010). İkincisi, müşteri deneyimi araştırmasının sürekli olarak tekrarlanması müşteriler için bir endişe kaynağı olmaktadır. Oluşan bu endişeyi gidermek için yüksek performanslı çalışma uygulamaları yapılarak, daha yüksek müşteri deneyimi derecelendirmesi ile ilişkilendirilmektedir. Tüm bu sürecin ardından takip edilen uygulama ve altta yatan mekanizmalar müşteriler üzerinde kayıtsız kalmaktadır. Üçüncüsü, pazarlama ve hizmet araştırmalarında ortak üretim üzerine aktif bir literatür bulunmasına rağmen, karşılaştırmalı olarak çok az alan araştırması bulunmaktadır. Spesifik olarak, müşteriler ile ortak yapımda bulunmak için özel yönetim uygulamalarını kullandıklarına dair örnekler elde edilmiştir (Bowen ve Pugh, 2009), bunun yanı sıra yapılan bu spesifik uygulamaların kullanımı ve sonuçlarına ilişkin yönetim araştırmalarının da nispeten azlığı vardır (Vogus ve McClelland, 2016).

Örgütsel davranış ve insan kaynakları yönetimi açısından hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi deneyimi ile ilgili paralel bir literatür ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri araştırmaları, içlerinde barındırdıkları karmaşıklık, ortak üretim ve hizmetin soyutlanması gibi akılcı zorluklarla karşı karşıya kaldıklarından özellikle faydalıdır (Farjoun ve Starbuck, 2007). Sağlık kuruluşlarındaki artan koşullar, teorik gelişim için ve zorlu koşullarla nasıl başa çıkacağınızın potansiyel bir göstergesi olarak yararlı olabilir (Eisenhardt ve Graebner, 2007).

Sağlık hizmeti sunumu indirgenemez derecede karmaşıktır, çünkü insan hastalığı genel olarak karmaşıktır ve hastalar arasında farklı şekilde kendini gösterebilir. Teşhis

açıkken bile en iyi tedavi şekli olmayabilir (Nembhard vd., 2009). Hastaların demografik heterojenliği karmaşıklığı artırmaktadır (Sofaer ve Firminger, 2005). Sağlık uzmanları aynı hizmeti sağlasa bile, hasta mevcut durumunun bir fonksiyonu olarak farklı deneyimleyebilir. Dolayısıyla, yüksek kaliteli bakım, özenle uyarlanmış bakımdır; hastanın samimi ve özel bir anlayışına dayanır (Benner vd., 1996:54).

Değinilmesi gereken bir başka kavram ise sağlık endüstrisi kavramıdır. Sağlık endüstrisi, hastalarla sürekli ilişki kurmalıdır. Sağlık bakım kalitesi sıklıkla, subjektif bilinçli hasta yargısına dayalı olarak belirlendiğinden, sağlık hizmeti sunucuları daha önce hizmet almış hastalarla iletişim kanalı kurabilir ve sürekli ilişkiler ile bakım sürdürdükleri takdirde, bu sağlayıcılar yalnızca hastanın geribildirimine dayalı kaliteyi iyileştirmek için önemli bilgiler toplayabilir. MİY yaklaşımı, hasta memnuniyeti seviyesinin iyileştirilmesine ve sadakatlerinin geliştirilmesine, önemli ölçüde katkıda bulunur. Bu aynı zamanda hastaların kendilerini 'önemli' hissetmelerine yardımcı olmakta ve MİY ruhunu örneklendirmektedir. Bu işleyiş, hastalarla sürekli etkileşim kurarak onlara bakım yapmak, ihtiyaçlarını anlamak ve doğru zamanda, doğru yerde, doğru yöntemi kullanarak, gerekli hizmetleri sunmak için kurumun kendi ihtiyaçlarına odaklanarak bakım kalitesini yükseltmek için yararlıdır. Bununla birlikte, bu tür bir süreç, çoğu sağlık kuruluşu ve huzurevleri için zor olan MİY'lerin kurulmasını gerektirir (Cheng vd., 2005).

Yüksek eğitimli, profesyonelleştirilmiş ve uzmanlaşmış sağlık çalışanları nedeniyle, sağlık hizmet sağlayıcısı ile hasta arasında aşırı derecede bilgi boşluğu vardır. Bilgi boşluğu genellikle sağlık sorunları ve karmaşık hastalık süreçleri ile baş ettikleri için, hastalar ve aileleri tarafından hissedilen duygusallık ve hassasiyetle daha da kötüleşir (Dempsey vd., 2014). Bununla birlikte bilgi sağlayıcılar, bireysel hastadan alınan bilgilere de oldukça güvenir. Bu koşullar, bakımın daha çok somut hale getirilmesini gerektirir, çoğu zaman hastaların ve ailelerinin bakımın birlikte üretiminde yer almasıyla olur. Ortak üreten bakım, hastanın menfaatleri ve tercihleri üzerine sağlayıcıyı ve çıkarlarını imtiyazlı kılan tıbbın geçmişi nedeniyle özellikle zordur (Nembhard vd., 2009).

Müşteri ilişkileri yönetimi kavramı üzerinde kategorik olarak yapılan çalışmalar ve ortaya konulan görüşlerin sıralanması çizelge 2.1 de verilen tablodaki gibidir.

Çizelge 2.1. Müşteri İlişkileri Yönetimi Kategorileri ve Özellikleri

Uzman / Araştırmacı	MİY Kategorisi	Uzman görüş açısının organizasyonu
Hsin-Yin Wu (2000)	1. Müşteri İlişkileri 2. Temel İlişki 3. Bilgi Teknolojisi	1. İş ve müşteriler arasındaki ilişkileri sınıflandırmak için sekiz ana süreç yönetimini kullanın. Entegre bir MİY çerçevesi geliştirmeye yardımcı olmak için bilgi teknolojisini kullanmanın yanı sıra müşterilerin elde edilmesi, satın alınması, hizmet edilmesi ve analizi olmak üzere yürütülmesinin dört çekirdek işlem ilişkisine dayanır. 2. Çeşitli işletmeler uygun bilgi teknolojisi ve yönetim yöntemleri için farklı uygulamalara sahiptir.
Xiao-Pan ve Wei-Guo Hong Wang (2001)	1. MİY ile iletişim kurun 2. Süreç MİY 3. Analitik MİY 4. Stratejik MİY	MİY, müşteri ile doğrudan etkileşime giren ön sayaçları, servis bölümünü, analizi destekleyen geri sayaçları ve karar vermeyi içeren yönetim düzeylerini içerir; MİY kavramı iş operasyon sürecine uygulanır.
Pei-Lin Yang vd., (2001)	1. İnteraktif Mekanizma 2. Ürün sonundaki veri toplama mekanizması 3. Olay Süreci Mekanizması 4. Depolama Analizi Mekanizması 5. Dahili Bağlantı Mekanizması 6. İş Stratejik Tepki Mekanizması 7. Geri bildirim Yürütme Mekanizması	1. MİY, işlemci yönetimi yerine müşteri odaklı yönetim üzerine yoğunlaşmaktadır. 2. Örneklem alınan hastanelerde MİY çerçevesinin uygulanmasının ardından, aşağıda dört avantaj sunulmaktadır: (1) Hastane operasyonunun maliyetinin düşürülmesi. (2) İş yerinde çalışan rutin görevleri otomasyonla değiştirerek hastane işgücü yapılarını ayarlamak. (3) Sağlık tekniği kalitesini ve sağlık yönetimi kalitesini iyileştirmeye yardımcı olmak için veri ambarı ve veri madenciliği teknolojisinin avantajlarından yararlanın. (4) Hastalara odaklı olmak ve hastalara tek seferlik yardım sunmak Örneğin, hastaneler hastalara otomatik olarak hizmet ve bilgi sağlamakta, hasta bekleme sürelerini kısaltmakta ve hasta memnuniyet seviyesini iyileştirmekte, böylece hastalar tıbbi hizmete ihtiyaç duyduklarında hastaneyi tekrar ziyaret etmeye isteklidirler.
Yang (2001a)	1. MİY ile ilgili her şey 2. MİY kanalları 3. MİY bilgi teknolojisi araçları 4 MİY bire bir veritabanı 5. MİY 'nin İşbirliği İlişkileri	MİY'i aşağıdaki dört noktadan anlıyoruz: 'Müşteri ve iş ortaklarını oluşturma', 'Müşteriler ve işletmeler için bir iletişim kanalı oluşturma', 'Bilgi kullanma bireysel müşteri verilerini entegre etmek için teknoloji', 'Müşteriler ve işletmeler arasında bakım ve iletişimin arttırılması'.
Winer (2001)	1. Müşteri veritabanı kurulumu 2. Müşteri bilgilerini analiz etme 3. Müşteri Edinme 4. Müşteri pazarlamasını hedefleyin 5. İlişkisel pazarlama 6. Gizlilik Hakkı Yönetimi 7. MİY etkililik değerlendirmesi	Bu CRM çerçevesinin karakteristiği, hedef müşteriyi tanımlamak ve etkili pazarlama stratejileri benimsemek için bilgi teknolojisi kullanmaktadır. Ayrıca, bu MİY çerçevesi, müşteri güvenini sağlamak için müşterilerin "gizlilik hakkını" da dikkate alır. Bu MİY çerçevesi ayrıca MİY işletmelerinde etkinliğini değerlendirir.

Kaynak: Cheng vd., 2005' den uyarlanmıştır

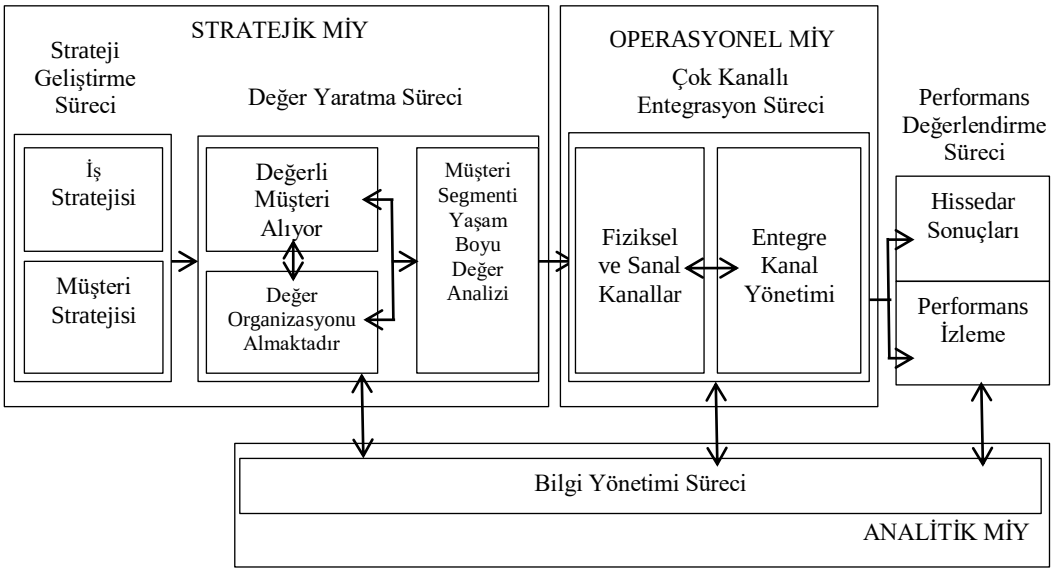
Sağlık, yüksek müşteri memnuniyeti ve hizmet kalitesi elde etmek için iki ek ve benzersiz zorluklar sunmaktadır. Birincisi, hasta (yani, müşteri) ve son zamanlarda

organizasyonun (örn., Hastaneler ve diğer sağlık hizmeti sunum ayarları) potansiyel sonuçları sağlık bakımında nitelik bakımından farklıdır. Bakım teslimi, diğer endüstrilere kıyasla gerçekleştirilen zararlı hizmetler için yüksek risk taşımaktadır. Başarısızlık maliyeti hasta yaralanması açısından çok daha yüksektir ve bazı durumlarda, özellikle savunmasız nüfuslarda (örneğin, genç, yaşlı, kronik hasta, azınlıklar ve düşük sosyo ekonomik durum hastaları) ölüm ile sonuçlanabilmektedir. (CMS, 2011). İkincisi, bakım sunumu, diğer hizmet karşılaşmalarından daha uzun bir zaman diliminde ortaya çıkabilir ve bakım deneyiminden memnuniyet, hastaların bakımlarına katılma ve tedavi planlarına uyma istekliliğini etkiler. (örn., Randevuları takip etmek, ilaç almak). Hastaların sağlık bakımı hakkında ki katılımları uyum ve sağlık sonuçlarını da etkilemektedir (Golin vd., 1996). İşlem hacmi ve dış sermayeye daha bağımlı olan ve dış pazarla daha fazla ilgilenen işletmelerin, daha karmaşık bir yapıda oldukları söylenebilir (Andreatta vd., 2009).

Sağlık hizmeti sunumundaki zor koşullar, bu organizasyonların hastaların özel gereksinimlerini dikkatle kişiselleştirerek ve uyarlayarak, kaliteli bir hasta deneyimi sağlamak için belirli uygulamaları benimsemesine ve uygulamasına yol açmıştır. Sağlık kuruluşları, hastaların ve koşullarının artan karmaşıklığını ve çeşitliliğini gidermek için, sınır ötesi koordinasyonu sağlamak, ilişkisel çalışma sistemleri ve kültürel yetkinlik gibi uygulamaları çeşitli olan nüfusa, özel bakım sağlamak için uygulamıştır (Weech-Maldonado vd., 2012). Buna paralel olarak, sağlık hizmeti sunanlar ve sistemlerin tüketici değerlendirmesi şeklinde bilinen hasta deneyimlerinden daha iyi, daha eyleme geçirilebilir ve tarafsız bir ölçüm seti geliştirmek için endüstri çapında bir çaba görülmektedir (Elliott vd., 2010; Goldstein vd., 2005). Hastalar ve onları tedavi edenler için, bakım sunumunu karakterize eden çok sayıda yapı biçimi vardır (Dempsey vd., 2014). Sağlık kuruluşları, "müşteri için endişe" nin ötesinde belirli merhamet uygulamalarını bakım sürecini daha elle tutulur hale getirmek ve hastalarla iletişimin miktarını, netliğini, empati ve kalitesini arttırmak (Lown vd., 2011) ve son olarak, bakımı kökten yapılandırmak için makro uygulamaları gerçekleştirmiştir (Rathert vd., 2013). Aynı zamanda hastane başı raporları gibi mikro uygulamalar, yani sağlayıcılar arasındaki bakım geçişleri hasta katılımıyla gerçekleşir (Gregory vd., 2014). Sağlık hizmetleri bulguları, hizmet çalışmalarının ve / veya hizmet kalitesinin üzerinde daha uzun bir zaman ufkunun bulunduğu ortamlarda ve yüksek büyüklükte sonuçlara sahip ortamlarda da yararlı olabilir. Sağlık hizmeti sunumundaki bu zor koşullar, bu organizasyonları, hastalara özenle uyarlama yapılması ile yüksek kaliteli bir hasta deneyimini sağlamak için belirli uygulamaları (örn., Kültürel yeterlilik, ilişkisel

çalışma sistemleri, merhamet uygulamaları ve hasta merkezli bakım) benimsemelerine ve uygulamalarına yöneltmiştir (Vogus ve McClelland, 2016).

MİY, işletme kavramı kadar eski bir kavramdır (Harrigan vd., 2015). MİY, bireysel müşterilerin ihtiyaçlarını anlamak ve tatmin etmek yoluyla, bir şirketin gelirini verimli bir hale getirmesini, müşteri değeri ve hizmet kalitesini artırmasını sağlayan bir yönetim felsefesi ve stratejisidir (Assimakopoulos vd., 2015). MİY, bir kuruluşun departmanlarındaki farklı işletim sistemlerinden, gelen müşteri ile ilgili çeşitli verileri toplayan, verileri bütünleşik hale sokan ve teşhis eden stratejik bir sistemdir (Kwok vd., 2007). Payne ve Frow (2005) ise MİY'ini stratejik, operasyonel ve analitik olarak üç sınıfta incelemiştir. Buna göre stratejik MİY, strateji geliştirme süreci ile değer yaratma sürecini kapsar. Kapsadığı alanda "hangi işler içindeyiz?", "Hangi müşterilere hizmet etmekteyiz?" ve "bu müşterilere nasıl değer katabiliriz? sorularına cevap arayan operasyonel MİY, müşterilerin ve kuruluşların iletişim kurararak işlem yaptıkları sanal ve fiziksel kanalların yönetimine odaklanmıştır. Analitik MİY ise, müşterinin geliştirilmesi ve kullanılması üzerine yoğunlaşmıştır. Aşağıdaki şekil 2.3'te ayrıca bu MİY üç formunun birbiriyle olan ilişkisini göstermektedir. Örneğin, analitik MİY, müşterileri ile etkileşime giren ajans ve kanallara doğru bilgiyi doğru şekilde aktararak Operasyonel MİY 'i desteklemektedir (Iriana ve Buttle, 2007).



Şekil 2.3. Stratejik, Operasyonel ve Analitik MİY

Kaynak: Iriana ve Buttle, (2007)'den uyarlanmıştır.

MİY girişimleri, uygulama hedeflerine göre de sınıflandırılabilir. Kuruluşlar, MİY beklentilerini yansıtan bazı iş sonuçlarını elde etmek için MİY'i uygularlar. Xu ve Walton (2005) müşteri memnuniyet düzeylerini iyileştirmek, müşterileri korumak, müşterilerin hayat boyu değerini artırmak, ilgili bölümlere daha iyi stratejik bilgi vermek, yeni müşteriler çekmek ve maliyeti düşürmek gibi MİY hedeflerine örnekler sunmaktadır. Şekil 2.3'te verilen MİY'in üç formunu örneklendirmek gerekirse Analitik MİY projesi uygulayan bir kuruluş, müşteri verilerini toplayarak ve ilgili verileri uygun bir şekilde analiz ederek, daha iyi pazarlama ve satış programlarına sahip olmayı ve sonuçta müşterilere uygun bir ürünü uygun zamanlarda, uygun kanallarda sunmayı hedefleyebilir. Operasyonel MİY projesi uygulayan bir şirket, hizmet sunma maliyetini düşürmek ve işlem doğruluğunu artırmak için istekli olabilir. Stratejik MİY projesini uygulayan bir şirket ise, müşterilerin kârlılığını artırmak amacıyla işletmeyi müşteri odaklı bir organizasyona dönüştürmeyi hedefleyebilir (Chye ve Chan, 2002).

Kuruluşları müşteri odaklı ve müşteri talep değişikliklerine duyarlı hale getirerek üstün organizasyonel performans sunmayı ve bir iş stratejisini desteklemek için müşteri ihtiyaçlarını anlamayı amaçlayan yöneticiler ile, süreç ve teknolojinin bir birleşimidir. Müşterilerle uzun vadeli ilişkiler kurmak için, organizasyonun müşterilerin taleplerini analiz etme, uygun pazar bölümlerini seçme, etkili politikalar tasarlayarak müşteri anlayışları oluşturma süreçlerine yatırım yapmasını gerektirir (Oldroyd, 2005). MİY'in temel süreçleri, insanlar tarafından gerçekleştirilir ve temel kararların ve sistem-insan etkileşimlerinin amaç ve içeriğinin net bir şekilde anlaşılmasını gerektirir (Shang ve Lin, 2010).

MİY, ilişki pazarlamacılığına ilişkin birçok mevcut ilkenin bir sentezidir (Jancic ve Zabkar, 2002) ve müşteri odaklı yönetim konusundaki daha geniş, kapsamlı bir yöntemdir (Sheth vd., 2000). MİY sistemleri, müşterilerle uzun vadeli bir ilişki kurmayı kolaylaştıran altyapıyı sağlar. Bazı MİY sistemlerinin işlevselliğine örnek olarak satış gücü otomasyonu, veri ambarı, veri madenciliği, karar destek ve raporlama araçları verilebilir (Hendricks vd., 2007). MİY sistemleri genellikle üç kategoriye ayrılır: MİY süreçlerinin otomasyonu ve verimliliği için kullanılan sistemler olan operasyonel sistemler (Mirzahosseinian ve Piplani, 2013), analitik sistemler (Ríos vd., 2013) ve kullanılan sistemler olan işbirlikçi sistemler (Gouglidis ve Mavridis, 2012). Buna göre MİY, bilgi sistemlerinin operasyonel, analitik ve işbirliğine dayalı MİY süreçlerini desteklemek için bilgi sağladığı ve böylece müşteri karlılığına katkıda bulunduğu, müşteri odaklı bir yönetim yaklaşımı olarak anlaşılmaktadır

(Bueren vd., 2004). MİY, bir işletmenin müşterilerin gereksinimleriyle uyumlu olmasını ve müşteri ilişkilerini ve memnuniyetini geliştirmesini sağlayarak iş mükemmelliğine katkıda bulunabilir. Peters (1987)'a göre, müşteriye yakın olmak ve onları dinlemek, bir işletmede değişimin yönetilmesi ve mükemmelin takip etmesi açısından önemlidir. Waterman (1987), bir müşterinin bilgisi vb. bilgileri, bir işletmenin ana stratejik avantajı olarak görmenin önemini vurgular ve aynı zamanda kendisini müşterilerinin yerie koyarak farklı bir bakış açısıyla, işte mükemmellik peşinde koşmaya bakar. Kanji (1998) ile Kanji ve Wallace (2000), müşteri memnuniyetinin iş mükemmelliği için kritik bir başarı faktörü olduğunu savunmaktadır. Bu nedenle, müşteriler için değer yaratan, daha fazla kalite geliştirmeyi sağlayan ve müşteri memnuniyetini artıran MİY, iş mükemmelliğinin peşinde önemli bir rol oynamakta olup, bir işletmenin MİY stratejilerinin yakından incelenmesi bu nedenle çok önemlidir (Lin ve Su, 2003).

MİY iletişim kanallarını ve müşteri etkileşimi dokunma noktalarını yönetmek ve bunların bütünleşmesini sağlamak için teknoloji, pazarlama ve satış gibi firma bölümlerini destekleyen, ön büro uygulamaları ile verilerin analiz edilmesine yardımcı olan, arka ofis uygulaması da dahil olmak üzere tüm birimleri sürece katarak müşteri ilişkilerinde başarılı bir yönetiminin anahtarıdır (Srinivasan ve Moorman, 2005). Bu birimlerin MİY süreicine sundukları katkılar açıklanacak olursa, ön büro unsurları, müşterilerle olan bilginin akışını kolaylaştırır. Bu şekilde, MİY'i uygulayan firmalar, müşteri bilgilerinin kurum içinde sorunsuz şekilde dağıtılmasını kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Arka plandaki öğeler veri madenciliği konusunda yardımcı olur ve böylece müşterilerin ihtiyaçlarını ve eylemlerini tanımlar ve analiz ederler. Geliştirilmiş müşteri bilgisini derinleştirmek için birden fazla dokunma noktasından elde edilen veriler entegre edilebilir (Josiassen vd., 2014). Müşteri bilgilerini toplama ve bilgiyi veri madenciliği tekniklerini kullanarak analiz etme, MİY'in temel süreçleridir (Xu ve Qiu, 2008).

MİY mekanizmaları, MİY sisteminin uygulanmasına yönelik hazırlık aşamasındaki başlıca faktörler arasında, stratejinin en önemli ve öncelikli faktör olduğunu ortaya koymuştur. Sonuçlar, MİY uygulamasının, genel müşteri ilişkileri kalitesi, güven, memnuniyet, taahhüt, sadakat, saklama ve tavsiye etme istekliliğini içeren anket ile müşteri ilişkileri kalitesini ve sonucunu arttırmanın uygun bir aracı olacağını göstermiştir (Soltani ve Navimipour, 2016).

MİY başarısı kurumsal yönetişim kavramından ayrı düşünülemez. Kurumsal yönetişim, teşvik ve kontrol mekanizmaları kullanarak anlaşmazlıkları veya işletme problemlerini azaltmayı amaçlayan bir dizi kural ve uygulama ile temsil edilebilir. İşletmelerde kurumsal yönetişim çalışma esasına bağlı olarak, iki tür kontrol mekanizması olabilir: dahili ve harici. Kontroller yönetim kurulu ve mülkiyet yapısı vasıtasıyla yürütülür (Gill vd., 2009). MİY başarısı yönetim ve yönetim uygulamaları arasındaki uyum derecesine bağlı olmakla birlikte, kontrol mekanizmalarının uygulanmasının şirket yönetiminde iyileştirmeler sağladığı anlaşılmaktadır (Araujo vd., 2013). Farklı işletmeler tarafından yayınlanan çok çeşitli belgelerin (çalışmalar, raporlar, kılavuzlar) dikkate alınması ve yöneticilerin organizasyon yapısını göz önüne alarak yürüttükleri işleyişi değerlendirmeleri önemlidir (Assunção vd., 2017).

Bilgilendirme ve kurumsal yönetişim, bir şirketin yönetim sisteminde faaliyet gösteren ve bilgi asimetrisinin azaltılması ve ajans maliyetinin düşürülmesi için potansiyel olarak yararlı olan araçların izlenmesidir (Holm ve Scholer 2010). Kurumsal yönetişim mekanizmalarına, hissedarların menfaatlerini korumak ve bu menfaatleri yönetimin menfaatleri ile uyumlaştırmak adına, yönetimin davranış ve eylemlerini kontrol altına alması açısından önemle ihtiyaç vardır. Çoğu durumda, yönetici ile temsilci arasındaki menfaat ayrılığı, etkin ve etkili kontrol için kurumsal yönetişim mekanizmalarının eksikliğinin fark edilmesi ve yönetim kararlarının onaylanıp onaylanmaması durumunu ortaya çıkarması nedeniyle önem arz etmektedir. Tüm paydaşların çıkarlarını korumak için kurumsal yönetime ihtiyaç vardır. Kurumsal yönetim sadece hissedarların değil aynı zamanda hükümet, çalışanlar, tedarikçiler ve firmaların liderlerinin finans ve yatırım kararlarından sorumlu olduğu gibi, diğer paydaşlar için de bir güven unsuru olmak durumundadır. Daha yüksek girdi maliyetleri, daha düşük emek verimliliği, daha düşük öz sermaye getirisi, daha düşük değer ile zayıf yönetişim şirketleri, iyi yönetişim şirketlerinden daha düşük işletme performansına sahiptir (Sreenu, 2017).

Kurumsal yönetişim, ajans teorisinin sorunları ile ilgilidir: yönetimin ve işletmede pay sahibi olan kişinin ayrılması ve yatırımcıların yatırımlarından kazanç sağlama şekilleri konusunda temel bir soru önermektedir. 1932'de Berle ve Means'ın "Modern Şirket ve Özel Mülkiyet" adlı tezinde, yatırımcıların menfaatlerine hizmet edecek kararlar alabilmek için nitelikli yöneticilere olan ihtiyacı güvence altına alan modern işletmelerdeki acentelik teorisi konularını net bir şekilde açıklamaktadır. Ajans teorisi ışığında, kurumsal yönetişimin iyi

uygulamaları, hisse fiyatlarının artırılması, daha az nakit akışı ve daha fazla temettü sağlamaktadır (Jensen ve Meckling; 1976). Kurumsal yönetişimin firmanın değerini nasıl etkilediğini bilmek için kurumsal yönetişim ve firma değerini birbirine bağlayan kanallar tespit edilmeli ve bu ilişkiyi açıklamak için belirli bir kriz karşısında davranışı belirlenmelidir. Kurumsal yönetişimde ajans teorisi açıklamayı, bilgi asimetrisinin azaltılması ve dolayısıyla ajans maliyetinin düşürülmesinde potansiyel olarak yararlı olan harici bir izleme mekanizmasının bir biçimi olarak görmektedir (Shleifer ve Vishny 1997). Ajans teorisi ayrıca, kurumsal yönetim mekanizmalarını, çıkar çatışması ve bilgi asimetrisinin azaltılmasında klasik panzehirlerden biri olarak görmektedir (Brennan 2006). Ajans teorisi, sağlam bir iç yönetişime ilişkin bir gösterge olarak şirkette, izleme faaliyetleri yoluyla ajans maliyetlerinin düşürülmesini potansiyel olarak teşvik edecek, iyi düzenlenmiş bir yönetim kurulu ve denetim komitesini içerir (Kent vd., 2010). Politika yapıcıların, yatırımcıların, kurumsal firmaların ve diğer menfaat sahiplerinin dikkatini özellikle de uygun olmayan kazanç yönetimi davranışlarına yönlendirerek bu davranışları yönlendirmeye çalışmakta, iç yönetişim mekanizmalarına ilişkin açıklama kalitesinin daha iyi performans göstermesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, kurumsal düzenlemelerde yüksek kaliteli bir bilgilendirme rejimi oluşturma ihtiyacı yönetimsel malpraktislerle ve ülkelerdeki kazanç güdümlemesiyle başa çıkmak için çok önemli görünmektedir (Katmon ve Al Farooque, 2017). Öte yandan, yönetici ve yöneticilerin daha yoğun bir şekilde eşitliği, ajans teorisi sorunlarını azaltmakta ancak piyasa değeri yönetim sahipliği ile pozitif bir ilişki içerisinde olduğu için, firma değerini azaltmaktadır (Jensen ve Meckling 1976). Dinamik bir ortamda oluşturulacak bir kurumsal yönetim, finansal faaliyetleri iyileştirmeyi ve yeni yatırımcılar ile müşterilerin yanı sıra düşük sermaye maliyetinden yararlanmayı hedefleyen, sürdürülebilirlik açısından da önemlidir. Paydaşların kurumsal yönetim teorisi, kamu yararını korumak ve sağlamak için çok önemli olan kurumsal sosyal sorumlulukları sunar. Kurumsal sorumluluklar iç ve dış paydaşlar arasındaki çatışmaları azaltacak ve uzun vadede borsadaki artışları destekleyecektir (Saltaji, 2017).

2.2.4. Dış kaynak kullanımı

Sevim vd., (2008)'ne göre dış kaynak kullanımı, uzun yıllardır işletme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde kullanılan, ancak rekabetin öneminin artışıyla ön plana çıkan bir kavramdır. Dışkaynak kullanımı strateji aracının kullanıp kullanmama kararını vermenin zor

olduğu, kullanılması sonucunda risk alınacağı, kullanılmadığında bazı fırsatların kaçırılmasına yol açabileceği ve aynı zamanda da günümüzün rekabet ortamında göz ardı edilemeyecek bir olgudur. Nitekim işletmelerde dış kaynak kullanımının önemini fark etmişlerdir. Günümüzün yoğun rekabet ortamında işletmeler faaliyetlerinin büyük bir bölümünde dış kaynaklardan yararlanma yoluna gitmekte ve bu sayede rakiplerinden daha üstün olmak istemektedirler. Budak, (2004)' a göre dış kaynak kullanımı, bir işletmenin yapması gereken faaliyetlerin tümünü kendi bünyesinde gerçekleştirmeyip asıl faaliyet alanı dışındaki faaliyetleri, bu konuda uzmanlaşmış olan işletmelere bırakmasıdır (Acar ve Ateş, 2011). Dış kaynak kullanımı, "İç personel ve kaynaklar tarafından geleneksel olarak ele alınan faaliyetleri gerçekleştirmek için dış kaynakların stratejik kullanımı." olarak da tanımlanabilir. Bazen "tesis yönetimi" olarak da bilinen dış kaynak kullanımı, bir kuruluşun değerli iş ortağı haline gelen uzmanlaşmış ve verimli hizmet sağlayıcılarına önemli işlevleri ihale eden bir stratejidir (Handfield, 2006). Dış kaynak kullanımı, bir organizasyona çeşitli şekillerde rekabetçi bir strateji fırsatı sağlar. Yönetim kolaylığı, maliyette düşüş, daha az insan gücü ve iç kaynakları serbest bırakır. Dış kaynak sağlama, dış kaynak kullanımı için stratejik bir hedefleri olması koşuluyla, dış kaynak kullanan şirketlere hem uzun hem de kısa vadeli faydalar sağlamaktadır (Boguslauskas ve Kvedaravičienė, 2008).

Dış kaynak kullanımı araştırmaları, kamu kuruluşlarında dış kaynak kullanımını açıklamak için, genellikle işlem maliyet ekonomisi gibi örgüt ekonomisi teorilerini kullanmıştır. Diğerleri ise, değer yaratma, rekabet, ilişkiler, güven, ideolojiler ve politikalar gibi üstünlük sağlayan kavramlar üzerine yoğunlaşmışlardır. Bu nedenle, dış kaynak kullanımı ve yapılan sözleşmenin oluşma nedenine dair anlayışı idare eden tek bir teorik değerler dizisi bulunmadığı açıktır. Dış kaynak kullanımının ilk sebebi, birçok araştırmacı kuruluşlar tarafından çeşitli yapılandırmaları açıklamak için kullanılan ekonomik değerlendirmelere dayanmaktadır (Mudambi ve Venzin, 2010). İşlem maliyetinin odağında olan yönetim mekanizmalarının amacı, ekonomik verimliliği sağlayan en uygun dış kaynak kullanımını elde etmektir (Williamson, 1979). Dış kaynak kullanımı ile yapılan sözleşme, ev sahibi kuruluşa yükleniciyi güncelleme becerileri ve uygulamaları ile yönetim tekniklerinde öğrenme fırsatı sağlayabilmektedir (Young ve Macinati, 2012).

Sağlık yöneticileri, sürekli hasta değişimi ve türbülans ortamında kalifiye hasta bakımını sürdürürken, masrafları azaltmak için arabuluculuk ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Son zamanlarda, dışarıdan tedarik etme, bazı sağlık idarecilerinin hasta

bakımını etkilemeden, maliyetleri kontrol altına almaya yönelik stratejik araçlarından biri haline gelmiştir. Dış kaynak kullanımı, geleneksel olarak üçüncü şahıs hizmet sağlayıcısına dahili olarak gerçekleştirilen hizmetler olarak veya işletme işlevlerini aktarmak, sözleşme ve ortaklık yönetimi aracılığıyla tedarik sistemini kontrol etmektir. Kuruluşlardaki yöneticilerden beklenen, kendi çekirdek veya ayırt edici yetkinliklerine odaklanmak ve kritik destek becerileri için dış uzmanlar ağı oluşturmak adına kullandıkları bir iç strateji görevini üstlenmesidir. Hızlı değişim, yeni liderlik veya artan rekabet nedeniyle örgütler, çalkantılı değişim zamanlarında dış kaynak kullanmaya başlarlar. Sonuç olarak, son birkaç yıl içinde bir dış kaynak sözleşmesini yeniden yapılandırmak, feshetmek veya yeniden müzakere etmek zorunda kalan örgütlerin birçoğunda, dış kaynak kullanımı ile ilgili oluşan en yaygın iki şüphe, düşük performans ve kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliğidir (Scheier, 1997).

Döğücü ve Sayım (2009)'ye göre hastane organizasyonları daha önceleri sadece yemek ve temizlik hizmetlerinde dış kaynak kullanımı uygulamasına giderken, bugün sağlık bakım maliyetlerini düşürmek ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak için birçok alanda dış kaynak kullanımı yaptıkları görülmektedir.

Hastanelerde ilk başlarda dış kaynaklardan başlıca yararlanma alanları; tamir, bakım, temizlik, ulaştırma, yiyecek ve içecek hizmetleri gibi destek hizmetleriyken, son zamanlarda idari hizmetler (faturalama, veri girişi, bilgi teknolojileri, halkla ilişkiler) ile yardımcı tıbbi hizmetler olan radyoloji, diyaliz, anesteziyoloji, patoloji, nükleer tıp, yenidoğan bakımı gibi çok geniş sayılabilecek alanlarda dış kaynak kullanımının yayaygınlaştığı görülmektedir (Bailey vd.. 2002). Hastane işletmelerinin yardımcı hizmetleri dış kaynaktan sağlamalarının yanı sıra klinik hizmetlerinde dış kaynak kullanımına yönelmelerinin temel sebepleri; yeni teknolojik cihazlardan yararlanmak, büyük ölçekli yatırım maliyetlerinden kaçınmak veya bu maliyetleri yıllara yaymak, maliyetleri düşürmek, daha verimli ve etkin yönetimle performans arttırmak olarak sıralanabilir. Dahası yüksek teknolojik donanım gerektiren cihaz maliyetlerinin, işletme kaynaklarından karşılanması yerine bu cihazların kullanım hizmetleri de dahil tüm maliyet unsurlarının dış kaynaklardan belli bir sözleşmeye bağlı olarak karşılanması ile, varlık azalışını bir anda gerçekleştirmek yerine, belli bir zamana yaymak suretiyle kaynakların daha verimli kullanılması da sağlanmış olacaktır (Bozdemir ve Öcel, 2016). Dışarıdan verilen kararlar önemlidir, çünkü verilen bu kararlar kurumsal açıdan önemli organizasyonel sonuçları içermektedir (Altinkemer vd., 1994).

Organizasyonel olarak dahili kaynak temini, tescilli sistemler yaratabilir ve satıcılar vasıtasıyla teknoloji transferini sınırlayabilir. Birçoğu, sağlık kuruluşlarının dış kaynak kullanımı arttıkça, tedarikçiler arasında endüstri çapında standartların ve uygulamaların geliştirilmesinin bir o kadar yavaş olacağına inanmaktadır (Lorence ve Spink, 2004).

Sağlık kuruluşları, verimlilik, kalite ve karlılık kazançları arayan diğer sektörlerde olduğu gibi aynı nedenlerle dış kaynak kullanımı çözümlerini benimsemektedir. Sağlık birimlerinde, dış kaynak kullanımı, öngörülemeyen bir talebin harekete geçirilmesi, artan karmaşıklık ve klinik performans ile hareket hacmi arasındaki bağ gibi sorunlara yanıt vermeye çalışan, hacimli esnek stratejilerin bir parçası olarak sıklıkla görülür (Jack ve Powers, 2006). Guimarães ve Carvalho (2011)'a göre sağlık hizmetlerinde dış kaynak kullanımı kararları da şunlara bağlıdır: (i) faaliyet türü (modüler ve integral arasında aşağı yukarı kısaltılabilir); (ii) sözleşme türü (klasik ve ilişkisel); (iii) sözleşme süresi (sözleşme türü ve tedarikçi seçim sürecine bağlı olarak); (iv) performans gereksinimlerinin belirtilmesi (süreç ve sonuç göstergeleri) ve nihayetinde (v) ödeme mekanizmaları (Guimarães ve de Carvalho, 2012).

Dış kaynak kullanımının 1985 yılından sonra daha fazla yaygınlaştığı görülmekte ve çevresel işletme işlevlerinin "dış kaynaklı" olan sınırlı uygulamalarından, bugün dışarıdan tedarik edilen, çok daha hayati iş işlevlerine geçmektedir (Jennings, 1997). Bilişim teknolojisi / bilgi sistemleri endüstrisinde, özellikle piyasada tek konumda olan tedarikçilerle vadeli toplam dış kaynak kullanımı anlaşmalarının karışıklığına rağmen, bu tür sözleşmeler hala önemsiz görülmektedir. Operasyonel maliyetlerin azaltılması ve sabit masrafları değişken maliyetlere dönüştürme yeteneği (Alexander ve Young, 1996), temel yetkinliklere odaklanma becerisi (Quinn ve Hilmer, 1994), endüstri liderliği yolundaki dış yeterliliklere ve uzmanlığa erişim (Kakabadse ve Kakabadse, 2002) gibi şirketlerin dışarıdan sağladıkları yardımlarla birtakım kazançlar elde ettikleri tespit edilmiştir. Bununla birlikte, özellikle çevresel olmayan iş işlevleri söz konusu olduğunda, büyük ölçekli dış kaynak düzenlemeleri ile ilgili zayıflık ve riskleri vurgulayan Alexander ve Young (1996), bir tedarikçiye bağımlı olma riskini vurgulamaktadırlar. Barthelemy (2001), dış kaynak kullanımının gizli maliyetlerine dikkat çekerken, Doig vd. (2001) özellikle temel yetkinliklere göre hayati önem taşıyan bilgi birikiminin dış kaynak kullanımında büyük bir risk faktörü olarak ortaya çıkma ihtimalini tespit etmiştir. Aynı zamanda, en uygun tedarikçi / hizmet sağlayıcının

seçilmesi ve hızlı teknolojik değişim ile iş ortamlarında özellikle ihtiyaç duyulan yetenekleri sunma konusunda, uzun vadeli yetenek problemi bulunmaktadır (Earl, 1996).

Kaplan, (2001)'a göre dış kaynaklardan yararlanma yöntemi ile birlikte hastanelerin çagdaş yönetim ve organizasyon ilkeleri içerisinde kaliteli, düşük maliyetli, modern teknolojiyi kullanan etkin ve verimli sağlık isletmeleri durumuna geleceği düşünülmektedir. Böylelikle dış kaynaklardan yararlanma yöntemi ile rekabet ön plana çıkacak, dolayısıyla hastaneler bazı hizmet bölümlerinden arınarak, uzmanlık hastanelerine dönüşecek diğer taraftan daha az çalışan ile daha çok iş yapılacaktır. Miller ve Dess, (1996)'e göre 21. yüzyılın ilk yıllarında yaşarken, bilgi çağının gereklerine ve koşullarına uygun olarak, yeni organizasyon yapıları için hastaneler tipik birer örnektir. Klasik organizasyon yapıları, işletme organizasyonlarında bile artık değişmeye başlamıştır. Karmaşık yapıya sahip olan hastanelerde, bu yapının yeni koşullara göre oluşturulması kaçınılmaz bir zorunluluktur. Nitekim klasik anlamda hastane organizasyon yapıları, sağlık hizmetleri niteliklerinin değişmesine paralel olarak büyük ölçüde degişmek zorunda kalmıştır. Şöyle ki, hastanenin temizlik işleri, temizlik hizmeti veren taşeron firmalara, elektronik cihazların alımı, bakımı ve tamiri yine bu konuda uzman taşeron firmalara, yiyecek ve içecek hizmetleri, bu konuda faaliyet gösteren taşeron firmalara verilmektedir. Kısaca sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunulması hastane yönetiminde kalmak suretiyle, yardımcı ve destek hizmetler, taşeron firmalara verilmektedir (Karahan, 2009).

Ağartan, (2005)'a göre Türk sağlık sisteminde, sağlık reformları hastane yöneticilerini kurumsal strateji ve yapıları değerlendirerek dinamik, gelişen ve rekabetçi bir ortamda taleplere cevap vermek zorunda bırakmıştır. Yöneticiler bir taraftan maliyetle ilgili sorunlarla uğraşırken, diğer taraftan verimlilik ve kalite problemini çözme mecburiyeti ile karşı karşıya kalmıştır. Maliyetleri azaltarak hizmet sunumu esnekliğini artırıp, hizmet kalitesini yükseltmek için dış kaynaklardan yararlanmak, yöneticiler için en sık kullanılan stratejiler haline gelmiştir. Türkiye'de gerçekleştirilen sağlık reformu verimliliği artırarak maliyetlerin azaltılmasını amaçlayan uluslararası eğilimin bir parçası olarak görülebilir. Bu bağlamda son yıllarda oldukça sık sözü edilen kamu kurumlarının verimlilik ve etkililik uygulamaları içerisinde, özellikle sağlık sektöründe, dış kaynak kullanımı uygulamaları yaygınlık kazanmaya başlamıştır (Yalçın vd., 2011). Dış kaynaklardan yararlanma yöntemine eğilimin, maliyetleri azaltmak için olduğu görülmektedir. Bu hususta hastane yöneticilerinin, dış kaynaklardan yararlanma yöntemi ile ifa edecekleri hizmetin maliyet

hesaplamalarını yaparak, bu yöntemin maliyet-etkili olup olmadığını değerlendirmesi gerekmektedir. Aksi takdirde seçilen bu yöntem maliyet avantajı sağlamaktan ziyade, kaynak israfına da sebep olabilecektir (Söyler ve Zekioğlu, 2017).

Mevcut yönetim stratejilerinin yanlış uygulaması dolayısıyla, yönetimin hizmet sunumu safhasında yetersiz kaldığı, ertelediği veya gerçekleştiremediği hizmetleri zamana yaydığı ve etkinlikten uzaklaştığı eleştiri konusu olmuştur. Örneğin, kamu sağlık birimlerinde MR çekimi için genelde büyük merkezlere yönlendirme ve aylar sonrasına gün verme söz konusudur. Oysa dış kaynak kullanımı ile sorunlar kaynağında ve zamanında çözülebilecektir. Hastalığa, vakit kaybetmeksizin müdahale edilmiş olacak ve hasta-vatandaş mağdur edilmeyecektir. Dolayısıyla kamunun uzmanlaşmış, hızlı, etkin olması gereken sağlık hizmetlerini dış kaynak kullanımı ile sağlaması, kamunun sosyal olma özelliğinin korunması noktasındaki hassasiyetini de arttırmış olacaktır. (Acartürk ve Keskin, 2012) Bunun yanında uluslararası dış kaynak kullanımının olumsuz sosyal etkileri konusunda, artan bir endişeyi belirten literatür de varlığını göstermektedir (Chen vd., 2004; Marjit ve Mukherjee, 2008; Mukherjee and Tsai, 2010).

Hastaneler, bilişim teknolojileri hizmetleri, ikram ve temizlik gibi çekirdek yetkinliklere ait olmayan bazı hizmetlerin finansal baskılarından dış kaynak kullanımı ile kurtulmaya çalışmaktaydılar. Fakat bu strateji için 1990'ların sonundaki tüm beklentiler yerine getirilmemiştir. Bu durum pazarın her iki tarafı için de geçerli durumdadır. Burada ne hastane ne de servis şirketi tamamen mevcut iş ve işlemlerden tatmin olmamıştır. Hastaneler bazen dışarıdan aldıkları hizmetlerin kalitesinden şikayet etmişler ve hizmet firmalarının da daha yüksek kazanç umudu kesintiye uğramıştır. Başlıca sorunlardan biri, pek çok servis firmasının özellikle teknik ve tesis yönetimi alanında, birçok açıdan endüstriyel müşterilerden farklı olan hastane gibi bir kuruma hizmet etmeyle ilgili sorunları hafife almış olmalarıydı. Bu nedenle, hastaneler, dışarıdan sağlanan hizmetlerin niteliğine göre düşük kaliteden şikayetçi olmuşlardır. Hastane personellerinin ise, hastanedeki günlük yaşantıyla ve hastane izlemleri ile çok daha fazla bütünleşmiş olmaları, hekim ve hastalara ait sorun ve ihtiyaçları, dış servis şirketlerine göre daha kolay anladıkları tespit edilmiştir. Örneğin, tesis yönetiminin tamamen teknik tarafı, hastaneler ile endüstriyel firmalar veya idari birimler gibi diğer faaliyet alanları arasında esas olarak farklılık göstermese de, hastanelere uyum konusunda özel bir çaba sarf etmeyen hizmet firmalarının başarısız oldukları görülmüştür (Augurzky ve Scheuer, 2007).

Şirket içi baskın bir strateji ile dış kaynak kullanımı, bir kuruluşun üretiminde kapasite kullanımını optimize etmesi yönünde fayda sağlayabilirken, daha az maliyetli üretim çıkarır, böylece dışa bağımlılığın olması gereken şeklinin öğrenileceği bir araç olarak kullanılır. Dış kaynak kullanımında baskın bir strateji ile şirket içi üretim, tamamlayıcı yeterlikleri korumaya ve kilitleme riskini ortadan kaldırmaya yardımcı olur. Yöneticiler, kurum içi kapasitelerinin tamamen kapalı olduğu bir dış kaynak stratejisine geçmeden önce iki kez düşünmelidirler. Karışık bir stratejiyi, özellikle azgelişmiş bir tedarikçi pazarını muhafaza eden dış kaynak kullanımına dinamik bir bakış getirmek önemlidir (Plum vd., 2017). Dış kaynak kullanım kararlarında yararlanılan spesifikasyonlar, bu kararları kuruluş genelinde daha da görünür hale getirecektir (Nellore ve Söderquist, 2000). Bir firmanın üstün üretim teknolojisine sahip olmasına rağmen, rakibine kıyasla nihai ürünün işlenmesinde, önemli derecede daha yüksek bir verimliliğe sahip olması durumunda, yine de dış kaynak kullanımına teşvik edilebileceği görülmektedir (Cao vd., 2017). Şirketin iş stratejisi, dış kaynak stratejisi ile uyumlu olmalı ve dış kaynak stratejisi uygulanması yakın ve uzun vadeli işletme büyüme hedefleriyle senkronize olmalıdır. Şirketlerin bir dış kaynaklı çözüme yaklaşırken yaptıkları en büyük hata, dış kaynağın işletme stratejisi ile bağlantılı olmamasıdır (Boguslauskas ve Kvedaravičienė, 2008).

Dış kaynak kullanımı bir üretim görüngesinden, şirketleri daha rekabetçi kılacak stratejik bir perspektife doğru gelişen bir kavramdır. Yöneticiler, kuruluş işlemlerini müşterilere değer sağlamak için tasarlanmış bir değer zinciri olarak görmektedir. Kuruluş, değer zincirinde hangi hizmetin ortadan kaldırılması, dış kaynak kullanımı sağlanması veya müşterek girişimciliğin yapılması gerektiğini belirleyerek, kuruluşun sektörde en iyi hale gelebilmesini sağlar. Kuruluşta kalan etkinlikler, hizmetlerin müşterilere ulaştırılması için kritik olan temel yetkinliklerdir. Bu temel yetkinlikler stratejik dikkatin odağı haline gelir ve bu yetkinlikler için dış kaynak kullanımı düşünülmez (Jennings 1997). Stratejik bir perspektiften bakıldığında, bir kuruluşun temel ya da ayırıcı yetkinliklerine odaklanabilmesi için dış kaynak kullanımı birincil yoldur. Quinn'e (2000) göre, "dış kaynak kullanımının stratejik yönetimi, 21. yüzyıl için en etkili yönetim aracıdır".

Dış kaynak kullanımının temel dayanağı, bir uzman kuruluşun dahili operasyonlara kıyasla daha etkili bir şekilde belirli bir hizmeti gerçekleştirebilmesi, bu uzman kuruluşun bir hizmet üretim ve sunumunda kendine özgü bir avantaja sahip olmasıdır. Üstün teknoloji, yönetim becerileri veya ölçek ekonomileri bu algılamaya katkıda bulunabilir. Kaynaştırma

ilişkisinin türü, uzun veya kısa vadeli ihtiyaçların varlığına bağlıdır. Sürekli çalışanlara sağlanan fayda maliyetlerinden tasarruf etmek için geçici işçiler kiralanır. Bu durumda, organizasyon (işveren), satıcı tarafından sağlanan işçiler haricinde gerekli kaynakları sağlar.

İş ve sağlık literatürü, dışa aktarım maliyetlerinin düşürülmesi, kontrol altına alınması yoluyla verimliliği artırmaya çalışmak gibi konuları ele almaktadır. Ancak bu konu, dış kaynak kullanımı dış kaynak kullanımı nedenlerinden sadece bir tanesidir. Dış kaynak kullanımının diğer nedenleri arasında kurum içi değer yaratmak için iç süreçlerini yeniden yapılandırmak ve kurum içi kaynakları karıştırmadan, çabucak değişen bir ortama uyum sağlama pozisyonunu korumak da dahildir (Useem 2000). Sağlık kuruluşları, genel endüstrideki firmalarla aynı nedenlerden dolayı bir miktar dış kaynak kullanmaktadır. Bunlar: (1) en etkili oldukları yerlerde kullanmak için organizasyon kaynaklarını korumak ve (2) en az etkili oldukları kaynakları azaltmak. Buna göre, organizasyonun verimli olmadığı alanlarda, en verimli satıcılardan uzmanlık almaktadırlar. Dış ilişkiler harcamalarının hızla artması, sağlık yöneticileri tarafından dış kaynak sağlama değerinin artmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetleri gibi bir hizmet sektöründe dış kaynak kullanımı, gelecekteki yetenek ve gelişim için çekirdek yetkinlikleri zayıflatabilir. Dış kaynak kullanımı büyük yararlar sunmanın yanı sıra büyük riskler de sunmaktadır (Roberts, 2001).

Stratejik dış kaynak kullanımı, geleneksel dış kaynak kullanımının ötesine geçmektedir. Bu da, algılanan en iyi çözümü içsel veya dışsal sağlayabilen herkese rekabet avantajı sağlamaktadır. Stratejik dış kaynak kullanımı temel yetkinlikler de dahil olmak üzere tüm iş fonksiyonlarını açarak rekabet avantajlarının aranmasıdır (Quelin ve Duhamel, 2003). Stratejik dış kaynak kullanımı ile uğraşan şirketler, tek başına maliyet ekonomilerinin ötesinde, bir değer yaratma potansiyeline sahip uzmanlaşmış yetenekler sağlamak için ara pazarlara yönelmektedirler (Contractor vd., 2010). Yapılan araştırmalar firmaların, ekonomik faktörlere dayalı rasyonel kararlar ya da kaynak tabanlı faktörler ile bu karar verme süreçlerinin, dış kaynak kullanımı ilişkisinde değer yaratma beklentileri (örneğin, maliyet düşürme ve gelir artırma görevdeşleri) ve firmanın bunu yakalama kabiliyeti hakkındaki beklentilerden etkilendiğini savunmaktadırlar (Mayer ve Salomon, 2006). Bu çalışmalar, yöneticilerin değer yaratma ve değer tahsisi konusunda, belirli beklentileri olduğunu göstermektedir. Bu beklentiler, stratejik dış kaynak kullanım kararı, konusunda yaptıkları seçimleri de etkilemektedir. Stratejik dış kaynak kullanımı kararının, bir dış

kaynak kullanımının yarattığı toplam potansiyel (görünmez) değerle ilgili yöneticilerin beklentilerini ve odak firmasının dış kaynak kullanımından bekledikleri değer düzeyinin bir fonksiyonu olarak düşünülmektedir. Bu şekilde, yöneticiler pastanın boyutu (yani, değer yaratma) ve yakalayabilecekleri pasta oranı (yani, değer tahsisatı) hakkında beklentileri en üst düzeye çıkarmaktadır (Lin vd., 2016). Dış kaynak kullanımı aslen iş işlevleri ile sınırlı ve esasen bir maliyet tasarrufu mantığıyla güdülenmekteydi. Ancak şimdi çevresel işlevleri değil, kuruluşların rekabetçi çekirdeğinin kalbini de etkileyen, rutin bir stratejik yönetim hareketi haline gelmiştir. Aynı zamanda, bir veya az sayıda kilit ortakla ve uzun vadeli sözleşmelerle geleneksel dış kaynak kullanımından, çoklu ortaklar ve kısa vadeli sözleşmelerle stratejik dış kaynak kullanımına geçişler sağlanmıştır (Hoecht ve Trott, 2006).

Çizelge 2.2. Ülkelere Göre Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımı

Oluşumlar	**ÜLKELER**				
	Almanya	**Birleşik Krallık**	**Avusturya ve Yeni Zelanda**	**Avrupa Birliği**	**Yunanistan**
Dış Kaynak Faaliyetler	**a)** Klinik öncesi olmayan hizmetler - Bilgi teknolojisi hizmetleri - Satın alma, satın alma ve teslimat -Payment tahsilatı - Tesis yönetimi (temizlik, çamaşır yıkama) - Hasta nakil - Snack bar **b)** Klinik hizmetler: (tıbbi ve teknik): - Laboratuvar (patoloji, mikrobiyoloji) - Eczane - Radyoloji - Nükleer Tıp	**a)** Klinik öncesi olmayan hizmetler - Tesis yönetimi (temizlik, yemek ve bakım) -Sterilizasyon - Geçici olmayan hasta nakliyesi **b)** Klinik hizmetler: - Fizyoterapi, mesleki terapi, konuşma ve dil terapisi -Headech sağlık bakım hizmeti (toplam parenteral beslenme, intravenöz kemoterapi, sürekli ayaktan periton diyalizi) -"Sağlık turizmi"	**a)** Klinik öncesi olmayan hizmetler - Otopark - Çamaşır - Temizlik - Yemekler - Bilgi sistemi - Güvenlik - Bölmelere dağıtım - Bakım ve bahçıvanlık **b)** Klinik hizmetler: - Zihinsel sağlık hizmetleri - Radyoloji - Patoloji - Eczane - Diş Hekimliği	**a)** Klinik öncesi olmayan hizmetler - Yemekler - Temizlik - Çamaşır - Hukuk danışmanlığı - Haşere kontrolü - Atık Yönetimi -Otopark - Bilgi sistemi - Hasta nakil - Sterilizasyon **b)** Klinik hizmetler: - Acil Tıp -Manyetik rezonans - Görüntüleme - Fizyoterapi ve rehabilitasyon - Eczane - Diyaliz - Patoloji - Anesteziyoloji - Yataklı bakım yönetimi -"Sağlık turizmi"	a) Klinik öncesi olmayan hizmetler: - Snack bar - Yemekler - Hukuk danışmanlığı - Ekipman bakımı - Çamaşır - Laboratuvar NB: Yunan sağlık sektöründe klinik hizmetler dışında (Laboratuvar dışında) dış kaynak kullanımı konusunda yayınlanmış bir araştırma bulunamadı.

Çizelge 2.2. Ülkelere Göre Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımı Devamı

Kazanım ve Hareket Düzeyi	- Cihazlardaki ve stoklardaki yatırımları azaltma - İnsan kaynakları maliyet düşürme - Yatırım masrafları (büyük hastaneler tarafından desteklenmesi daha kolay)	- Maliyet ve sağlık hizmetleri kalite standardizasyonu - Ortaklık politikası - Yardımcı faaliyetlerde Cos azaltımı -İş süreçlerinin yeniden tasarımı ve IT güncellemesi - Uzmanlığa erişim - Esneklik - Stratejik avantajlar elde etmek için kritik faaliyetlere ve zayıf düşünceye odaklanmaya odaklanma	-Maliyet azaltma - End Public - Özel çıkar çatışması - Düşük ve savunmasız talep hizmetleri ile uğraşmak için esneklik (örn. Diş bakımı) - Temel yeterliliklere odaklanma - Personel azaltılması (bazı durumlarda% 22 indirim) -Hükümet özelleştirme programı - Verimlilik -Risk azaltma	-Klinik faaliyetlerde: uzmanlığa erişim - Klinik dışı etkinliklerde: maliyet düşürme - Süreç çevikliği (hastanın kabulü gibi BT'yi önyüzdeki faaliyetlere dış kaynaklı olarak sağlayın) - Veri aktarımında ve muhafazasında kolaylık -Hafta: Finansman sistemleri değişiklikleri	- Maliyet azaltma - Hasta memnuniyeti - Esneklik - İnsan kaynaklarının azlığı - Temel işlere odaklanma
Yararları	- Hizmet dışı kaliteden daha yüksek dış kaynak hizmeti kalitesi - Maliyet azaltma	-Hizmet standardizasyonu (Ulusal Standartlara uymak için)	-İmalat geliştirme - Hasta sayısındaki artış - Personel azaltılması (1.200 yataklı birimde 160 ila 35 arası) - Maliyet azaltma (20000 Aus$'dan 3000'e)	- En iyi uygulamalara ve en üst sınıf teknolojiye erişim	- Hizmet kalitesinin iyileştirilmesi
Riskler	- Uyum sorunları - IT dışkaynaklarının yüksek gizli maliyetleri - Hizmet kalitesiyle ilgili hasta iddiaları	- Sonuçların izlenmesi zorluğu ve sonuç olarak proses izleme ihtiyacı	- Tedarikçi uyumsuzluğa ve kaliteye azalış -Hükümleri uyumsuzluk sözleşmesi - Daha önce düşünülmeyen izleme maliyetleri - İçselleştirmeye yol açan kültürel tutarsızlıklar (ör. Yemek, temizlik)	- Dışarıdan sağlanan çıktılardan memnuniyetsizlik (hizmet kalitesi, maliyet düşürme ve süreç çevikliği)	- Maliyetler üzerinde çok düşük bir etki - Entegrasyon ve koordinasyon zorlukları - İç süreçleri anlamak için satıcıların zorluğu. - Kalite düzeyindeki değişiklikler konusunda müzakerelerde güçlük

Çizelge 2.2. Ülkelere Göre Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımı Devamı

Sonuçlar ve Gelecek Görüngesi	- Hastane büyüklüğü büyüdükçe dışkaynak seviyesi (klinik ve klinik olmayan) azalır. - Dışarıdan yapılanma (BT) istekliliğindeki bölgesel farklılıklar - Baskınlık örüntüsü: hasta doğrudan doğum hizmeti hizmetleri içselleştirilmiştir. - Temizlik, yemek, çamaşırhane ve laboratuvar hizmetleri dış kaynaklı "ikinci dalga"; - Sterilizasyon, bina bakımı, muhasebe ve İK yönetim hizmetlerinde dış kaynak kullanımı artışı	- Dış kaynak kullanımı anlaşmalarının gelişmesine güveniyor: - Yan hizmetlerdeki maliyet tasarruflarından "bilgi yoğun iş hizmeti (KIBS)" yoluyla uzmanlık boşluklarının doldurulmasına kadar - Kıyaslamalı hizmetlerin eğilimi	- "Karışık dış kaynak kullanımı" çözümleri - Küçültme amacıyla temizlik ve yemekler dış kaynak kullanımı (personel transferi) - Sadece sözleşmeleri gözden geçirerek maliyet düşürme ve kalite kazanımları Klinisyenler, klinik bulgulara kıyasla izleme ve ölçüm sonuçlarının zor olması nedeniyle dahili olarak kalmaktadırlar.	- Sözleşme yönetimi, görüşme becerilerinin eksikliği, kötü değerlendirme, kötü ödeme biçimi seçimi ve ölçüm kültürünün bulunmaması nedeniyle başarısızlık. - Dış kaynak kullanım sürecini geri alma ve faaliyetleri içselleştirme imkanını sadece klinik hizmetleri ifade eder - Gündelik dışkaynak hizmetleri - İletişim hizmetleri yabancıdış kaynak kullanımı eğilimi	- Katılımcıların % 95,3'ü bir veya daha fazla faaliyette bulunmaktadır. - Dışarıdan sağlama, tam zamanlı personel azalmasına yol açmadı (yalnızca ankete katılanların %16.3'ünde %11 ila % 20 personel değişimi gerçekleşti) - Katılımcıların % 81,4'ü, yakın gelecekte dış kaynaklı büyümenin orta ila büyük oranda artacağını öngörürken, %20'den az bir azalmayı öngörmektedir

Kaynak: Guimarâes, C. M. and de Carvalho, J. C. (2011)'den uyarlanmıştır.

Belirtilen 2.2. çizelgesinde, sağlık sektöründe dış kaynak kullanımı ile ilgili en güncel literatür toplu bir bakışla gözden geçirilmektedir. Sıklıkla bulunan etkinlikler tipolojisi, belirlenen riskler ve tuzaklar ile bu sektörde dış kaynak kullanımını stratejik bir araç haline getiren avantajlar ve fırsatlar hakkında mevcut tüm bilgileri bir araya getiren bu tabloda, farklı ülkelerde farklı sağlık hizmeti ile dış kaynak kullanımına yönelik yapılandırılmış bir çerçeve oluşturulmaktadır. Farklı ülkelerdeki farklı faaliyetler dışına çıkıldığında ortaya çıkan temel sürücüleri, riskleri, avantajları ve eğilimleri tam olarak gösterebilecek bilimsel ve gri literatürden bilgi ve örnekler toplamak amacıyla sistematik bir inceleme yapılmıştır. Çizelgede, literatür taramasının tüm ilgili bulgularını tanımlamak ve karşılaştırmak için, Almanya, Birleşik Krallık, Avustralya, Yeni Zelanda, Amerika Birleşik Devletleri ve Yunanistan'daki farklı sağlık sistemi verilerinden yararlanılarak, sağlık hizmetlerinde dış kaynak kullanımının güncellenmiş gerçekliği gösterilmektedir (Guimarâes ve de Carvalho, 2011).

2.2.5. Kurumsal Karne

Kurumsal Karne, (KK) yirminci yüzyılda stratejik yönetimdeki en önemli yeniliklerden biri olarak bilinir (Steele, 2001). Kurumsal karne, bir kuruluşun vizyon ve stratejisinden türetilen, performans ölçüm ve değerlendirmesi esasına dayanan stratejik bir yönetim yaklaşımıdır. KK, Dr Robert Kaplan ve David Norton (1996) tarafından, büyük ölçüde önceki stratejik yönetim yaklaşımlarındaki eksikliklere yanıt olarak geliştirilmiştir. KK yaklaşımı, organizasyonu dört farklı perspektiften incelemeyi savunmaktadır. Bunlar: finansal, müşteri, iç süreçler ile öğrenme ve büyüme perpektifleridir. Kurumsal karne yönetiminde, puan kartı geliştirilmekte ve perspektiflerin her birinin analiz edilmesi için veriler toplanmaktadır. Başlangıçta kâr odaklı işletmelere yönelik KK, üniversitelerden hastanelere kadar çeşitli hedefler taşıyan birçok organizasyon tarafından benimsenmiştir. Bain & Company'nin 2002'de yaptığı bir ankete göre, Fortune'un 1.000 şirketi Kuzey Amerika'da ve yaklaşık% 40'ı Avrupa'da KK'nin bir sürümünü kullanmıştır (Weng, 2011).

Kamu ve özel sektörlerde üretilen fikirlere dayanılarak uygun bir performans ölçüm sistemine duyulan ihtiyaç tespit edilmiş ve uzun zaman önce bu sistem gerçekleştirilmiştir (Green, 1994). 1980'lerin başından bu yana kamu sektörü, örgütsel ve ekonomik etkinlik için kâr amacı gütmeyen bir sektör yönetimi tarzını vurgulayan önemli reformlar yaşamıştır (Bevir vd., 2003). Ayrıca şu anda özel sektörün, kamu sektöründe yönetim yeniliğinin önemli bir kaynağı olduğu kabul edilmektedir (Keller, 2011). Çoğu stratejik yönetim aracı gibi, KK'nın arkasındaki fikir, öncelikle kâr odaklı kuruluşun ihtiyacına bağlıdır. Bununla birlikte, Kaplan ve Norton (2001), KK kavramının, kâr amacı gütmeyen veya kamuya açık organizasyonlara uyarlanabileceği görüşündedirler (Sayed, 2013).

Akademik alanda kurumsal karnenin özel sektör ile karşılaştırılmasına ilişkin literatür zengin değildir ve mevcut literatürde büyük bir bölüm vaka incelemelerinden oluşmaktadır (Nistor, 2009). Bunun dışında KK, çeşitli endüstri sektörlerine ve organizasyon boyutlarına uyarlanabilir. Bu da KK'ı iş bağlamları ve ortamları arasında etkin bir araç haline getirir. Sonuçta stratejik planlama ve organizasyonel performansı izlemek için kurumsal karne yüzlerce şirket ve devlet kurumunda başarıyla kullanılmıştır. Çalışmalara göre KK endüstriyel düzenlemelerde bakım sistemlerinin performansına (Tsang vd., 1999), bilgiye dayalı organizasyonlara (Moore vd., 2001), performans ölçümlerine (Banker vd., 2004, Neely vd., 2000), iletişim stratejilerine (Malina ve Selto 2001), süreç

ölçüm ve tasarımına (Sink ve Smith 1999), misafirperverlik işlemlerine (Denton ve White 2000), sağlık bakımına (Oliveria 2001, Li ve Dalton 2003, Pink vd., 2001, Zelman vd., 2003, Auger and Roy 2004, Pineno 2002,) ve bilgi sistemleri yönetimi alanına başarı noktasında etkide bulunmuştur. (Van Der Zee ve De Jong 1999, Mair 2002, Martinsons vd., 1999) Bütün organizasyonlar, bugünün operasyonlarında, yarının gelişimini ve iş sonuçlarını etkileyecekleri için kontrol ve izleme yapmalıdır. KK, sadece elde edilen sonuçların kaydını değil, aynı zamanda beklenen sonuçların tahminini, iş vizyonu ve stratejiye dönüştürmektedir. Strateji "eğer-öyleyse" hipotezleri kümesi olarak görülebilir. Belli stratejik faaliyetlerin gerçekleştirilmesi durumunda, beklenen mali sonuçlar ortaya çıkabilir. Stratejinin nasıl çalıştığını ve etkinliğinin derecesini bilmek, bir şirketin başarısı için kritik önem taşımaktadır. KK'nin çerçevesi, neden-sonuç ilişkilerinin analizi ve şirketin bütünleşmesi konusunda idealdir. KK, Kurumsal stratejinin farklı unsurlarını, yeniden yönlendirme sürecini şekillendiren kritik amaçlar, stratejiler ve en önemlisi somut ve dokunulmaz önlemlerin karışımı olan bir araçla bütünleştirmektedir (Simon, 2005).

Operasyonel girişimlerin temel sorunlarına ilişkin stratejik hedeflerle etkisiz hale getirilmesi beklenilmektedir. Burada işletmelerdeki stratejik planlama ve yönetimin ortak bir sonucu olarak kontrol ile kendini göstermekte ve stratejik hedeflerle bunlar irdelenmektedirler (Goold ve Quinn, 1990). Kontrolün etkili olabilmesi için, kuruluşun sunduğu faaliyetler, sonuçlar ve kuruluşun her ikisine ilişkin daha önceki beklentileri hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir (Lawrie ve Cobbold, 2001). Stratejik kontrol, yönetimin fiili çıktılarının stratejik seçim için ayrılmaz sonuçlara uygun olmasını sağlamaya yönelik olarak tasarlanmıştır (Harrison, 1991).

Schiemann ve Lingle (2000), kurumsal karne stratejisini kullanan şirketlerin, benzer yöntemleri kullanmamış olan rakiplere nazaran hem stratejik hem de finansal açıdan daha iyi olduğunu kanıtladıklarını iddia etmektedir.

Günümüz işletmelerinin, finansal göstergeler kadar stratejik yeteneklere ve müşteri beklentilerine odaklanması da kritik önem taşımaktadır (Schiemann ve Lingle 1997). Bir strateji aracı olarak kurumsal karnenin en büyük başarısı geleneksel performans ölçümlemelerinde kullanılan sadece finansal göstergelerin yanına finansal olmayan göstergeleri eklemesi, bunları bütünleştirip, ağırlıklandırması ve sürekli ölçümleyerek zaman içindeki gelişimlerini, işletmelerin ve yöneticilerin kontrol edebileceği düzeye

getirmesindedir. Kurumsal karne, sadece bir denetim aracı olarak yöneticilere daha etkili kontrol sağlamanın ötesinde, işletmelerin stratejileri ile bütünleşmiş olarak orta ve uzun vadeli performans göstergelerini ölçmeye olanak sağlamaktadır. Performans göstergeleri, hedeflere ulaşılamadığı durumlarda yöneticilere gerekli geri bildirimler sağlayarak önemli alanlarda iyileştirme yapma imkanı sunmaktadır. Dolayısıyla, kurumsal karne yönetimin her kademesinde hem performans çıktılarının hem de bu çıktılara yol açan kritik belirleyicilerin gerçekçi bir göstergesi olarak işletmelere hizmet etmektedir (Laçin ve Enginoğlu, 2016).

Bisbe ve Barrubes (2012) kapsamlı bir literatür taraması ile BSC'nin sağlık hizmetleri ortamında bir strateji uygulama ve izleme aracı olarak uygulanabilirliğini incelemiştir. Sağlık kuruluşlarının yapısını hesaba katmak için BSC'nin mevcut formatında yapılması gereken değişiklikleri bulmuşlardır (Soysa vd., 2017).

Genel hastaneler tipik olarak büyük ve karmaşık organizasyonlar olmasına rağmen, yeteneklerini yeni hizmetler sunmak için uyarlamak veya yeni teknikler uygulamak gibi zorluklarla baş etmek için sürekli değişen bir durumda olduklarını ispatlamılardır. Kamu hastanelerinin karşı karşıya olduğu zorluklar, yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda sağlık ve bilgi teknolojilerindeki gelişmeler ile sağlık uzmanlarının ve hastaların beklentileriyle ilgili çeşitli alanlardan gelmektedir. Sağlık sistemi yöneticileri ve hastane yöneticileri, en iyi sağlık hizmetini sunmalarına ve verimliliği artırmalarına yardımcı olabilecek her tür rehberliğe dikkat etmektedirler (Gabutti ve Cicchetti, 2017).

Hastane performans değerlendirmesi, sağlık hizmeti sunucuları, karar vericiler ve sağlık hizmetlerini satın alanlar gibi farklı paydaşlar için gittikçe önem kazanmaktadır. Hastaneler toplam sağlık bütçesinin yarısından fazlasını tüketirken (McKee vd., 2002) yakın tarihli hastane reformları daha etkin ve etkili bir hastane bakımı sağlamaya yönelik bir araştırmayı vurgulamaktadır. Bu daha etkin ve etkili hastane bakımı, klinisyenler veya sağlık hizmeti yöneticileri için genelleştirilebilir, standartlaştırılmış yorumlamalar ve kullanışlı bilgiler vasıtasıyla elde edilebilir (Willis vd., 2008). Hastane işleyişinin kavramsallaştırılması, çeşitli ve karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu alanda dikkate alınması gereken bir kuruluş olarak, Dünya Sağlık Örgütü'de stratetejik yönelimler belirlemiştir. Dünya Sağlık Örgütü stratejik yönelimleri, klinik etkinlik, güvenlik, hasta merkezli olma, duyarlı yönetişim, personel yönlendirmesi ve verimlilik olmak üzere birbiriyle ilişkili altı boyut halinede ele almıştır. (Veillard vd., 2005). Hastane yönetiminde en önemli hedefler,

sağlık giderlerini azaltmak ve hastalara en iyi tıbbi bakımı sağlamaktır. Bu nedenle, bakım masrafını iş gücü ile dengede tutmak ve stratejik planlamanın operasyonel ve işletme düzeyleri arasındaki boşluğu en aza indirmek için bir araca ihtiyaç duyulmaktadır (Luoa vd., 2012).

Yöneticiler, organizasyon stratejilerinin etkinliğini incelemek ve organizasyon stratejisini tüm organizasyonlar boyunca ilerletmek için strateji değerlendirmesinde, dengeli puan kartı adında bir performans ölçüm sistemi kullanmaktadırlar (Kaplan, 2001).

Dengeli Puan Kartının ortaya çıkışından bu yana, işlevi gelişmektedir. Tasarım kavramı ve mantıksal çerçevesi, işletme stratejisinin etkili bir şekilde uygulanması için olasılık ve kullanılabilirlik sağlamaktadır. Dengeli Puan Kartı, stratejik yönetim aracı olarak hareket ederek, KK'nin strateji uygulama işlevini tam olarak yerine getirmesi ve geleneksel performans değerlendirme alanının kısıtlamasından çıkarması adına yararlıdır. Dahası, kurumsal stratejinin uygulanması sorununu çözmeye yardımcı olmaktadır. 1990'lı yıllardan beri, KK performans değerlendirme aracından, stratejik yönetim aracı haline gelmiş ve o zamandan beri KK, stratejik yönetim döngüsünün her alanında önemli bir rol oynamıştır (Jiang, 2017).

Üç nesil boyunca, dengeli puan kartı, stratejik yönetim sürecinde çok çeşitli yöneticileri içeren, kontrol sınırları sağlayan, ancak belirleyici ya da boğucu olmayan ve en önemlisi formülasyon ve uygulama arasındaki ayrımı ortadan kaldıran bir stratejik yönetim aracı olarak gelişmiştir (Lawrie ve Cobbold, 2004).

Dengeli puan kartı kavramının orjinali, mali ve mali olmayan performans ölçümlerini, dört perspektifte birleştirip yeni bir zemin oluşturarak ortaya çıkmıştır (Kaplan ve Norton, 1992). Bununla birlikte, izlenmesi gereken en önemlilerinin nasıl seçileceği hususu bir tasarım zorluğunu temsil etmektedir (Cobbold ve Lawrie, 2002). Cobbold ve Lawrie'nin 2. nesil dengeli puan kartı olarak nitelendirdikleri yanıtta kısmen de olsa, stratejik hedeflerin tanımlanması ve ölçülmesi ile sonuçların belirlenmesine yardımcı olmak için nedensel bir stratejik bağlantı modeli veya strateji haritası kullanılarak birbirine bağlandığı anlaşılmaktadır. Cobbold ve Lawrie'ye (2002) göre, 1990'ların sonunda yeni bir tasarım öğesi olan hedef bildirimi ortaya çıkmış ve bu zorluklara tepki olarak tam yönetim katılımına

dayalı yeni tasarım yaklaşımları geliştirilmiştir. Cobbold ve Lawrie, bu gelişmelere üçüncü nesil dengeli puan kartının ortaya çıkışı olarak değinmektedir (Andersen vd., 2004).

Kuruluşlar, başarı ölçümü ile ilgili çeşitli perspektifleri benimsemektedirler. Sağlık sektörü bakımından, puan kartları iş dünyasında ve akademik sektörlerde olduğundan daha farklı görünür. Duke Üniversitesi Tıp Merkezi puan kartı öğrenme ve büyüme perspektifi yerine bir eğitim ve araştırma perspektifi kullanmaktadır (Meliones, 1998). Michigan Grand Rapids'teki Butterworth Sağlık Sistemindeki "Sonuç Yönetimi için Rapor Kartı", hasta memnuniyeti, klinik sonuçlar, sağlıklı durumu ve maliyet (Schriefer vd., 1997) gibi dört perspektife sahiptir. Henry Ford Sağlık Sisteminin kurumsal karne yöntemi ise; büyüme, müşteri memnuniyeti, tüm sağlık sistemine atıfta bulunan sistem uyumuna ve düşük maliyetli bir yapıya sahiptir (Strenger 1997).

2.2.6. Müşteri (Hasta) Bölümlendirmesi

Müşteri bölümlendirmesi, müşterileri hedef alınabilecek gruplara bölen temel ayrımların belirlenmesine dayanmaktadır. Müşterilerin demografik özellikleri (yaş, ırk, din, cinsiyet, aile büyüklüğü, etnik köken, gelir, eğitim düzeyi), coğrafi (yaşadığı ve çalıştığı yer), psikolojik (sosyal sınıf, yaşam tarzı ve kişilik özellikleri) ve davranışsal (harcama, tüketim, kullanım ve arzulanan faydalar) eğilimleri müşteri bölümlendirme uygulamalarını belirlerken dikkate alınmaktadır. Sosyodemografik özellikler ile birlikte, ilişkisel faydalar hizmet şirketleri için önemli bir bölümlendirme değişkeni olarak atanmıştır (Burton ve Easingwood, 2006). Müşteri bölümlemesi ile bir mağaza, müşterilerin perakendeci ile olan ilişkilerinin ilişkisel faydalarını takdir ettikleri farklı yollarla tanımlayarak, her bir müşteri türünün özelliklerine dayalı pazarlama stratejileri tasarlayabilir (Gil-Saura ve Ruiz-Molina, 2009).

Şirketlerin belirli müşterilere hitap etmesini sağlayacak bir müşteri bölümlendirmesi modeli, pazarlama kaynaklarının verimli bir şekilde tahsis edilmesine ve çapraz ve yukarı satış fırsatlarının, en üst düzeye çıkarılmasına olanak tanımaktadır. Bir grup müşteri kendi ihtiyaçları doğrultusunda tasarlanmış bir pazarlama karmasının parçası olarak kişiselleştirilmiş mesajlar gönderdiğinde, şirketlerin bu müşterilere daha fazla ürün satın almalarını teşvik eden özel teklifler göndermesi daha kolaydır. Müşteri bölümlendirmesi ayrıca müşteri hizmetini artırabilir ve müşteri bağlılığına ve kalıcılığına yardımcı olabilir.

Kişiselleştirilmiş doğası gereği müşteri bölümlendirmesini kullanan markaların gönderdiği pazarlama materyalleri, müşteri bölümlendirmesi kullanmayan dolayısıyla müşterilerinin satın alma geçmişlerini takip etmeyen marka materyallerinin aksine, bu materyalleri alan müşteriler tarafından daha değerli görülmekte ve takdir edilmektedir. Müşteri bölümlendirmesinin diğer yararları, rakiplerin pazardaki belirli bölümlerinde bir adım önde olmayı ve mevcut veya potansiyel müşterilerin ilgisini çekebilecek yeni ürünleri tanımlamayı veya müşterilerin beklentilerini karşılamak için ürünleri iyileştirmeyi içermektedir (Melnic, 2016).

'Bölümlendirme' işlemi, tüm müşterileri bölüm olarak bilinen alt gruplara bölmek için kullanılabilir. Bir "Bölüm" belirli bir müşteri grubunu veya müşteri gereksinimlerini ve özelliklerini belirtir. Özellikle, 'Müşteri Gereksinimleri Bölümlendirmesi', tüm müşterileri, gereksinimlerinin farklılıklarına göre farklı bölümlere ayırma süreci olarak tanımlanır. Müşteri Gereksinimleri Bölümlendirmesi, hassas bir sınıflandırma aracı sağlamak için bu yazıda ortaya konan yeni bir terimdir. Geleneksel olarak literatürde en çok kullanılan 'pazar bölümlendirmesi' veya 'müşteri bölümlendirmesi' gibi terimlerin aksine, bu terim ile 'Müşteriler' yerine 'gereksinimler' üzerinde durulmuştur (Daetz vd., 1995).

İlgili literatürde, çeşitli sektörlerde vaka incelemeleri ile teorik veya pratik olarak müşteri hizmetleri bölümlendirmesine katkıda bulunan çalışmalar bulunmaktadır (Kyj ve Kyj, 1994; Anderson ve Narus, 1995; Zinszer, 1997; Boyt ve Harvey, 1997; Mikkal vd., 2004; Eckert ve Goldsby, 1997; Gilmour vd., 1994 Mentzer vd., 2004; Pirttila ve Huiskonen, 1996; Murphy ve Daley, 1994; Sharma ve Lambert, 1994). Yapılan birçok araştırma, çeşitli sektörlerdeki şirketlerin müşteri bölümlendirmesini pazarlama kararlarının alınmasında nasıl başarılı bir şekilde uyguladıklarını göstermek için yapılmıştır. Müşteri bölümlemesi ile kârın en üst düzeye çıkarılması için şirketlerin tüm müşterilere eşit şekilde hizmet etmek yerine, değerli müşterileri tanımlanması gerektiğini belirtilmiştir. Çünkü bazı müşterilerle iş yapmak maliyetli olup, uzun vadede dahi karlı olma potansiyeli oldukça azdır. Müşteri bölümlemesinde müşterileri gruplara ayırmak için müşteri bilgilerini kullanmak, şirketlerin müşterinin ihtiyaçlarını ve farklı karlılık düzeylerini belirlemelerine yardımcı olabilir. Daha sonra, bu müşteri gruplarının özelliklerine dayalı olarak pazarlama stratejileri veya hizmetleri geliştirilebilir (Zeithaml ve Bitner, 2000).

Zeithaml ve arkadaşları (2001), firmaların müşteriden aldıkları fayda temelinde, karlı müşterileri hedeflemelerine ve sunmalarına olanak tanıyan bir müşteri piramidi aracı geliştirmişlerdir. Bu müşteri piramidi modeli müşterileri, platin, altın, demir ve kurşun olmak üzere dört tabakaya ayırmaktadır. Pramidin üst kısmında yer alan platin ve altın tabakasındaki müşteriler değerli kabul edilirken, pramidin alt kısmında yer alan demir ve kurşun tabakasındaki müşteriler daha az cazip görülmektedir. Şirketler, bu aracı, farklı müşteri katmanlarından daha fazla değer elde etmelerini sağlayacak ve genel olarak daha yüksek ekonomik yararlar sağlayacak şekilde özelleştirilmiş ürünler ve hizmetler geliştirmek için de kullanabilirler. Bunun yanı sıra şirketler bu aracı, hizmet kalitesi ve karlılık arasındaki bağlantıyı güçlendirmek ve pazarlama kaynaklarının optimum tahsisini belirlemek için de kullanabilirler (Tsai vd., 2015).

Wedel ve Kamakura (1998) etkin bölümlendirme için çeşitli ölçütler belirlemişlerdir. Bunalar: tanımlanabilirlik, gerçeklik, erişilebilirlik, istikrar, uygulanabilirlik ve cevap verme olarak sıralanmıştır (Lemon ve Mark, 2006). Şirketler müşteri bölümlendirmesini kaynakları şirket için değerli yatırımlara ayırmak ve müşterilerin daha az ihtiyaç duyduğu diğer yatırımları en aza indirmek için kullanabileceklerini keşfetmiştir. Bir müşterinin potansiyel değeri ve mevcut değeri hakkında bilgi birleştirme, şirketin müşteri piramit bölümlemesini geliştirmesine olanak tanımaktadır. Örneğin, şirket, müşterileri düşük bir akım değeri için, ancak yüksek bir potansiyel değerle hedeflemeye karar verebilir (Verhoef ve Donker, 2001).

Tarihsel olarak, bölümlendirme teorisi, piyasa heterojenitesinin temel varsayımına dayanılarak homojen bölümlerin tanımlanmasına yol açmıştır (Beane ve Ennis, 1987; Wind, 1978). Kesitlerin içindeki homojenliğin kapsamının, pratik yönetimsel kısıtlamalarla yapay olarak üretilebileceği Wedel ve Kamakura (2000) görüşünü öne sürmüşlerdir (Quinn vd., 2007). Bununla birlikte, homojenlik hakkındaki bu varsayım tatmin edildikten sonra, bölüm yeterlilik ölçütlerinin rolü, bir bölümün farklı kullanıcı özelliklerine ve ihtiyaçlarına sahip olma durumunu, fırsatın yeterince değerli olup olmadığını, bu özelliklerin zaman içinde ölçülebilir ve istikrarlı, rakiplerin kolayca tespit edilebilme ve belirli bir pazarlama programının etkili bir şekilde hedef alıp alınabilmesi durumunu değerlendirmektir (Doyle ve Saunders, 1985). Webster (1991) ayrıca, büyük müşteri grupları ile piyasa stratejisinin operasyonel olarak ilgili olduğunu belirtmiştir (Dibb ve Simkin, 2010).

Pazar bölümlendirmesi, bir pazarı farklı ihtiyaçlara, özelliklere veya davranışlara sahip farklı müşteriler grubuna bölmek olarak tanımlanabilir; farklı ürünler gerektirebilir veya çeşitli pazarlama çabalarının birleşimlerine farklı tepkiler verebilir. Kullanılabilecek bazı bölümler, coğrafi, demografik, psikografik ve davranışsaldır. Bölümleme için kullanılabilecek diğer değişkenler, durumsal (ör. Satın alma / kullanma vesileleri) ve ürünlerin müşteri tercihleri veya belirli ürün nitelik seviyelerini içerir. Etkili bölümlendirme, genellikle, her bir bölümün istikrar, büyüme potansiyeli, boyut, erişilebilirlik, yanıt verme durumu ve bu düzeydeki müşterilerin ve kendilerine yönelik pazarlama çabalarının, şirket hedefleri ve kaynakları ile uyumlu olup olmadığı gibi bazı ölçütlerde değerlendirilmesini gerektirir. Bir şirketin kaynaklarının sınırlı olması ve müşterilerini en iyi tanımlayacakları ve bu tanımlamalara göre sunabilecekleri hizmetler konusuna odaklanmaları nedeniyle bölümlendirme önemlidir. Bireysel müşteri bölümlendirmesi, belirli bir grup içi homojenlik derecesine sahiptir ve bu da bölüm üyelerinin pazarlama çabalarına benzer şekilde cevap vereceğine işaret etmektedir. Bu, firmaların pazarlama kaynaklarını her bir kesime daha verimli bir şekilde uygulamanıza olanak tanır. Tabii ki şirketler, bu çabalar sonucunda beklenen net kazanç sağlandığı sürece, sadece bölümlendirme stratejilerini üstlenmeye motive edilirler. Etkin bölümlendirme, bir şirketin hangi müşteri gruplarına hizmet sunmaya çalışacaklarını, ürün ve hizmetlerini her grup için en iyi şekilde nasıl konumlandıracaklarını belirleyebilmelerini sağlar. Bölümlendirme, pazarlama hedef ve stratejilerinin geliştirilmesinin ayrılmaz bir parçasıdır; burada bu hedeflerin tanımlanması genelde: (a) Mevcut müşteri bölümlerinin analizine dayalı olarak ürünlerin satış ya da geliştirme yöntemlerinin analizi, (b) mevcut ürünlerin veya gelişimin hedefi olarak yeni bölümlendirme tanımlanmasını içerecektir (Cooil vd., 2008).

Bölümlendirme, yönetim kararlarını kolaylaştırır. Bir şirket, hangi tür müşterileri hedeflemek istediğine karar verebilir. Öncelikli olarak belirlenecek müşteri gruplarının seçimi (piyasa bölümlendirmesi); istikrarlı, algısal ve kar getirecek şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca şirketin, güçlü özelliklerine dayanarak seçilen bölüme tepki gösterebilmesi de önemlidir. Bu, diğer rakiplerden farklı olmalarına yardımcı olacaktır. Genellikle bölüm, müşterilerin birleşimi olan mümkün olduğunca benzer (homojen iç kısım) tüketiciler grubu olarak tanımlanır ve aynı zamanda diğer bölümlerdeki (heterojen dış) müşterilerin özelliklerine göre farklıdır (Panuš vd., 2016).

Müşteri tabanını bölümlere ayırma ihtiyacı, tercihler, satış hacmi, işlem yoğunluğu ve müşteri karlılığı açısından müşteriler arasındaki farkların bir fonksiyonudur. Müşteri tabanlarını bölümlere ayırma ihtiyacını belirlemek için kullanılacak temel özelliklerin, müşteri tabanındaki karlılık dağılımı olduğu iddia edilmektedir. Storbacka (1994), bir müşteri tabanındaki kârlılığın dağılımını ölçmek için bir endeks geliştirmiştir: bu endeks Stobacoff endeksi olarak adlandırılmaktadır. Stobachoff endeksi aslında incelenen müşteri tabanının "ideal" bir müşteri tabanından sapmasının bir ölçüsüdür. Stobacoff endeksi sıfır olduğunda kârlılık eşit şekilde dağılmıştır. Yani tüm müşteriler eşit derecede kârlıdır. Endeks sıfırdan büyük olduğunda ise kârlılık eşit olmayan bir şekilde dağılmıştır (Storbacka, 1997).

Hizmetlerde müşteri bölümlendirmesinin mantığı, iş sisteminin seçimi ile müşterinin potansiyel gelir akışı arasında oldukça basit bir ilişki kurmaktır. Müşteri bölümlendirmesi yüksek katılımlı çalışma sistemlerinin kullanılmasında işgücünü 'yarı profesyonelleştiren' bir araçtır. Çalışanlar, basitten karmaşık işlemlere geçtikçe ve daha karmaşık ve katma değerli müşterilere hizmet ederken, bağımsız bir yargı ve sorumluluk üstlenme noktasında daha fazla beceri ve fırsat bulmaktadırlar. Örneğin, en yüksek noktada, ulusal kurumsal hesaplar için, bağımsız profesyoneller olarak tanımlanabilen, kolej eğitimli, özel hesap yöneticilerini belirler. Bu kavramsallaştırma Herzenberg vd. (1998) ve Frenkel vd. (1999)'e göre, iş sistemlerinin takdimleri, oldukça akılcı hale gelen, güçlenen veya otonom olan hizmetlerin, meslek grupları arasında paylaştırılmasını sağlar (Batt, 2000).

Tarihsel olarak, sağlık hizmetleri sürekli işletme olarak kabul edilen bir endüstri olmuştur. Çünkü insanlar her zaman sağlık bakımına ihtiyaç duyacaktır ve bölümleme ürünler hakkında bilgilendirme için bir strateji olarak kabul edilmemiş olabilir. Ancak, Ekonomik Bakım Yasası'nın ortaya çıkması, sağlık bakımında artan karmaşıklıklar, sonuçların iyileştirilmesi ve maliyetin düşürülmesi ihtiyacı, sağlık hizmetlerindeki bölümlendirmenin önemini arttırmaktadır. Nüfus sağlığı stratejisini desteklemek için Virginia, North Carolina, Güney Carolina ve Gürcistan'da yaklaşık 4 milyon hastaya hizmet veren Novant Health, hastalarıyla ilgili geniş bir bilgiyi tek bir veritabanında toplamaktadır. Burada elde edilen hasta bilgileri sistemin klinik ve demografik bilgilerinin çok ötesinde bir bilginin ayrıntılı şekilde toplandığını ortaya koymaktadır. Novant Health, hastaları altı farklı gruba ayırmak için bu bilgi deposunu kullanmaktadır. Bölümlendirme stratejisi mülkiyettir, ancak organizasyon ilkelerinden biri olan sağlık bakımıyla hastaların etkileşim düzeylerini

değiştirmektedir. Bir bölüm, diğer hastalar için bakıcı olan ve sağlık sistemi ile oldukça etkileşim halinde olan bireyleri içerirken, başka bir bölümde yer alan hastalar sağlık hizmeti sunucularıyla etkileşim kurmaktan gerekmedikçe kaçınmaktadırlar (H&HN Magazine Archives, 2016).

2.2.7. Temel Yeterlilik

Bir firmanın kaynaklarını stratejik olarak yerleştirmesini ilgilendiren temel yeterlilik hususunu doğrudan gözlemlemek zordur, ancak şirketin kendi ayırıcı kabiliyetlerini ortaya çıkaran faaliyetlerinin gözlemlenmesi ile temel yeterlilik tanımlanabilir. Bu dolaylı gözlem yöntemi, yeterlilikler, temel faaliyetler, kaynaklar, ayırt edici kabiliyetler ve firmanın faaliyetleri arasındaki ilişkiyle açıklanabilir (Cao ve Dupuis, 2009).

Sanayi firmalarının gelecekteki temel yetkinliklerini belirlemek ve özelliklerini aydınlatmak için mevcut üretim organizasyonlarının teknolojik, yönetsel ve örgütsel perspektiflerini geliştirme, analiz etme ve bütünleştirme stratejileri, yenilikçilik ve sürdürülebilir rekabet avantajı durumları ile gerçekleştirlebilir (Nobre, 2011).

Temel yetkinlikler, öğrenme süreçleri vasıtasıyla geliştirilen ve organizasyona diğer kuruluşlara göre belirli güçlü ve üstün bir takım zımni ve kolektif bilgiyi temsil edebilir. Bunlar yenilik, müşteri çıkarları ve sürdürülebilir rekabet avantajı kaynaklarıdır Rekabetçi avantaj, bir firmanın rekabet ortamında kapladığı bir konumdadır ve aynı zamanda kuruluşun müşterileri için üstün değer yaratma ve kendisi için üstün kazançlar oluşturma kabiliyetini de temsil eder. Kurumun rekabet avantajı, değerleme, stratejik kaynakların yönetimi, dolaşım süreçlerinin geliştirilmesi ve dinamik çekirdek yeterliliklerle geliştiğinde sürdürülebilir hale gelir (Lei ve diğerleri, 1996).

Hamel ve Prahalad'ın (1990) geliştirdikleri modelde; iş başarısına ancak yenilikçi yaratıcılık, bilgi kaynakları ve uzmanlık yoluyla ulaşılabilir sonucunu ortaya koymuşlardır. Modele göre bu başarı faktörleri, mevcut bilgilerin iş süreçlerine uygulanmasından türetilmelidir. Bu faktörlerin birleşimi, "temel yetkinlikler" olarak adlandırılan bir organizasyonun kritik potansiyelini oluşturmaktadır. Temel yetkinlikler bu nedenle, bir kuruluşun mülkiyetinde olan dinamik bir süreç olarak algılanabilir ve bir işletme ya da ölçülebilir bir bilgi durumu ve sermaye şekli olarak tanımlanamaz demişlerdir.

Temel yeterlilik kavramı Quinn (1992), Drucker (1992) ve Porter (1995)'ın çalışmalarında yer almıştır. Çağdaş yönetim literatüründe, temel yeterlikleriyle sistematik olarak çalışmayı öğrenen organizasyonların, önemli bir stratejik güç elde ettikleri yönünde haklı bir inanç vardır. Çoğu yazar için temel yeterlilikler sayesinde rakiplerin bu alanda çoğalması zordur, çünkü farklıdırlar ve ortaya çıkmaları her bir organizasyon için endojendir. Bu nedenle bilgi ile yetkinlik temelli işletme stratejileri, kuruluşları çok etkili kılmakta ve bu sayede sürekli bir rekabet avantajı sağlamaktadır. Peters ve Waterman'ın (1983) mükemmel organizasyonları ve Peters'in (1988) eğilim belirleme şirketleri, temel yeterlilik hususunu kritik başarı faktörü olarak önermişlerdir. Nonaka ve Takeuchi (1955) ve Senge (1990) yetkinliklerin organizasyonda sosyal bir öğrenme sürecinin bir sonucu olarak oluştuğunu, kurum içi ve kurumlar arası iş stratejilerinin, yenilikçi süreçlerin, bilgi ve kişisel yetkinliklerin işletmenin öznel ürünlerini oluşturduğunu ileri sürmektedirler. Bu nedenle, temel yetkinlikler şu anda kuruluşların çevrelerine tepki vermesine ve benzersiz, etkili bir ürün/pazar politikası geliştirmesine olanak tanıyan, birincil araç olarak görülmektedir (Godbout, 2000).

Öğrenme ve yetkinlik, örgütsel kapasitenin temel faktörleridir. Yetkinlik, iş yerindeki talep üzerine bilgi ve becerilerin kontrolü ve pratik uygulaması olarak tanımlanır. Kullanımı ve paylaşımı ile değeri artan, büyümekte olan bir kaynaktır. Yetkinlik reformu, değişimde başarı ile açık bir ilişki içerisindedir. Sveiby'ye (1997) göre, kuruluşlardaki yeterlilik, beşeri, yapısal ve sosyal sermayeden oluşur. Beşeri sermaye, bireysel özellikler olarak belirginleşen paylaşılan bilgi ve yetkinliği içerir. Yapısal sermaye organizasyona ait bilgi olarak tanımlanır. Prosedürler, örgütsel rutinler, sistemler, kültür ve teknoloji yapısal sermayede yer almaktadır. Sosyal sermaye, bir organizasyonun atmosferine toplumsal bir bakış açısı ve güven verir. Personelin yeterliliği, çeşitli durumlarda kuruluşun kaynaklarını artırma kabiliyetini ifade eder ve bunun yanında iç ve dış kaynak olarak hareket eder. İşletmeye has olan tek becerisi, örgütsel yeterliliğin bir parçası haline geldiğinde, operasyonel ortamı değiştirmek için bilgi ve öğrenim durumu oluşturulmalıdır. Stratejik yeterliliğe dayalı yönetim, stratejik toplam düşünce tarzını geliştiren ve yaygın olarak tanımlanmış değerler ve hedefler yoluyla üretkenliğe yol açacak eylemi desteklemektedir. Motivasyon, stratejik düşünme ve yenilik, yeterlilikte temel meselelerdir. Stratejik yeterliliğe dayalı yönetim, kurumlardaki insanlar ya da organizasyon yapısı reformlar yoluyla değiştiğinde bile, yetkinliğin devamı ve uygulanmasını garanti eden unsurları içermektedir (Ollila, 2013).

Kuruluşlardaki stratejik yeterlilik temelli yönetim, esnek ve yenilikçi bir operasyon ortamını mümkün kılıp güçlendirebilir. Bunun yanı sıra çalışma ve organizasyonun operasyonel ön koşullarını ve özelliklerini kapsamlı olarak fark etmeyi ister. Yaşam döngüsü, üretkenlik bakış açısıyla yakından bağlantılı olan, yeterlilik odaklı bir rekabet ilgi alanı olarak tanımlanabilir. Bir organizasyonun insan sermayesi, organizasyonu inovasyon ve yetkinlikten yararlanma yeteneğini geliştirmeye, organizasyonu işlevlendirmeye ve yenilenmeyi geliştirmeye yönlendirilir. Yenilenme mevcut kaynaklara dayanmaktadır. Stratejik yeterlilik temelli yönetim, bir yöneticinin stratejik seçimlerle başarı arasındaki ilişkileri anlayabileceği bir yönetim aracıdır (Ollila, 2013).

Stratejik yeterlilik temelli yönetim, ileride karşılaşılan zorlukları kapsamlı bir şekilde hedef alan toplumsallığın stratejik bir ustalığı olarak görülmelidir. Bir kişinin rahatlığı, ancak farklı operasyonel imkanlar sunarak, iyi bir atmosfer ve güçlendirilmiş destek kullanarak, yönetim ve liderlik yetkinliğinden oluşacaktır. Etkileşim her alana aittir ve temel görevin işlevselliği üzerinde bir etkiye sahiptir. Stratejik yeterlilik temelli yönetim gereklilikleri, örgütte yenilenme, dönüşüm ve esneklik ile ilgilidir. Stratejik yeterlilik temelli yönetimi gerçekleştirmek için işin içeriğini, organizasyonunu ve yönetimini aynı anda ve özellikle de yeni liderlik anlayışına ihtiyaç duyulmaktadır. Stratejik yeterlilik temelli yönetim, personel, işlevsel etkileşim, yetkinlik ve öğrenme desteği ve güven arasındaki işbirliğini gerektirir. Liderlik, personelin bağlılığı ve motivasyonu ile bağlantılı olan coşkuyu elde etmeyi ve sürdürmeyi amaçlamaktadır (Martin vd., 2010:36).

Bir reform durumunda temel yeterliliklerden faydalanılması ve tamamen yeni yeterliliklerin geliştirilmesi için sistematik bir yönetim sürecine ihtiyaç vardır. Yetkinliği mümkün kılan esneklik ve operasyonel süreçler, merkezi bakış açısı ve ilkelerdir. Temel yetkinlik, bireysel becerilerin bir birleşimini sunar ve bol miktarda örtülü ve açık bilgi içerir (Hamel, 1994). Bir reform süresince yetkinlik kazanmak ve sürdürmek, bilgi birikimi yeteneğini gerektirir (Sanchez, 2001:3). Aynı zamanda yetkinlik geliştirme için destekleyici yapılar planlamak da önemlidir. Motivasyon mesleki becerilerin korunması için liderlikte coşku görülmelidir. Kabiliyet bağlılık ve yöneticinin tutarlılığı, geçiş başarısı ile yoğun bir ilişki içindedir (Sanchez ve Heene, 1997:4).

Yönetim yetkinliği, değişime liderlik etme, reform yapma becerisini gerektirir (Hail 1994:150). Operasyonel ve yapısal reformları gerçekleştirebilmek için, yönetsel yeterliliği

güçlendirmek ve yönetim izlemlerini iyileştirmek gerekir. Yetkinlik ve yetkinlik temelli yönetim ihtiyacı olan yetenekli geniş yönetim yeterliliği, örgütlerde üretkenliğin büyümesiyle önemli bir bağlantıya sahip olan verimlilik bakış açısı ile mevcut kavramların geçerlilik anlayışını güçlendirmek için çalışır (Ollila, 2013).

2.2.8. İttifak, Birleşme ve Devralmalar

İçinde doğrudan yabancı yatırımların var olduğu temel türlerinden olan sağlık sisteminde, geleneksel istisna dışındaki satış biçimleri (birleşme, satın alma ve özelleştirme) aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır:

• Yeşil Alan - Bir sağlık kuruluşu tarafından desteklenen yabancı yatırım ile tamamen yeni bir yer (arazi) ile iş faaliyetlerine başlar

• Kahverengi Alan - Yabancı yatırımın bir hastanede faaliyete geçiyor ya da daha önce yapılmış olan yerde sağlık bakım hizmetleri vermek için kullanılır, zaten bulunduğu yerde bazı altyapı varlıkları var, lakin iflâsın muhafaza ettiği bu mülk için satın alınabilecek işlemler yapılır ve yeni yatırımlar olarak adlandırılır.

• Müşterek teşebbüsler - Yabancı bir şirketin, yeni kurulan yereldeki hisseler elde etmesi ile dahil olduğu sağlık kurumu biçimi (Dickov ve Dickov, 2014).

Bir firmanın mevcut kaynak tabanını korumak veya yenilemek için yatırım yapması gerekir. Ayrıca, yeni fırsatlar ve kâr getiren yeni kaynakların geliştirilmesi, örgütsel yatırım gerektirir (Grant, 1991). Bir firmanın faaliyet gösterdiği pazarda, gelişmesi ve rekabet avantajı sağlaması için yeni kaynak taahhütleri gerekmektedir. Bu yeni gereksinimleri karşılamak için gereken kaynaklar her zaman açık pazar aracılığıyla satın alınamaz ve firmalar bazen bu kaynakları elde etmek için ortaklık stratejileri uygulamak zorundadır. Ortaklıklar stratejileri firmalar arasında benzersiz kaynakların alışverişine izin vermek için oluşturulmuştur (Das and Teng, 2000). Örneğin, bir hastanenin doluluk oranı sürekli olarak tam kapasiteye ulaşabilir, ancak, belge gereksinimi yasalarından dolayı açık pazarda yeni yataklar satın alınamaz. Bir hastane, arzu edilen yatak lisansını temin etmek için başka bir yerel tesis ile ortaklık kurabilir. Belirli özellikli ortaklık türlerini takip eden bölümlerde, sağlık kuruluşları için geçerli olan stratejiler tartışılmaktadır. Ortaklık stratejileri, firmaların

sahip olduğu ve diğer firmalar tarafından kontrol edilen kaynakları elde etmek için kullanılan bir araçtır. Ortaklık stratejilerinin kaynak temelli modeli, gelecekte sağlık sektöründeki değişimleri hakkında bilgi edinmek adına deneysel araştırmayı gerektirir. Hastaneler son yıllarda akut kaynak sıkıntısı yaşamış ve sonuçta ittifak ile satın alma stratejilerine katılmışlardır. Hastane sektöründeki örgütsel formların dağılımı, bağımsız mülkiyetten, sağlık sistemleri, hastane şebekeleri ve yönetim sözleşmesi düzenlemeleri de dahil olmak üzere diğer firmalarla olan kuruluşlar arası ilişkilere dağılmaktadır (Yarbrough ve Powers, 2006).

Hastaların memnuniyeti, sağlık alanında stratejik ittifaklar ve hastane pazarlaması ana odak noktasıdır. Çünkü bu unsurların tümü, hizmet kalitesini artırmaya ve hastanelerde süreçleri iyileştirmeye yardımcı olan katma değer adımları olarak düşünülmektedir (Lindenau-Stockfisch, 2011:31).

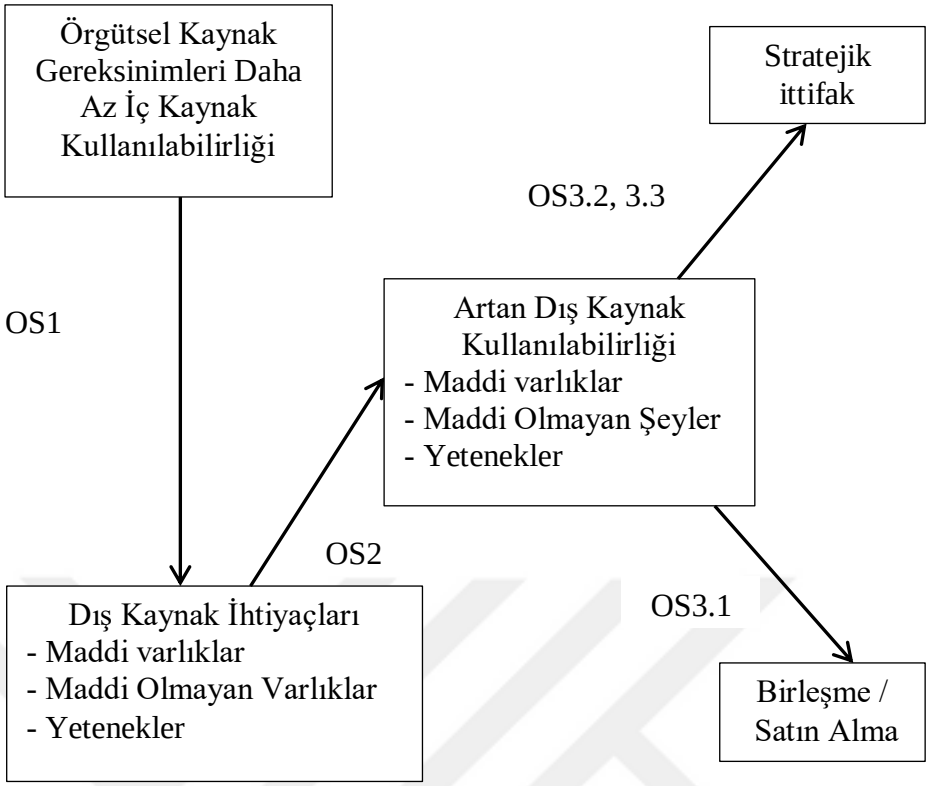
Sağlık kurumlarında ittifak türlerine ilişkin değerlendirmede bulunulduğunda diğer endüstrilerde olduğu gibi, hastaneler için stratejik ittifakların ana uygun sözleşme türleri lisanslama, sözleşme ve ortak girişimlerdir. Her halükarda, uygun sözleşme türünü seçmek, işbirliği süresini, ilgili işlevleri, çalışma mesafesini ve ilgili tarafların sayısını dikkate almayı gerektirir. Hastaneler stratejik ittifaklar kurmak için çeşitli seçeneklere sahiptir. Bu ittifaktaki ana tipler bölgesel, dikey, yatay ve diyagonal ittifaklardır (Wende, 2008:78).

Bölgesel ittifaklar, politik önceliklerden ve pratik kısıtlamalardan kaynaklanan bir ağın gerekliliğine odaklanmaktadır. Geiger'e göre (2008: 34-35), "bölgeselcilik birçok avantaj getirmektedir. Bununla maliyet azaltmanın yanı sıra, kalan bütçelerin yoğunlaşması ve bu bütçelerin esnek kullanım sağlanabilir". Böylelikle uzman gruplarla temaslar daha çok cesaretlendirilmiş, bölge kanaat önderleri daha yoğun biçimde bağlanmış, hastalara doğrudan doğruya bağ kurulmuş olabilir ve bölgesel çarpan etkileri de kullanılabilir. Muhtemel ortaklar yönetim bölümünde (muhasebeciler), tıbbi ve kalite yönetiminde (danışman şirketler) ve tıbbi ağ bölümlerinde (durağan ve ayakta tedarik) bulunabilir.

Aynı iş sektöründe dikey ittifaklar bulunabilir ve yukarı-akım ve bu ittifak şeklinde akım yönünde değer zincirlerine atıfta bulunulmaktadır. Bu, doktorların ve iyileştirmenin kabul edilmesi gibi, gerçek hastanelerin tedavi öncesi ve sonrası ortaklarının kullanılması anlamına gelir. Diğer potansiyel ortaklar sosyal hizmetler, kendi kendine yardım grupları,

hasta nakil ambulansları ve acil sağlık hizmetleri, sağlık sigortası şirketleri ve tedavi uzmanlarıdır. Aynı iş alanında yatay ittifaklar da bulunabilir, ancak dikey ittifaklara kıyasla aynı değer zincirine aittirler. Muhtemel ortaklar, bir ana merkez, birincil tedarik ve daha fazla yetkinlik merkezleri veya uzman klinikler sunan hastanelere sahip hastane zincirleridir. Hastane ve klinikler arasındaki yatay ittifakların temel hedefi büyüme, maksimum pazar gücü, artan rekabet gücü ve çift performans gibi atıklardan kaçınmadır. Yatay ittifaklar ile hastaneler, özel tedavi ve en son teknolojiler gibi gelişmiş bir hizmet değeri sunarak hastaların talebini karşılayabilir. Ayrıca, hastaneler arasındaki hastane ittifakları satın alma süreçleri açısından avantajlıdır. Çünkü birbirine bağlı hastaneler, tüm hastane zincirinin tedarikçilerin (ilaç, tıbbi donanım, tek kullanımlık eşyaları vb.) pazarlık gücünü azaltmalarını sağlayan stratejik satın alımlar oluşturabilir (Wende, 2008:79).

Hastanenin ve sektörün dışından şirketler arasında çapraz ittifaklar kurulabilir. Potansiyel ortaklar, eczaneler, tıbbi malzeme satan mağazalar, çamaşırhaneler (hastanenin kendi bünyesinde bulunmaması durumunda), çevresel atık ve geri dönüşüm, temizlik, eğitim organizasyonları ve danışmanlar, posta ve kurye hizmetleri, kafeteryalar, hatta ofis malzemeleri ve satış hizmetleridir. Diyagonal ittifaklar, hastanenin farklılaşarak rakiplerinden uzak durmasına yardımcı olacak ve bu da sağlık hizmetleri sektöründe önem kazanacaktır (Lindenau-Stockfisch, 2011:40).



Şekil 2.4. Önerilen Ortaklık Stratejileri Modeli

Kaynak: Yarbrough ve Powers, (2006) ' dan uyarlanmıştır.

Stratejik Bağlantı 1: Bir kuruluşun kaynak gereksinimleri, dış kaynak ihtiyaçlarını belirlemek için kendi iç kaynak kullanılabilirliği ile karşılaştırılır.

Stratejik Bağlantı 2: Dış kaynak ihtiyaçları maddi varlıklar, maddi olmayan varlıklar ve yetenek olarak kategorize edilebilir.

Stratejik Bağlantı 3: Kuruluşun izleyeceği en olası ortaklık stratejisini maddi varlıklar, maddi olmayan varlıklar ve yeteneklere olan ihtiyaç belirleyecektir.

Stratejik Bağlantı 3.1: Maddi dış kaynak ihtiyaçları, birleşme / satın alma ortaklığı faaliyetiyle sonuçlanacaktır.

Stratejik Bağlantı 3.2: Maddi olmayan dış kaynak ihtiyaçları, stratejik bir ittifak ortaklığı faaliyetiyle sonuçlanacaktır.

Stratejik Bağlantı 3.3: Dış kaynak ihtiyaçları yeteneği, stratejik bir ittifak ortaklığı faaliyeti ile sonuçlanır.

Şekil 2.4'te sunulan model ve bağlantılar, sağlık yöneticilerinin hangi koşullarda nasıl bir ortaklık stratejisi türü arzu edildiğini anlamaları için kullanabilecekleri teorik bir çerçeve sunmaktadır. Yöneticiler başlangıçta maddi kaynakların, maddi olmayan kaynakların veya organizasyonel yeteneklerin gerekli olup olmadığını belirlemek için kaynak gereksinimlerini kataloglamalıdır. Ardından kaynak ihtiyaçları belirlenir ve belirlendikten sonra, yönetici bir ittifak veya satın alma stratejisinin modeline dayanarak bu ihtiyaçların örgütüne avantajlı olup olmadığını belirleyebilir. Örneğin bir hastane müdürü, bitişik bir coğrafi bölgede hastane gibi somut bir kaynak edinmek istiyorsa, bir satın alma stratejisi izlemek mantıklı olacaktır. Hastanenin satın alınması ile edinilecek tüm varlıklar arzu edilir. Bununla birlikte, bir klinik yöneticisi, bir akademik sağlık merkeziyle kuracağı birliktelik vasıtasıyla tesisinin itibarını yükseltmek isterse, sahiplik dışı ittifak stratejisi muhtemelen daha mantıklı olacaktır. Genel olarak, bu model, yöneticilere ortaklık kararları alırken danışacak pratik bir çerçeve sunmaktadır ve stratejik bağlantılar araştırmayı gerektiren araştırma yönergeleri sunmaktadır. Kaynak tabanlı modeli deneysel olarak test etmek ve ortaklık stratejileri üzerine önerilen bağlantılar, mevcut bilgi edinimlerini, ittifaklar arasındaki güdülemelerle bütünleştirmeye yardımcı olacaktır (Yarbrough ve Powers, 2006).

Lambe vd. (2002:141), ticari ittifaklar "iki veya daha fazla firma arasındaki ortak çabalar" olarak tanımlamıştır. Bu şirketler, kendi başına kolaylıkla başaramayacakları karşılıklı uyumlu hedefler elde etmek için firma kaynaklarını bir araya getirmektedir. Paydaşlarla olan iyi ticari ittifaklar varlığı ile kurumsal sorumluluk ne kadar iyi olursa farklı paydaşlar iyi bir çevrebilim sistemi oluşturacak ve sürdürülebilir hal alacaktır. İttifak başarısını açıklamak için, kaynak tabanlı görünüm, yetkinliğe dayalı görüş ve ilişkisel faktörler görüşü olmak üzere üç teorik yaklaşım öne sürülmektedir (Cui ve Jiao, 2011).

Wende (2008)'e göre, diğer endüstrilerde olduğu gibi, hastaneler için de stratejik ittifakların uygun ittifak türleri lisanslama, sözleşme ve ortak girişimlerdir. Her halükarda, uygun sözleşme türünü seçmek için, işbirliği süresi, ilgili işlevler, çalışma mesafesi ve ilgili tarafların sayısı dikkate alınmalıdır. Hastaneler stratejik ittifaklar kurmak için çeşitli seçeneklere sahiptir. Bu seçenekler içerisinde ana tipler bölgesel, dikey, yatay ve diyagonal ittifaklardır.

Stanslowski (2008)'e göre, bölgesel ittifaklar, politik üstünlüklerden ve pratik kısıtlamalardan kaynaklanan bir ağın gerekliliğine odaklanmaktadır. Geiger'e göre (2008: 34-35), "bölgeselcilik, maliyet azaltmanın yanı sıra kalan bütçelerin yoğunlaşması ve esnek kullanımı gibi birçok avantaj getiriyor". Böylelikle uzman gruplarla temaslar teşvik edilmekte, bölgesel kanaat önderleri daha yoğun bir şekilde faaliyet alanına bağlanmaktadır. Hastalar doğrudan ele alınabilir ve bölgesel çarpan etkileri kullanılabilir. Muhtemel ortaklar yönetim bölümünde (muhasebeciler), tıbbi ve kalite yönetiminde (danışman şirketler) ve tıbbi ağda (durağan ve ayakta tedarik) bulunabilir.

2.2.9. Tedarik Zinciri Yönetimi

Stratejik lojistik hususu 1950'lerin sonlarından beri akademik çalışmanın giderek artan bir odak noktası haline gelmiştir (Bowman ve Ambrosini, 2003; Priem vd., 2013). Şirket stratejisi üzerine yakın geçmişte yapılan çalışmaların, daha da büyüyen fonksiyonel stratejiler üzerine yazdıkları görülmektedir. 1980'lerde daha özellikli olarak lojistik işlevi için bu alandaki çalışmalar öncelikle imalat, perakende ve lojistik hizmet sektörlerini hedeflemiştir (Kohn ve McGinnis, 1997). Araştırmalar özellikle çıktıları dönüştüren girdilerin malzeme akışlarına odaklanmıştır. Bununla birlikte, çok az çalışma, sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere pek çok hizmet sektöründe görüldüğü gibi, hizmet sunumunu destekleyen çevresel bir girdi olan malzeme lojistik stratejisini incelemiştir (Berry ve Bendapudi, 2007).

Ticari tedarik zincirinde yaygın olarak kullanılan çeşitli tedarik zinciri araçları bulunmaktadır. Burada, sağlık tedarik zincirini en uygun şekle sokma hedefiyle ilgili üç araç vurgulanmaktadır: Bunların ilki işletme maliyetlerini düşürmek ve hasta kalitesini artırıcı önlemleri geliştirmek, ikincisi tedarikçi ilişkileri yönetimi (SRM), üçüncüsü ise lojistik araçları ve süreç iyileştirmedir (Kwon vd., 2016).

Tedarik zinciri ortakları arasındaki kalıcı ilişki, arama, gözden geçirme ve inceleme maliyetlerini azaltarak, tüm tedarik zinciri ortakları için kârlılığın artırılmasına katkıda bulunmaktadır. Sağlık tedarik zinciri ortakları, "pasta (kâr)" nedeniyle tedarik zinciri ortakları arasında karşıt görüş davranışı ortaya çıktığını düşünmektedir. Tedarik zinciri uygulayıcısı, "tedarik zincirim en zayıf bağlantım kadar güçlü" ifadesine inanmakta ve tedarik zinciri rekabetçi bir stratejik unsur olduğundan, ticari işlemlerle uğraşan herkes adına

"pastayı" artırmak için ortakların birbirlerine yardımcı el ele verme hareketidir (Coleman ve Jennings, 1998). Üretim ve bilgi teknolojisi alanlarında işbirliği gücü de önemli bir husustur. Örneğin, Lin ve ark. (2015), bu gibi ortak çabaların, ürün kalitesi, tasarım değişikliklerinin azaltılması, devre süresi ve toplam maliyet üzerinde önemli pozitif etki yarattığını ortaya koymuşlardır.

Sağlık tedarik zinciri, tedarik zincirindeki diğer sektörlerin ürün tasarımı, nakliye, envanter, depo, ambalajlama vb. alanlarda yaptıkları katkıyı tanımlamanın uzun bir yolunu bulsa da, halen sağlık hizmetleri tedarik zincirinde hakim olan grup vasıtasıyla sözleşme yapma ve satın alma eğilimi göstermektedir (Dacosta-Claro, 2002). Konuya ilişkin sağlık bakımında öncü çalışmalar sayesinde ilerleme kaydedilmiş ancak tedarik zinciri stratejilerinin tüm sağlık tedarik zinciri arenasında uygulanmasında trajik bir şekilde yavaşlamıştır (Oliveira ve Pinto, 2005). Sağlık alanındaki ticari alanlarda mevcut çeşitli araçların araştırılmasında, tüm sağlık operasyonlarında tedarik zinciri araçlarını kullanarak sağlık sektöründe gerçekleştirilecek milyarlarca dolarlık değerin varlığına rağmen çok az ilerleme kaydedilmiştir (Kwon vd., 2016).

Sağlık tedarik zinciri yönetimindeki performansı artıracak dört kritik tedarik zinciri noktası bulunmaktadır. Bunlar: temel vurgu (sağlık için verimlilik ve sağlık için etkinlik), tedarik zinciri planı (ticaret için itme / çekme vs. çoğunlukla sağlık için çekme), kapsam (tedarik için tüm tedarik zinciri, sağlık için bölgesel / yerel / sağlayıcılar) ve kaynaktır (sağlık hizmetleri tedarik zincirinde ticari ve nadiren uygulamalar için ortak uygulama metodu). Sağlık hizmetleri tedarik zincirinin kârlılığı artırmak için keşfedebileceği birçok alanda, belirtilen dört alan (vurgu, plan, kapsam ve kaynak) sağlık hizmetlerindeki operasyonların hedeflere ulaşmasını vaat etmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunum kalitesini korurken aynı zamanda karlılığı artıracak önemli bir etken niteliğindedir (Kwon ve Hong, 2011).

Landry ve Beaulieu (2013), sağlık sektörünün karşı karşıya kaldığı önemli lojistik sorunlarını yaptığı araştırma ile ortaya koymuştur. Bir sağlık kuruluşu, bazı durumlarda, teknolojik gelişime dayalı yüksek bir ürün cirosu ile çok çeşitli sarf malzemelerinin (eczacılık ürünleri, tıbbi sarf malzemeleri, ofis malzemeleri, temizlik ürünleri, çarşaflar, vb.) birleşimidir (Germain ve ark., 2011). Bu malzemeler merkezi depoda son kullanıcı (örn., doktorlar, hemşireler, siparişler veya hastalar) ile bitmesi halinde mevcut organizasyonun dahili tedarik zinciri boyunca bu malzemeleri ilerletmek zorundadırlar. Klinik personeli

genellikle hastalığa harcadıkları zamandan oluşabilecek zararı engellemek için sürece dahil edilirler. Ayrıca, stok sıkıntısını önlemek için tüm tedarik zinciri paydaşları bu malzemelerin stoğunu aşma eğilimindedir. Tedarik zinciri paydaşları bunu yaparken, hem maliyetlerini hem de zarar olasılığını artırırlar. Bu zorlukların önemine rağmen, lojistik yöneticileri hastane yönetimi hiyerarşisinde daha düşük seviyelerde yer almakta ve bu durum çözümlerini kuruluşun geri kalanına devretmelerini zorlaştırmaktadır (Barlow, 2011:114).

Lojistik faaliyetleri, bir hastanenin bütçesinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Buna ek olarak, sağlık bakımı çalışanlarının bu faaliyetlerde çok fazla zaman harcaması durumunda sağlık çalışma hareketi bu durumdan etkilenir. Bir hastanenin dahili tedarik zincirinin karmaşıklığı, bu uygulamayı zorlaştırır ve kurumların aksine yaygın olarak tanınan ve uygulamaları, uygulamada gecikmelerine neden olabilir. Buna ek olarak, bir sağlık kuruluşunun karmaşık ortamı, yöneticilerin lojistik uygulamalarını iyileştirmelerini ister (Landry vd., 2016).

Müşteri gereksinimlerinin genellikle önceden tahmin edilemeyeceği ve sağlık hizmetlerinde olduğu gibi tedarikçi yetenekleri ve yeniliklerin kontrol edilmesi zor olduğu durumlarda, düşük hacimli, oldukça uçucu tedarik zincirlerinde yenilikçi ürünler için uygun çevik değerler dizisi bulunmaktadır (Cox ve Chicksand, 2005). Mason-Jones vd., (2000)'e göre değerler dizisi özelliklerini ayırt etmekle birlikte, çeviklik halinde piyasa kazananının "hizmet düzeyi" olduğu gerçeği ve müşteriye kıymet açısından bakıldığında "Maliyet"'in yalın kritik faktör olduğu ortaya çıkmaktadır (Christopher ve Towill, 2000).

2.2.10. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol

İnsan faaliyetine bakıldığında, metafizik, ekonomi ve sanal teoriyi metodolojik olarak geçiyor. Stratejik olarak kendi kendini yönetme aşamasına geçene kadar, faaliyet kalitesi, doğal ekonomiyi iş yoluyla geçirerek geliştirilmektedir. Faaliyet araçları, maddi unsurlardan bilgi kalitesine doğru ilerlemektedir. Yakın gelecekte bilgi, insan faaliyetlerinin ana aracı haline gelecektir (Paulauskas, ve Paulauskas, 2008).

Bilgi karşılıklığı, müşterilerin firmalarla bilgi alışverişinde bulunup bu bilgileri paylaşmalarını ve şirketlerin müşterilere cevap vermelerini mümkün kılan süreçleri ifade eder (Sen ve Sinha, 2011). Bilgi yakalama süreçleri, ilgili bilgi işlemlerinin kritik yönleri

olan çeşitli kaynaklar ve kanallarla olan müşteri etkileşimlerinden bilgi alır. Bilgi entegrasyonu firmalar, kurumlar arası ve dış kaynaklar gibi çeşitli kaynaklardan toplanan müşteri bilgilerini entegre eder (Hillebrand vd., 2011). Bilgi erişimi, kuruluştaki çalışanların diğer bölümlerden toplanan güncellenmiş müşteri bilgilerine eriştiği bir durum olarak tanımlanır. Bilgi kullanımı, kuruluşların ürünlerini bireysel müşterilere uyarlamak için müşterilerin bilgilerini kullanması ve farklı pazarlama stratejileri ve hizmetleri sunması anlamına gelir. Buna göre, ilişkisel bilgi süreci, bir firma değerinin yaratılması için müşterileri bölümlere ayırma ve ilgili teklifleri uyarlama süreci olarak tanımlanır (Chang vd., 2014).

Bilgi, bilginin oluşturulması, değerlendirilmesi ve kullanılması için bir çerçeve sağlayan kavram, beceri, deneyim ve içgörüdür (Laudon ve Laudon, 2004:8). Tanım olarak bilgi; deneyim, bağlam, yorum ve düşünme ile birleşince, açık bilgi ile örtük bilgiye bölünebilir. Bilgi yönetimi, yaşamsal bilginin ve bunun yaratılış, organizasyon, yayılma, kullanım ile kullanımın ilişkili süreçlerinin açık ve sistematik yönetimi, müşteri bilgi yönetimi'nin dış perspektifidir (Lopez-Nicolas ve Molina-Castillo, 2008). Bu nedenle, müşteri tarafından tanımlanan yönetim, müşteri ile ilgili bilginin yönetimi ve kullanılması ile ilgilidir (Wu vd., 2013). Bilgi yönetimi, bir şirket için mevcut bilgiyi büyük bir başarı faktörü olarak görür. Davenport ve Prusak (1998) Bilgi yönetimi'nin bilgi temelli kaynakları yaratma, yakalama ve aktarma konularına hitap ettiğini vurgulamıştır (Soltani ve Navimipour, 2016).

2.2.11. Büyüme Stratejisi Araçları

İşletmeler sektörlerinde durumlarını geliştirebilmek ve daha fazla getiri elde edebilmek amacı ile mevcut varlık ve yeteneklerine de güvenerek daha fazla gelişmek ve büyümek amacına sahip olabilirler. Büyüme sadece sektör içi alanlarda olmayıp sektör dışında farklı alanlarda da olabilir. Büyüme stratejisi, arzulanan ve genellikle yöneticiler tarafından amaçlanan, toplumda ve paydaşlarda olumlu çağrışımlar yaratan bir temel strateji olarak işletmenin değerini yükselten bir görünüme sahiptir. Dolayısıyla yöneticiler bu temel stratejiyi uygulamak ve sürdürebilmek için uğraşırlar. Kısaca, büyüme stratejisi: topluma, paydaşlara ve stratejistlere beklentilerinin gerçekleşmesi noktasında yardım edebilecek, refahı arttıracak bir strateji olup, her zaman arzu edilen, kabul edilen mal/hizmetlerin piyasa

koşullarına bağlı olarak işletmenin karlılık ve piyasa payını arttırmaya yöneliktir (Ülgen ve Mirze, 2013:200).

İşletme literatüründe büyüme, daha önceki bölümlerde belirtildiği üzere işletmede sayısal ve nitelik olarak bir gelişimi ifade etmektedir. Sayısal büyüme ve gelişme, işletmenin özelliklerine göre; satış getirilerinde, ürün çeşitliliğinde, kaynak büyüklüğünde (çalışanların sayısı, sermaye büyüklüğü), varlık büyüklüğünde (yatırımlarda artış) ve kapasite kullanımı gibi unsurlarda niceliksel bir artışı ifade etmektedir. Nitelik olarak ise büyüme, işletmede bulunan unsurların kalitesinin yükselmesi ile ilgilidir. Niteliksel büyüme işletmelerde fark edilebilir ama sayısal olarak ifade edilmesi oldukça güçtür. Ancak, nitelik olarak büyüyen işletmenin sayısal olarak ölçülebilecek diğer alanlarda da gelişim göstereceğinden haraketle elde edilen sayısal gelişimin bir anlamda, nitelikli artış kaynaklı olduğu söylenebilir. İşletmeler ürettiği mal ve hizmetlere yeni mal ve hizmetler, faaliyette bulunduğu pazarlara yeni pazarlar, mevcut üretim ve operasyon faaliyetleri ve süreçlerine yeni süreçler ekleyerek, faaliyette bulunduğu mevcut işin tanımını değiştirmek suretiyle bir büyüme stratejisi uygulayabilir (Ülgen ve Mirze, 2013:200).

Büyümeye hazırlanmak, herhangi bir organizasyonun değişim güçlerini arttıracak ve yeni pazar ortamlarında gelişecek olan bir dizi strateji akabinde eylemle başarılmış süreçtir. Değerlendirme, planlama, taktik eylemler ve kıyaslama süreci, gibi kendi içinde gizli veya rutin uygulamalar ile büyüme sağlanmaya çalışılır. Büyüme stratejisinde ilk olarak genel işin, büyüme stratejilerinin, amacının, geleceğe yönelik planlarının, misyonunun ve gelişen kurum kültürünün yeniden düşünülmesi gelmektedir. Bu, organizasyonun tüm yapısı ile bütün görünüşüne ve stratejileri, dalları, bacakları, gövdeleri ve kökleri aracılığıyla nasıl besleneceğine paraleldir. Değişimden ve büyümeden faydalanmak için, her kuruluş ilerleme yolunda harekete geçmelidir. Nerede olduğunuz ve nereye gidebileceğiniz konusunda organizasyonların stratejik olarak farkında olması gerekir. Dolayısıyla mevcut eğilimlerin ne yönde olduğu iyi araştırılmalıdır. Bazı fırsatlara dikkat edilmeli ve işletmedeki döngüler tahmin edilerek bu fırsatlardan faydalanılmalıdır. Günümüzün hızla değişen iş ortamında hayatta kalmak ve gelişmek isteyen herhangi bir organizasyon için bir büyüme planı veya stratejik plan şarttır. Büyüme planında şemalar, şemalarda ise yönetim yapısı, operasyonel yönler, kolaylaştırıcılar, personel kaynakları, zaman çizgileri, organizasyon şeması ve daha fazlası yer almaktadır (Moore, 2010:26-35).

Bir büyüme stratejisi tasarlarken, iki ekonomik büyüme kaynağı arasında ayrım yapmak yararlıdır. Birincisi elbette, inovasyon olup, ikincisi ise kaynakları düşük üretken sektörlerden yüksek verimli sektörlere kaydırmaktır. Örneğin, sanayi döneminde işçileri sadece tarım yapmaktan alıp üretim sektörlerine göçü sağlanması ile hızlı büyüme döneminde ulusun verimliliğin artırması gibi (Hatta, 2017:163).

Topluluklar için büyüme yönetimi, büyümeyi durdurmaktan veya teşvik etmekten daha karmaşık bir süreçtir. Uygun planlama, bir topluluğun büyümesini, paydaşların istediği topluluk karakterini ve çevreyi korurken, uygun gelişime izin verecek şekilde yönetmesini sağlamalıdır. Bu nedenle işleyişteki zorlanma, büyümenin olumsuz etkilerini sınırlarken, büyümede kaçınılmazlık ise geliştirme isteğine izin verir. Bu sorunu çözmek için bir dizi özel araç ve teknik geliştirilmiştir. Doğrudan müdahalelerden planlama çerçevelerine ve mevzuatlara, dolaylı tekniklere, hayal gücüne ve yaratıcılığa daha fazla güvenerek uzanırlar. Her toplum, irade mevcutsa, bu tekniklerden herhangi bir sayıyı kullanma potansiyeline sahiptir. Büyüme yönetimi planlaması, bir topluluğun (örneğin), büyümenin geleceği için üzerinde anlaşmaya varılmış hedefleri ve hedefleri gerçekleştirmek için uygun araçları seçeceği bir süreçtir. (Bennett, 1998:26).

2.2.12. Toplam Kalite Yönetimi

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), sürekli iyileştirme, müşteri ihtiyaçlarını karşılama, yeniden çalışmayı azaltma, uzun vadeli düşünmeyi geliştirme, ekip çalışmasını arttırma, süreç tasarımını geliştirme, rekabetçi modelleme ve sorunları ekip çalışmasıyla çözme gibi bir dizi yöntem üzerinde yoğunlaşmaktadır (Arawati ve Zafaran, 2011). TKY'nin, organizasyonun tüm üyelerinin katılımıyla gerçekleştirilen, mal ve hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesine odaklanan bir yaklaşım olduğu söylenebilir (Burli vd., 2012). Bir diğer ifadeyle Toplam kalite yönetimi, tüm çalışanların süreçlerin ve maliyet etkinliğinin sürekli iyileştirilmesine katılımı ile müşterinin ihtiyaçlarını karşılamak için tutarlı bir yaklaşımdır (Jain, 2000). TKY'nin stratejik planlamasında, kısa vadeli iş planını ve kalite geliştirme programını araştırmak gereklidir (Das vd., 2008). Planlar açık olmalıdır ve planların hazırlanmasında niteliksel hedefler göz önüne alınmalıdır (Jun vd., 2004). Kuruluşlar kendi stratejilerini planlamak ve geliştirmek için çok fazla zaman ve kaynak harcar, ancak çoğu strateji uygulama aşamasında başarısız olurlar (Kaplan & Norton, 2001). Stratejiler her

zaman güncellenmeli ve kuruluş stratejileri genel kalite yönetim programında da dikkate alınmalıdır (Llusar vd., 2009).

1980'ler üretiminde istatistiksel süreç kontrolü arttıkça sanayi camiası, tüm sistemi iyileştirme ihtiyacı ile kaliteli bir ürün veya hizmet sunma ihtiyacını fark ettiler. Kalite yönetimi yöntemleri geliştirilerek ve kaliteli ürünlerin ve hizmetlerin tasarımını, üretimini, pazarlamasını, satışını ve servisini teşvik etmek için kullanıldı. Toplam Kalite Yönetimi (TKY) felsefesi kalite etrafında dönmektedir. Kaliteli bir ürün veya hizmet sunumunda bir şirketteki tüm departmanları içeren bu entegre yaklaşım, Toplam Kalite Yönetimi olarak bilinmektedir. TKY geçici bir moda veya bir yönetim jargonu değildir. Kesinlikle hissedilen bir ihtiyaçtır. Tüm çalışanlara yönelik sürekli iyileştirme ve kusur önleme uygulamaları yoluyla, mümkün olan en düşük maliyetle üstün müşteri memnuniyeti ve çalışan güdülemesi sağlama sonucunda, hissedarların en iyi sonuçları elde etmek için bir işletmenin tüm yönlerini yönetmenin bir yoludur. Oakland (1993), TKY'yi iş etkinliğini ve esnekliğini arttırmaya yönelik bir uygulama olarak tanımlamıştır. Tanımlamalar incelendiğinde denilebilirki TKY bütün organizasyonu, her bölümü, her faaliyeti, her seviyedeki insanı organize etme ve bunları sürece dahil etme biçimidir. Bir organizasyonun gerçekten etkili olabilmesi için, tüm personelin birlikte çalışması, her personelin ve her faaliyetin birbirini etkilediğini ve başkalarından da etkilenebileceğini kabul etmesi gerekir. Deming'e (1982) göre TKY yoluyla kalite iyileştirme, maliyetlerin düşmesine, daha iyi rekabet pozisyonlarına ve işyerindeki mutlu insanlara yol açmaktadır (Dodrajka, 2007).

Kalite geliştirme yaklaşımları endüstriden kaynaklanmıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Japonlar, Walter Shewhart, Edward Deming, Joseph Juran ve diğerleri arasındaki kalite geliştirme öncülerini benimsemişlerdir. Daha rekabetçi olma mücadelesinde, Amerikan endüstrisi 1970'lerin başında bu ve diğer fikirleri yeniden keşfetti. Farklı yaklaşımlar, aynı entelektüel kökenleri paylaşmakta ve 'kalite trans oluşumu' elde etme eylemlerine ilişkin reçetelerinde birçok telif hakkına sahip olmaktadır. (Kolarik, 1995:85) Kalite iyileştirme yaklaşımlarının sağlık sektörüne uyarlanması diğer sektörlere göre nispeten daha az bilinmektedir, ancak diğer hizmet sektörleri bu yaklaşımları kademeli olarak benimsemektedirler. Eleştirmenler, hükümet sağlık sektörünün kaynak tahsisi ve insan kaynakları yönetiminde özel sektörden daha az esnekliğe sahip olduğunu vurgulanmaktadır (Satia ve Dohlie, 1999).

Geleneksel kalite güvencesi, endüstride olduğu kadar klinik ortamlarda ve hastanelerde kalitenin sağlanmasında da önemli bir rol oynamıştır. Dünya Sağlık Örgütü, Kalite Geliştirmeyi sağlık hizmeti kuruluşunun performansı hakkında bilgi edinmek, performans örüntüsü elde etmek, gözlemlenen kalıp için nedenler tespit etmek ve bakımın iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin doğrulanması için gerekli önlemlerin alındığıbir organizasyonel faaliyet olarak tanımlar (WHO 1994).

TKY'nin, halk sağlığı hedeflerini gerçekleştirmek için kullanılan süreçte her bağlantıyı incelenmesine sağlık çıktı hedeflerine ulaşmada ve müşterileri tatmin etmede yardımcı olmasına rağmen eleştirmenler, endüstriyel yöntemlerin sağlık bakımına uygulanmasındaki zorluğa işaret etmektedir. Sağlık sektöründe, müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini karşılamakla birlikte, sağlayıcı ve müşteriler arasındaki bilgi asimetrisi ve müşteriler arasındaki bilgi eksikliği, müşterilerin değerlendirme ve memnuniyetine güvenmeyi zorlaştırmaktadır. Örneğin, 'hastalar kaliteli olmayan bakım hizmetinden tatmin edilebilirken kaliteli bakım hizmetinden memnun olmayabilir (Cleary ve Edgman-Levitan 1997).

Donabedian (1966; 1988; 1990) bakım kalitesini ölçmek için bir yapı-süreç-sonuç yöntemini önermektedir. Yapı, bakımın sağlandığı ortamların özelliklerini ifade etmekle birlikte, sürecin önemli konuları, tanı doğruluğu, hasta ve sağlayıcı uyumluluğu, kabul edilebilirliği ve erişilebilirliğini içermektedir. De Geyndt (1995), girişleri çıktılara bağlama ve işleme tabi tutma zorluğu nedeniyle, hastanelerin kalitesini artırmaya yönelik ortaya konulacak çabalara ket vurması, süreci kararlılıkla devam ettirmeye ilişkin tartışmalara neden olmaktadır (Brook vd., 1996).

TKY, gerçek hasta bakımının etkililiğini, hastane operasyonlarının etkinliğini, kaynakların uygun kullanımını ve hastaların, hekimlerin, göndericilerin ve diğer hastane müşterilerine ait beklenti derecesinin ne olduğunu değerlendirmek için çok büyük miktarda bilgiye dayanır (Lengnick-Hall, 1995). TKY'nin başarıyla uygulanması, sağlık hizmetleri organizasyonunun bilgi sistemi altyapısının ve diğer yönetim sistemlerinin yeni TKY ortamıyla uyumlu hale getirilmesini de gerektirir. Batalden (1990), sağlık hizmetlerinin çalışma biçimini anlatan bir model geliştirmiştir. Bu modele göre hastayı, ihtiyaca göre sisteme giren birincil müşteri olarak tasvir etmektedir. Süreç, diğer profesyonellerin ve profesyonel olmayan kişilerin yardımıyla hastanın bir doktordan "bakım aldığı" sırada

başlar. Bu süreç genellikle birçoğu birbirine bağımlı ve karmaşık olan sayısız "alt süreç"i içerir. Süreç, hasta, hekim ve diğer sağlık çalışanlarıyla ilgili olabilecek değişikliklerle daha da karmaşık bir hal alır. Değişiklik, klinik seviyede, teknik düzeyde, kişiler arası seviyede veya bir veya daha fazla seviyenin birleşiminden de oluşabilir. Örgütün amacı, bu varyasyon hakkında bilgi vermesi böylece görevleri yerine getiren kuruluşun üyelerinin karar alabilir ve uygun şekilde müdahale edilebilmesidir. Dolayısıyla, sonuç (bakım kalitesi) kısmen, düzeylerdeki değişim derecesine bağlıdır. Bu, bir TKY ortamının özüdür. Daha sonra, Donabedian (1989) tarafından tanımlanan kalite, "beklenen kazanım ve kayıpların dengesi (değişkenlik) göz önüne alındıktan sonra," hasta refahını en üst düzeye çıkarması beklenen bir tür bakım" haline getirilerek bakım süreçlerine bu hususu katmayı içermektedir (Rivers, 1999).

Tarihsel olarak, doktorlar ve yöneticiler pek çok yönetim meselesinde ihtisaslaşlardır. Eski ve saygın bir mesleğin üyeleri olan hekimler, kendiliğinden hareket ettiler, yalnızca kendileri ve akranları için hesap verebilir oldular. Yakın zamana kadar, tıbbi bakımın karmaşıklığı hekimleri esas olarak dış inceleme ve düzenleme konusunda etkilememiştir. Gelinen noktada ise hekimler, güç ve nüfuz kaybına uğradıklarını algılamakta ve birçoğu TKY'yi bağımsızlıklarına saldırı olarak görmektedirler. Hekimler TKY'yi kontrolleri altında olan, çoğunlukla sübjektif bir süreci, kendi kontrolü altında olmayan, objektif ve istatistiksel temelli bir disiplin ile değiştirecek bir program olarak görmektedirler. Hekimler aynı zamanda "her hekime dinlenmiş endüktif ve tümdengelim akılcı sanatsal karışımlar" içeren, kendine has klinik bir karar verme süreci için nihai sorumluluk taşıyan hasta bakımını, fazla bireysel ve özel bir mesele olarak görmektedirler (Martin, 1990:103). Endüstriyel bir ortamdan gelen TKY'nin araç ve yöntemleri hekimler için yabancıdır. Pareto çizelgeleri, balık çubuğu diyagramları, akış şemaları ve diğer araçlar, bireysel hasta bakımı için gizemli, soyut ve alakasız olarak görülmektedir. Sağlık yönetici ve profesyonelleri, kaliteyi gerçekleştirmek adına önemli bir yatırım gerekliliği ve organizasyonel değişiklik çağrısında bulunan, TKY için KG'yi bırakmaktan çekinmektedirler. Green (1991), TKY ve KG (kalite geliştirme) arasında net farklar olmasına rağmen, her birinin merkezi bakışı, hasta bakımının kalitesini ve hastane verimliliğini artırmak arzusudur. KG programlarının da TKY'nin üzerine inşa edebileceği birçok gücü vardır. Bunlar:

- Yüksek öncelikli klinik bakım alanlarına dikkat edilmesi,

• İlgili süreç ve sonuç göstergelerinin geliştirilmesi ve kullanılması,

• Klinik bakımın uygunluğunun ve etkililiğinin analizi,

• Kalite geliştirmeyle ilgili eğitim programlarının geliştirilmesi,

• Klinik bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, ve

• Kalite değerlendirme, iyileştirme teorisi ve yöntemiyle ilgili bilgi dağarcığı, olarak sıralanmıştır (Short, 1995).

2.2.13. Küçülme

İşgücündeki azalma, yaklaşık 1980 yılından beri, gerek kamu sektöründe gerekse özel sektörde büyük bir eğilim sergilemektedir. Bu görüngüye verilen genel isim, "bir organizasyonda insan sayısının kasıtlı olarak azaltılması" olarak tanımlanan küçülme oranına sahip olmasıdır. Bu donma ve işten çıkarmalar, normal ya da tahrik edilmiş tükenme kullanımını içerebilen bir dizi idari eylem yoluyla başarılır (Freeman, 1999:1507). İşgücünün azaltılması stratejilerinin kasıtlı yönü, belirli bir sektörde meydana gelen küçülmeyi organik düşüşten ayırmasıdır (McKinley vd., 2000). Küçültmenin amacı örgütsel verimliliği, üretkenliği ve / veya rekabet gücünü artırmak olmuştur (Cameron, 1994). Giderleri düşürmek için iletişimi geliştirmek ve yenilikçiliği arttırmak gerekmektedir (Amabile ve Conti, 1999).

Kamu sektöründe de küçülme yaygındır. Bu görüngü, Birleşik Devletler, Birleşik Krallık, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi birçok gelişmiş ülkede popülerdir. Örneğin, 1995 yılında Avustralya'da küçülme araştırmaya, yanıt veren kamu sektörü kuruluşlarının altısından yalnızca birinin, 1993 ile 1995 yılları arasında küçültülüp çalışmaların geciktirilmediğini tespit etmiştir (Dunford ve diğerleri, 1998). Özellikle, sağlık kuruluşları, kendilerini küçük boyutlu hale getirmek için artan baskılarla karşı karşıyadır. Örneğin, 1994 ile 1996 yılları arasında Kanadalı hastanelerin % 85'i işgücünü % 10'dan daha fazla azaltmıştır. Bu iş kayıplarının toplam % 35'i, zorla personel işten çıkarmaları ile sağlanmıştır (Rondeau ve Wagar, 1998). Sağlık kuruluşları, geleneksel hastane hizmetlerinin azaltılması nedeniyle işgücü büyüklüğünü dikkate almak zorunda kalmıştır (Mullaney, 1989).

Küçülme "örgütsel performansı artırmak adına tasarlanan işgücünü azaltmak için kasıtlı bir örgütsel karar" (Kozlowski vd., 1993) olarak veya “bir kuruluşun işgücünün boyutunu kasıtlı olarak azaltmak" olarak "(Spreitzer ve Mishra 2002) tanımlanmıştır. Küçülme, insan etkinliği hedeflerine göre mali verimlilik hedeflerine daha fazla odaklanma eğilimi gösterir. İşlerini kaybeden bireyler, küçülme olaylarından en çok etkilenenlerdir. Bununla birlikte, küçülme, işgücünün azalmasına neden olduğundan, araştırmaya göre, işyerinde kalan personelin "hayatta kalanlar" olarak tanımlanmasına sebep olmuştur. Yönetimler genelde örgütsel verimliliği artırmak için işgücü azaltımlar yöntemini uygularlar (Cameron vd., 1991), küçülmenin işini kaybedenler için olumsuz etkilere ek olarak insan sermayesinin kaybolmasına yol açabileceğini belirtmiştir (Pfeffer 1998). Hayatta kalan kişiler arasında stres artışı da görülmüştür (Quinlan 2007).

Küçülme ile birlikte, doğru boyutlandırma, birleştirme, geçici ya da kalıcı olarak yeniden yapılanma yüzünden çalışanları var olan işten çıkarma durumu, ülkedeki binlerce işçinin hayatının talihsiz bir gerçeğidir. Ekonominin bazı kesimleri özellikle sağlık sektörünün bir zamanlar bu tür baskılardan uzak olduğunu düşünmekteydi. Fakat hızla değişen bir ödeme düzenlemesi sistemi, değişen ve giderek artan maliyetlerin karşılanabilmesi için sağlık kuruluşlarını bile mücadeleye sokmuştur (Worster, 2000).

Sağlık kuruluşları toplum nezdinde parasal kar ile meşgul olmaktan ziyade insanların bakımı ve iyileştirilmesi olduğundan, buralarda yapılacak olan küçülme durumuna toplum tepki gösterimektedir. Özel sektör sağlık kuruluşlarında uygulanan küçülme hususu kamuya göre daha doğal karşılanmaktadır. Bununla birlikte, kamu hastanesinde küçülme ile ilgili olumsuz etkiler literatürlerde yaygın olarak bildirilmiştir. Kanadalı hastaneler üzerine yapılan bir araştırmaya göre, hastanelerde uygulanan küçülme sonrasında çalışan daha düşük memnuniyeti ve daha fazla iç çatışmaları rapor etme durumunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Wagar & Rondeau, 2000). Çalışmalar aynı zamanda küçülmenin, doğrudan küçülme ile hedeflenmeyen çalışanları etkileyebileceğini de göstermektedir. Örneğin, önemli bir küçülme yaşayan 2.509 yataklı bir tıbbi rehabilitasyon hastanesinden bir vaka çalışması, bölümler için taahhüt ve memnuniyetin azalmasının, küçülmenin tam etkisinden çıkılmadığını ortaya koymuştur (Mullaney, 1989). Bu işgören üyeler süreçten resmen etkilenmediyse de, kişisel olarak etkilenildiği ortaya çıkmaktadır. Küçülmenin olumsuz etkileri hasta bakımında da bir düşüşe neden olmaktadır. Örneğin, 281 akut bakım hastanesindeki bir araştırma, ciddi boyutlarda küçülme yaşayan hastanelerde morbidite ve

mortalite oranlarının% 200 - 400 arasında daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Murphy, 1994).

Örgüt düzeyinde ilerlemenin kapsamlı bir çerçevesi (1) işgücünün boyutunu azaltmak için kullanılan taktik, (2) küçülme ve yeniden tasarım sırasında kullanılan uygulama süreçleri ve (3) örgütsel yapılar ile süreçler üzerindeki değişiklikler veya etkilerdir. Eskiden, bu küçülme boyutları bir arada düşünülmemiştir, ancak çok sayıda çalışma bunlara adım adım yollarla ilerlemiştir. Özellikle, küçülmeye eşlik eden yeniden tasarıma daha kapsamlı bir şekilde değinilmelidir. Çoğu yazı kuruluşların boyutlarını küçülttüğü yöntemleri ya da küçülme koşulları altında organizasyon yapılarının değişim şekillerini vurgulasa da, örgütlerin görevlerini daha az insanla gerçekleştirmelerine izin vermek için ne tür bir yeniden tasarımın yapıldığına ilişkin nispeten az araştırma yapılmıştır. Benzer şekilde, yeniden yapılanmanın ortaya çıkmasına kadar, yeniden tasarımın küçülmeye neden olabileceği ya da küçülmeyi kolaylaştırdığı konusunda sınırlı araştırma yapılmıştır (Freeman, 1999).

Çalışanlar bir şirketin en büyük gücüdür. Çalışanların yetkinlikleri, kişisel tutkularıyla çoğaltılan bir entelektüel eşitlik oluşturur. Bireysel yetkinliği artırmanın yanı sıra bireysel sorumlulukları her çalışanın tutkusu ile aynı hizaya getirmek de önemlidir. Stratejik küçülme sırasında bu daha da önemlidir (Myrna, 2009). Küçülme, bunu uygulayan yönetim ile mevcut geri kalan işgören arasındaki güven ve işbirliğinde azalmaya neden olmaktadır. Bu bağlamda, küçülmeye maruz kalanların üzerindeki etkileri ölçen çok az araştırma mevcuttur. Sharp (1995) dışa bağımlılığın küçülme sürecinin bir parçası olarak genellikle işgörenler için travmatik, zaman alıcı, masraflı ve rahatsız edici olduğunu belirtmiştir. Zeffane (1995), yöneticilerin personelin yeniden yerleştirilmesi, performans değerlendirmesi, yeniden eğitim ve stratejik insan kaynakları planlamasına ilişkin sorunları çözememesinin sonucu olarak çalışanların sarsıldığını, çalışma belirsizliğini ve etkinliğini azalttığını iddia ederek bu çelişkiyi desteklemektedir.

Küçülme sonucunda iş görenler arasında iletişimde bozulma (Cascio, 1993), güvenin bozulması (Buch ve Aldridge, 1991), korku artışı (Buch vd., 1991) belirsizlik ve kaosun yüksek seviyelerde bulunduğu (Tombaugh ve White, 1990) sonuçlarını ortaya koyan araştırmalar bulunmaktadır (Amabile ve Conti,1999). Diğer yandan, kanıtların önemli bir kısmı, küçülme işleminin profilleri artırma becerisini sorgulamaktadır. Örneğin, Cascio ve

Young (1997) yaptıkları küçülme vakası araştırmalarında, küçülmenin, yönetim tarafından aranan fayda sonucuna varmadığı ve yönetimin, dayatılacak bir strateji uygulamakta temkinli davranması gerektiği sonucuna varmışlardır Amabile ve Conti (1999) ise çalışanların travmatik maliyetleri, küçülmenin yaratıcılık ve takım istikrarı için olumsuz etkiler yaratması ve ekonomik faydalar için destek eksikliği durumlarını göz önünde bulundurarak karar vericilerin küçülmeye aşırı dikkatli yaklaşmaları gerektiğine karar vermişlerdir (Young, 2002).

Sağlık sektörünün ulusal bütçelerdeki en büyük masraf boyutunda olmaları beklenmektedir. Sağlık sektörü, özellikle hastaneler, küçülme hedefi haline gelmiştir (Kendall-Raynor, 2012). Bu çabaların çalışan personel ve hastane işleyişi üzerindeki etkilerine yönelik yapılan çalışmalar, küçülmenin genellikle olumsuz etkiler barındırdığını bildirmiştir (Alameddine vd., 2009). Küçülmenin iş açısından sağlık çalışanlarınca memnuniyet ve birliklerin rol oynadığı gösterilmiş olmasına rağmen, hastanede uygulanan küçültme ve yeniden yapılanma sürecinde çalışanların hangi rolü oynayacağı hakkında belirsizlik baş göstermiştir (Burke vd., 2016).

Sağlıkta yeniden yapılanma ve küçülme sonrası, iş doyumunun azalması (Armstrong-Stassen vd., 1996; Sharp vd., 2006), daha fazla tükenmişlik, daha fazla psikolojik sıkıntı (Burke, 2005), daha ağır iş yükleri, işgörenler arasında daha fazla yıpranma (Laschinger ve Leiter, 2006) daha düşük maliyet tasarrufu (Shanahan vd., 1999) daha düşük hastane bakım seviyeleri (Way vd., 2005) ve personel motivasyonunda düşük seviyeler (Brown vd., 2006) gibi sonuçlar elde edilmiştir.

2.2.14. İnsan Kaynakları

Stratejik yönetim perspektifini belirlenen stratejinin uygulanması göstermektedir. Dolayısıyla yönetsel yetkinlikler tarafından stratejinin sınırlandırılması büyük bir sorun olarak görülebilir. Bu yetkinlikler, gelişmekte olan ekonomisi çok uluslu işletmelerde kuruluşun farklı bölümlerinde bulunan insanlara, insan kaynağının önemini vurgulamaktadır (Meyer ve Xin, 2017).

İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY), eski personel yönetim alanından anlamlı katkı eksikliği konusundaki uzun süredir devam eden endişelere tepki olarak, 1970'lerin sonları

boyunca çalışanları etkin yönlendirme adına ortaya çıkmıştır. İKY'nin özü: insan kaynakları planlaması, işe alma, personel değerlendirmesi, mesleki gelişim ve eğitim gibi alanlardaki politikaların ve izleklerin birbiriyle bütünleşmesi veya tutarlı olması ile bu politikaların ve prosedürlerin çalışanların bilgi, beceri, tutum ve davranışlarını üretmek üzere tasarlanmıştır (Legge, 1989). Araştırmacılardan bazıları örgütsel stratejiyi herhangi bir şekilde sınıflandırmaya çalışmazken, bazıları stratejik yönetim literatürünü dikkate almış ve çeşitli türdeki örgütsel stratejileri ve her türde uyumlu olarak görülen İKY politika uygulamalarını ortaya koymuştur (Dowling ve Schuler, 1990).

Stratejik insan kaynakları (SİKY) kavramına olan ilgi artmaya devam edince, eleştiriler dile getirilmiş ve alternatif yorumlamalar yapılmıştır. Boxall (1996), son iki gözden geçirme kitabında, iki geniş modelin İKY üzerine akademik söylemlerin çoğunun altında yatması gerektiğini ileri sürerek yüksek taahhüt modeli ve yüksek taahhüt yaklaşımına sahip her tür iş gücü yönetimini içeren bir ihtimal modeli ortaya atmıştır. Olumsallık modeli aynı zamanda "sert" veya "faydacı araçsal" yaklaşım olarak adlandırılmış ve örgütsel amaçlarla yakından bağlantılı olan İKY'ye bütünleşmiş bir yaklaşımla empozitiflerin kullanılmasına odaklanmıştır. Örgütün strateji ve hedeflerine bağlı olarak, Miles ve Snow (1984) tarafından tanımlanan "Yapı" İKY stratejisinde olduğu gibi, personel yatırımına ve geliştirilmesine önem verilmesini gerektirmekte, ya da Porter'ın (1980; 1985) tanımladığı maliyet azaltma stratejisinde olduğu gibi, onları basit bir masraf olarak görmektedir. Bir diğer yaklaşıma göre, örgütsel hedeflerle etkili bir şekilde birleşmenin, "çalışanları değerli varlıklar ve rekabet üstünlüğü kaynağı olarak ele alma" yı içerdiği, bu yönüyle "yumuşak" veya "gelişimsel hümanist" yaklaşım olarak ele alındığı belirtilmiştir (Kane, 1998).

Stratejik insan kaynakları konusunda yapılan çalışmalara bakılacak olursa Grinold (1976), Martel ve Price (1981) ve Rao (1990) çağrı merkezlerinde iş gücünü yönetmek adına işgücü yönetimi modelleri geliştirler (Gass ve diğ., 1988) Tıp fakültesi bütçelerine (Brandeau vd., 1987; Lee vd., 1987) ve işgücünün çapraz eğitim ve esnekliği üzerinde çalışmalar yapıldı (Vairaktarakis ve Winch, 1999; Pinker and Shumsky, 2000). Bartholomew vd., (1991), Ernst vd., (2004) ve Turner vd., (2010), iş gücü / işgücü planlama modellerinin genel görünümünü sunarken, Boudreau vd., (2003) operasyonlar ve insan kaynakları yönetimi modelleri ve bu modellerle ilgili karmaşıklıklar arasında daha büyük bir arayüz ihtiyacı üzerinde durmuştur. Son zamanlarda yapılan işler, iş gücü sorunlarını

operasyonel veya taktiksel zaman çerçevelerinde ele almaya devam etmiştir. Bard ve Wan (2008)'ın yapmış oldukları çalışma buna örnek teşkil etmektedir. Kısa zamanlı planlama üzerine odaklanma, aynı zamanda sağlık hizmetleri ve acil iş gücü planlamasına da etkili olmuştur (Fry vd., 2006; de Véricourt ve Jennings, 2011; Yankovic ve Green, 2011; Bienstock ve Zenteno, 2012). Gans ve Zhou'nun (2002) uzun vadeli iş gücü kapasite planlama modelleri, Ahn ve diğ. (2005) ve Song ve Huang (2008) çalışmalarıyla ilgilidir; Bununla birlikte, sağlık görevlilerini yönetmek için gerekli olan diğer bazı kararları almadan, personel istihdamı ve kalıcılığı üzerinde yoğunlaşmaktadırlar.

SİKY, hızlı ve etkili bir şekilde değişime ayak uydurabilmenin, kurumların mevcut personelinin yetenekleri, öz kaynakları ve insan kaynakları hakkında gerçekçi bilgiye sahip olmalarıyla mümkün olduğu inancına dayanmaktadır. SİKY, kuruluşun operasyonel ve stratejik hedeflerini desteklemek veya iyileştirmek için gerekli olan değişiklikleri sürekli bir şekilde yapmayı gerektirmektedir. Bu değişiklikler ile yapılan ve yapılacak olan insan kaynakları faaliyetlerinin, politikalarının ve uygulamalarının hayata geçirilmesi ile mümkün olmaktadır. Organizasyon liderleri, iş yerlerinin değişikliklerden nasıl etkileneceğini ve buna göre değişikliklere nasıl hazırlanacağını anlamalıdır. Bu liderler, mevcut insan kaynakları miktar ve potansiyeli (İnsan kaynakları kısa ve uzun vadeli hedefler için mevcut mu?) ile ilgili verileri gözden geçirdikten sonra hedefleri formüle etmelidir. Rekabetçi olmak için, kuruluşlar, etkin kalma yetenekleri üzerinde etkili olan kuvvetleri öngörebilmeli, etkileyebilmeli ve yönetebilmelidir. Hizmet sektöründe bu, insan kaynakları yeteneklerini yönetebilmeleri gerektiği anlamına gelir. Çoğu zaman ajanslar, insan kaynakları yönetimi (İKY) uygulamalarını, uzun vadeli etkilere fazla önem vermeden yönlendirmek için kısa süreli hizmet gereksinimlerine güvenmişlerdir. SİKY'i uygulamaya koyan bir sağlık kuruluşu, insan kaynakları gerekliliklerini dış ortamın talepleri ve organizasyonun ihtiyaçları ile eşleştirerek, uygun bir personel ve beceri karışımı olmasını sağlamakla, klinik sonuçlar ve İK uygulamaları arasındaki ilişkiyi desteklemeye de hizmet etmektedir. Stratejik planlama, bütçeleme ve insan kaynakları ihtiyaçlarını belirleme, İKY faaliyetlerini stratejik organizasyonel ihtiyaçlarla eşleştiren bütünleyici çerçeve olan SİKY ile de bağlantılıdır (Pynes ve Lombardi, 2011:32).

Sağlık personelinin idaresi için gerekli diğer kararları almadan personel istihdamı ve istihdam edilen personelin çalışma sahasında tutulması bir ihtiyaçtır. Arlotto vd., (2014) ve Werker vd., (2016) yaptıkları araştırmaya göre, stratejik insan kaynaklarını gerçekleştirmek

için beceri kazanımına ve iş başında öğrenmeye odaklanmaktadır. Vanderby vd., (2010)' nın çalışma sonuçları; Vanderby vd., (2014) ve son araştırmada (Turner vd., 2010) özellikle diğer alanların yanı sıra uzun vadeli sağlık işgücü planlamasının araştırılması ihtiyacı üzerinde durmuşlardır.(Hu vd., 2016) Mülkiyet bilgileri gibi maddi olmayan kaynaklar ise açık piyasada güvence altına alınamaz ve insan kaynakları başka bir kuruluşa veya coğrafi pazara taşınmak istenmez (Das and Teng, 2000; Grant, 1991).

Sağlık sistemi artık çok pahalı ya da kolay erişilemeyen bazı kaynakların kıtlığı ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu, sağlık kuruluşlarındaki kaynakları optimize etme ve dolayısıyla acil servislerde kaynakların verimli bir şekilde tahsis edilmesi için yönetim araçlarını benimseme ihtiyacını doğurmuştur. Sağlık kurumlarındaki insan kaynaklarının atanması problemi, değişken performansa sahip bir dizi kaynakla gerçekleştirilecek olan bir dizi görevin planlanması ve organizasyonunun bir problemidir. Sağlıktaki kaynak tahsisi, soruna açıklık getirmek için iki aşama olarak ele alınmaktadır: Birinci aşama, kaynaklara göre görev tahsisidir. Bu aşama, kaynağın niteliğine uygun görevler vermek için kararlı bir şekilde davranma hususunu içerir. İkinci aşama ise görev sıralamasıdır. Bu aşamada, görev sıralamasında başlangıç ve kaynak kısıtlamalarını dikkate alan başlangıç zamanlarının belirlenmesi yapılmaktadır (Othman vd., 2016).

Sağlık sistemi personelinin planlanması, geliştirilmesi ve dağılımını iyileştirmek için yıllar içinde çok çeşitli yaklaşımlar ve planlama modelleri geliştirilmiştir. Bunlar, gelecekteki ihtiyaçların, talep veya hizmet kullanımının, işgücünün nüfusa oranının veya hizmet hedeflerinin tahminlerine dayanan yaklaşımları içerir. Bütün bu yaklaşımların ortak bir özelliği, sağlık personelinin çeşitli ölçütlere veya göstergelere dayalı gereksinimlerini projelendirilmesi girişimidir. Örneğin ihtiyaç odaklı yaklaşımlar, öngörülen hizmet ihtiyaçlarını, belirlenmiş üretkenlik standartları ve uzman yargısı kullanarak iş ve kişi gereksinimlerine dönüştürür. Kullanıma dayalı yaklaşımlar, mevcut hizmet kullanımı ve gelecekteki demografik yansıtımlara dayalı olarak gelecekteki iş ve kişi ihtiyaçlarını tahmin etmektedir. Hizmet sunum yaklaşımları, insan kaynakları gereksinimlerini belirlemek için hizmet sunum hedeflerini kullanır. Nüfus oranı yaklaşımları, arzulanan doktor, hemşire, nüfus veya başka bir oranı belirlemek için, genellikle diğer ülkelerden alınan normları kullanmaktadır. Bu yaklaşımlar, sağlık hizmetleri ihtiyaçları, hizmet kullanımı ve demografik eğilimler, hizmet sunum hedefleri ya da insan kaynaklarının yatırım ve geliştirme ihtiyaçlarının projelendirilmesi için varsayılan normları baz aldığı için, bu

yatırımların ve gelişme kararlarının ulusal sağlık stratejisi uygulama ihtiyaçlarına nasıl bağlandığını anlamak kolay bir iştir (Bates, 2014).

Sağlık çalışanlarının stratejik olması da, neredeyse her türden arzu edilen reform sonucunun, sistem genelinde işgücü davranışlarındaki değişikliklere bağlı olduğunu göstermektedir. Bu tür davranışları doğrudan doğruya Merkezi ve yerel yetkililerin kontrolü altında olmayan çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Sağlık personelinin yeni kurallara, rollere, sorumluluklara ve kaynaklara nasıl cevap vereceğini incelemek bu nedenle reform müdahalelerinin fizibilitesini ölçmek için SİKY'i gerektirmektedir. 'Stratejik' yönetim, iş yerinde durum analizine dayanan ve sağlık sektörü için arzulanan sonuçların en azından orta vadeli bir vizyonuyla bağlantılı olarak daha koordine edilmiş, sistematik bir politika yaklaşımı anlamına gelir. (Fritzen, 2007).

2.2.15. Kıyaslama

Ohno (1988)'a göre bir yönetim aracı olarak kıyaslama ilk olarak Japonlar tarafından geliştirilmiş ve Batı dünyasında Rank Xerox tarafından 1979'da gerçekleştirilmiştir (Jacob, 1992). Rank Xerox'un ilk kıyaslama çalışmasından elde edilen bulgular, rakiplerin üretim maliyetlerine eşit bir fiyat ile ürün sattıklarını ortaya koymuştur. Sonuç olarak şirket, iş planlarını yürütmek için sabit hedeflerini benimsemeye yönelmiştir. 1980'lerde şirket, kıyaslama faaliyetlerini herhangi bir endüstrideki en iyi uygulamaların analizini de içerecek şekilde genişletmiştir (Shetty, 1993). Xerox Corporation'ın başkan yardımcısı David T. Kearns, kıyaslamayı "Benchmarking, 1989" konusunda hazırladığı seminer kitabında" en zorlu rakiplere veya endüstri lideri olarak tanınan şirketlere karşı ürün, hizmet ve uygulamaları ölçmek için sürekli bir süreç "olarak tanımlamıştır. Camp, Xerox'taki karşılaştırma sürecinin beş temel aşamadan oluştuğunu ve bunların planlama, analiz, birleştirme, eylem ve olgunluk olarak sıralandığını belirtmiştir. Kıyaslama süreci, sürekli gelişme arayışı içinde olan imalat sanayiinde kapsamlı ve başarılı bir şekilde uygulanmıştır. Bunun nedeni, üretim operasyonlarında, yönetim tarafından etkin üretim stratejisi oluşturulmasında ve endüstri normlarına göre performansın değerlendirilmesinde uygulanabilecek çeşitli kabul edilmiş parametreler ve hedefler olması gerçeğidir. Baldridge Award standartları (Garvin, 1991) ile kalite yönetimi ve kontrolü için ISO 9000 süreci, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve dünya çapında imalat ve hizmet sektörlerinde kullanılmaktadır (Phillips ve Appiah-Adu, 1998).

Kıyaslamaya ait tanımlar değişim göstermekle birlikte, anahtar temalar, ölçüm, karşılaştırma, en iyi uygulamaların belirlenmesi, uygulanması ve iyileştirilmesini içermektedir. En yaygın olarak alıntılanan tanımlardan biri "Kıyaslama, bu en iyi uygulamaların uygulanması yoluyla, istisnai bir performansa yol açacak en iyi endüstri uygulamalarını araştırmaktır" (Camp, 1989).

Kıyaslama organizasyonun performansını iyileştirmesine yardımcı olmak için dünyanın herhangi bir yerindeki kuruluşlardan seçkin uygulamaları tanımlama, anlama ve uyarlama sürecidir. En iyi uygulama ve yüksek performans hedeflerini bulmak için dışarıya bakan bir faaliyet olan kıyaslama daha sonra gerçek iş operasyonlarını bu hedeflere karşı ölçer (Kumar vd., 2006).

Kıyaslama stratejilerin, üretimlerin, işlemlerin, ürünlerin veya hizmetlerin, icraların, çalışma çehresinin sürekli analizidir. Bir diğer ifaede ile kıyaslama, organizasyonun mevcut standartlarını değerlendirmek ve böylece standartları ölçeklendirmek veya bu standartları aşarak kendini gerçekleştirmek amacıyla, uygun veri toplama yöntemiyle bilgi edinerek sınıfının en iyileri arasında veya sınıf içinde olanları karşılaştırmadır (Anand ve Kodali, 2008).

Bir kıyaslama çalışmasından alınan dersler, doğru bir şekilde uygulandığında, bir organizasyonun içindeki kritik fonksiyonlarda veya çevrenin önemli alanlarında iyileştirilmiş performansa ulaşmayı kolaylaştırmaktadır (Isoraite, 2004).

Camp (1995)'a göre kıyaslama, dış ortam hakkında bir fikir edinmek ve gelişmekte olan planlarda olgusal bilgilerin kullanımını güçlendirmek için planlama ve devam eden inceleme sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Kıyaslama, dünya standartlarında performans seviyelerine ulaşmak için gereken yöntemleri ve uygulamaları anlamak suretiyle performansı artırmak için kullanılır. Kıyaslama'nın temel amacı, rekabet avantajı sağlayacak uygulamaları anlamaktır. Camp (1989), kıyaslamayı endüstride, üstün performansa neden olan en iyi uygulamaların araştırılması olarak kavramlaştırmıştır. Spendolini (1992) ayrıca, kıyaslamayı örgütsel iyileştirme amacıyla en iyi uygulamaları temsil ettiği düşünülen organizasyonların ürünlerini, hizmet ve çalışmalarını değerlendirmek için süreklilik gösteren sistematik bir süreç olarak tanımlamıştır. Zairi, (1992)'e göre ise karşılaştırma yöntemlerinin heterojenliği, kıyaslamanın aslında çok yönlü bir faydacı araç olduğunu

göstermektedir. Zairi, kıyaslamanın özünü, kuruluşları daha rekabetçi seviyelere çıkarmak için birlikte öğrenmeyi teşvik etme davranışına dayandırmktadır. Bogan ve English (1994), kıyaslamanın, iş süreci yenilenmesi, strateji belirleme ve rafine etme, stratejik planlama, performans ölçümü ve örgütsel öğrenme gibi birbirleriyle ilişkili çeşitli insan-çevre faaliyetlerini kolaylaştırma kabiliyetine sahip olduğunu belirtmişlerdir. Performans boşluklarını saptayıp bu boşluklara uygun çözümler geliştirmesini sağlayan kıyaslama, insanların yeni yaklaşımlara, sistemlere bunun sonucunda da izleklere maruz kalacağı şekilde organizasyonel değişimi körüklemekte ve en önemlisi fikirlerin ekimini teşvik etmektedir. Bu bağlamda, kıyaslama, örgütsel değişimi daha somut ve daha az tehdit edici hale getirerek "yeniden tasvir eder" (Xiang vd., 2007).

Kıyaslama stratejilerinin ana amacı, rakipler ve diğer şirketlerin hedeflerine başarılı bir şekilde ulaşılmasına yol açan stratejilerin özellikleri hakkında bilgi oluşturmaktır. Amaç, stratejik hedeflerin uzun vadede gerçekleştirilmesini sağlayacak yol açan stratejilerin, etkinliğini iyileştirmek amacıyla bu bilgiyi kullanmaktır. Şirketler, stratejileri belirlenen stratejik hedefleri karşılama yaklaşımını tanımlamaktadır. Hedefler, şirketin ulaşmak istediği soruların cevapları olmakla birlikte, stratejiler bu hedeflere nasıl ulaşılacağı sorusuna cevap verir. Genel kapsamda stratejiler dört seviyede kategorize edilmektedir. Bunlardan ilki, kurumsal strateji, iş süreçlerini planlamanın temel ilke ve yöntemlerini içermekte, diğer alt stratejik düzeylerin ise çerçevesini temsil etmektedir. Bir diğer stratejiç çeşidi olan fonksiyonel stratejiler, planlama yaklaşımlarını ve belirli temel işletme fonksiyonlarının uygulama esaslarını içermektedir. Üçüncü strateji iş birimi stratejileri olarak adlandırılmakta, yaklaşımlar ve iş birimleri stratejilerini uygulama ilkelerinden oluşmaktadır. Son olarak, işletim stratejileri ise, şirketteki operasyonel süreçlerin planlanması, uygulanması ve kontrolünü belirlemektedir. Bu stratejiler, şirketin organizasyonuna bağlı olarak iş birimi stratejileri ve işlev stratejilerinden geliştirilir. Bir şirket kıyaslama stratejilerine dayanarak, diğer şirketlerin stratejik hedeflerini başarıyla gerçekleştirmesini sağlayan stratejiler ile tatmin edici sonuçlar vermeyen stratejiler hakkında yeni iş bilgisi kazanacaktır. Diğer bir deyişle, bilgi sadece olumlu deneyime değinmemeli, öğrenmek için olumsuz bir deneyim de içermelidir (Prašnikar vd., 2005).

Lega vd., (2013), yüksek performans gösteren hastanelerin, çok boyutlu performansa yönelen, net hedefleri ifade eden ve stratejik yönetim araçlarını kullanan yönetim ile karakterize olduğunu saptamışlardır. Sağlıkta performans göstergeleri ve kıyaslama

araştırması, hastaların bakımı, birincil bakım, hasta deneyimi, hasta güvenliği ve nüfustaki ölüm düzeyi, (Klazinga vd., 2011) doktorların yanı sıra hastane verimliliği (Hussey vd., 2009) gibi hususları içerir. Kıyasalama araştırması, Veri Zarflama Analizi yöntemi ile belirli hizmetlerin, departmanların veya tüm hastanelerin etkinliğini karşılaştırarak hastane performansını kıyaslamak için kullanılmıştır (Nayar vd., 2013).

Sağlık hizmetlerinin sağlanması, birden fazla aktörü içermekte ve karar verme için karmaşık bir ortam yaratmaktadır (de Vries ve Huijsman, 2011). Sağlıkta performansın, iş mükemmelliğinin kapsamlı bir değerlendirmesini mümkün kılmak için birden çok paydaşın algısına dayanarak sağlıktaki gidişiatı nasıl ölçülebileceğini göstermektedir. Birbirine bağlı ve birbirinden etkilenen paydaşlar arasında hastalar, personel, akreditasyon organları ve devlet yetkilileri bulunmaktadır (Hassan, 2005). Kıyaslama, hastanelerde en iyi uygulamaların belirlenmesini sağlayan bir ölçüm aracıdır. Bu aracın ölçüm içeriğini; üst yönetim liderliği, kalite politikası, kalite departmanının rolü, eğitim, süreç yönetimi, müşteri odaklılık, kalite bilgisi ve analizi son olarak tedarikçi kalitesi yönetimi içermektedir (Xiong vd., 2015).

2.2.16. İşletme Yetenekleri

Bir şirketin stratejik yetenekleri, kaynak boyutları, işletme işlevleri veya "firma içi ve çevre arasındaki karşılıklı bağımlılık ağları" yeniden gündeme getirebilir (Lenz, 1980). Stratejik yeteneklerin belirlenmesi, genellikle strateji oluşumunda ilk adım olarak önerilir (Hubbard ve Beamish, 2011:70). Yönetim teorisyenleri, Porter'ın (1985) dışa odaklanmış ürün / pazar yaklaşımı ile stratejide dahili olarak odaklanmış RBV yaklaşımını sıklıkla kontrasta düşürmelerine rağmen, şirketin pazarında ve sektöründe yeteneklerin değerinin anlaşılması, stratejik yeteneklerin belirlenmesi için kritik önem taşır. İlgili endüstride sürdürülebilir rekabet avantajı belirleme ve geliştirme yaklaşımına, genellikle yetenekler konusunda rekabet denir (Simon and Power, 2004).

Hastaneler, değişen çevre de varlığını karlı bir şekilde korumak için stratejik değişimi bir araç olarak kullanmaktadır (Trinh ve O'Connor (2002). İşletme yetenekleri açısından kendini geliştirmek için işletmeler stratejilerini gün be gün değiştirmektedirler. Stratejik değişim bir kuruluşun yönü ne olursa olsun, mülkiyet savunucusu olacağı gibi stratejik değişimin hiç durmadan devam eden hareketi sayesinde değişim gerçekleşecektir

(Markóczy, 2001). İşletme için düzenlenecek stratejiler, bir olasılık stratejisi olarak görülse de, yapılan değişiklikler ve yeni piyasaya hızlı tepkiler için fırsatlar doğurmaktadır. Bir defans oyuncusu nidasında işletme stratejisi ile maliyet kontrolü sağlanarak karşılaştırmalı verimlilik analizi yapılabilecek böylece ürün sayısı ve hizmetler de zenginlik sağlanacaktır (Kraatz ve Zajac, 2001).

Kuruluşlar verimli bir şekilde işlev görmeyi sağlayacak birçok temel beceri veya kabiliyete sahip olmakla birlikte, bir yetenek, stratejik ithalata sahip olmak için üç ayırıcı özelliği taşımalıdır: Bunlardan birincisi, mevcut yetenek müşteri için değerli olmalıdır. İkincisi, organizasyonun kabiliyeti rakiplerinin kapasitesinden daha iyi olmalıdır. Üçüncüsü ise, stratejik kabiliyet taklit etmek veya tekrarlamak zor olmalıdır (Hubbard ve Beamish, 2011:69).İşletmeye ait yetenek çoğaltmak için en zor ulaşılır olan unsur kaynaktır. Ancak, sürdürülebilir rekabet avantajı sağlamanın yolu da edinilen bu kaynaklardan geçmektedir (Fahy, 2000). Bir firmanın kaynakları, sürdürülebilir bir rekabet avantajı için rekabetçi bir firma tarafından tekrarlanabilir olmamalıdır. Rakip kuruluşlar dahili olarak kolayca bazı kaynaklar geliştirebilirler. Örneğin, bir firma açık pazarda belirli sermaye teçhizat parçalarını satın alabilir. Bununla birlikte, bir firmanın ekipmanı verimli bir şekilde kullanmasına olanak tanıyan deneyim elde edilemeyebilir (Grant, 1991). Bir hastanenin tıbbi personeline ait yeteneklerin çoğaltılması zordur. Bu nedenle, hekimlerin bulunup bulunmadığına ve imkânlara erişime bağlı olarak, elinde kaynak ve bu kaynaklara bağlı yetenekler bulunduran bir sağlık kuruluşu sürdürülebilir bir rekabet avantajı sağlayacaktır (Yarbrough ve Powers, 2006).

Öngörülemeyen karmaşıklık durumunda, stratejik değişiklik önemli bir çıkar yoldur. Sistemde oluşabilecek karmaşıklık ve piyasadaki rakiplerin saldırıları nedeniyle stratejik değişime büyük talep oluşacaktır. Sağlık kuruluşlarında kısa vadeli performanslar mevcut yönetime ve yapılan organizasyonlara ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Yapılması muhtemel değişimlere ilişkin uygulama maliyeti ve zorluğu ne kadar büyük olursa olsun yetenek inşa etme ihtiyacı nedeniyle bu değişim yeni yetenekler kazandıracağı gibi, yeni kaynaklara da kavuşmayı sağlayacaktır (Naranjo-Gil, 2015).

Firmaların, "hızla değişen çevrelere hitap etmek için dahili ve harici yetkinlikleri bütünleştirmek, inşa etmek ve yeniden yapılandırmak" için dinamik yeteneklere ihtiyaç duydukları düşünülmektedir (Teece vd., 1997). Diğer bir ifadeyle, daha statik, stratejik

yetenekler, firmanın rakipler tarafından kolayca taklit edilemeyecek benzersiz bir şekilde tüketicilere değerli olmasını sağladıklarında yararlı olabilir (Prahalad ve Hamel, 1990).

Örgütsel başarı için altı genel stratejik yetenek ortaya çıkmıştır. Bunlar: müşteri veya müşteriye sunulan hizmet kalitesi, çalışanların katılımını sağlayan güçlü liderlik ve vizyon (Sarasvathy ve Dew, 2013), firmanın inovasyon ve yaratıcılığının teşvik edilmesi, doğru becerilere ve dürüstlüğe sahip olan iyi personelin seçilmesi ve tutulması, farklılaştırılmış ürünler veya hizmetler ile son olarak firma ve pazarları arasında çeşitlilik olarak (yani, operasyonel usullerin uyarlanabilirliği ve esnekliği yakalayabilmek) benimsenmektedir. (Moffat ve Simon, 2011). Firmaların kaliteli ürün ve hizmetleri geliştirmeye devam etmeleri, yönetimin diğer kuruluşların ihtiyaç duyduğu genel yeteneklerin benzersiz ifadelerini geliştirme konusunda esnek düşünmesini gerektirmektedir (Simon vd., 2015).

Sağlık kabiliyetinin gereği, içfaktörler ile dış etkenlere ait şartları analiz etmektir. Öte yandan, bu durum insanların sağlık tercihleri yapma kabiliyetlerini engellemektedir. Sağlık bilgisi (örn., Sağlık arama becerileri ve inançları) ve sağlık değerleri gibi iç faktörlerin yanı sıra sosyal normlar, maddi koşullar veya ekonomik, politik ve sosyal güvenlik gibi dış etkenleri içerir. Sağlık kabiliyeti ayrıca, öz-yönetim, bilgi ve yeterlilikler olmak üzere çeşitli bireylerin özgürlükleri için sonuçlar barındırmaktadır (Ruger 2010). Sağlık kabiliyeti, sağlığa özünde salt gelir gibi enstrümantal sosyal mallardan daha çok değer veren insanın gelişmesine bağlıdır. Sağlık yeteneği, bir kişinin sağlıklı olma kabiliyeti, sağlık işleyişi ve sağlık ajansı da dahil olmak üzere, ahlaki açıdan özel bir önem arz etmektedir. (Ruger, 2015). Modern sağlıkta fiyatlandırma karar organizasyonu karmaşık ve önemlidir. Birden fazla yapı dahil olmak üzere hastaneler, sağlık bakım organizasyonları, bağımsız doktorlar, sigorta şirketleri ve düzenleyiciler sıklıkla fiyatı belirleme konusunda karışıklık yaşarlar. Dolayısıyla fiyatlandırma yöneticiler açısından zorlu bir stratejik görevdir (Conant vd., 1989).

Ruger'a göre (2010), devlet yöneticileri toplumun sağlıklı olması için herkese uygun koşulları sağlamakla yükümlüdür. Bu, hem bireysel hem de toplumsal düzeylerde müdahaleler yoluyla sağlık kapasitesi boşluklarının tamamlandığı veya azaltıldığı anlamına gelir. Bu husus önemlidir, çünkü insanların yapabileceği sağlık seçimleri, yukarıda sözü edilen faktörlerden etkilenen kişilerin, seçim yapabilecekleri yetenek ayarlarına bağlıdır. Devlet yöneticileri hükümetler, sağlık adaleti için ana sorumluluğu üstlenmelidir, çünkü özel

kurumlar nüfus çapında önlemler almak için yeterli teşvik ve kabiliyete sahip değildirler (Ng ve Ruger 2014). İnsan kaynaklarının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi devletlerin kısıtlı kaynakları nedeniyle küresel özel sektör için önemli bir mücadeledir. Bu bağlamda, yeteneklerin geliştirilmesi ve geliştirilmesi, özel şirketler için fiilen giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Moczadlo vd., 2015).

2.2.17. Senaryo ve Acil Durum Planlaması

Senaryo planlaması, 1987'de Peter Schwartz ve birçok meslektaşı, senaryo planlamasının hükümet dışı örgüt ve hükümetlere uygulanmasını genişletmek için Küresel İş Ağı'nı oluşturduğu zaman gelişmiştir. Schwartz, 1991'de The Long of Art adlı bir senaryo planlama kitabı yayımlamış, bunu konuyla ilgili pek çok kitap takip etmiştir: Van der Heijden (1996), Fahey ve Randall (1997), Pinkham (1998), Ringland (1998), Schwartz (2004) (Means vd., 2005).

İş sahibinin tipik senaryo planlama pratisyeni tanımına ve plan uygulayıcısının örgütü değiştirme gücüne olan inanç alışkanlığı, günün sonunda da senaryo planlamasının değişimle ilgili olduğu için kolayca üstesinden gelinemeyecek anlayışı nedeniyle iş sahibi ile uygulayıcı arasında bir uçurum meydana getirmektedir. Bu nedenle, senaryo planlama pratisyenleri, hemen hemen her tür örgütlenmeyi olumlu etkileme potansiyeli olarak anlamaktadırlar (Coates, 2000). Ancak iç çevreleri senaryo planlamasının kullanılmasından kaynaklanabilecek tüm potansiyel iyilikler için, giderek artan bir şekilde "araştırmaya dayalı" veri talep eden, diğer bir deyişle senaryo planlaması gerektiren, uygulamaya dayalı bir süreç olma sıkıntısından muzdariptir. Bu durum genellikle akademik teori ve titiz araştırmaları geçersiz kılmaktadır (Chermack vd., 2001). Ancak son zamanlarda, teori senaryo planlaması olarak tanıtılmış ve bu konuda bazı araştırmalar olmuştur. Senaryo planlamasının anlamlı bir iş uygulaması olup olmadığını belirleyen araştırma temelli bir çalışma birimi tarafından her yıl, senaryo planlamasının çeşitli yönlerini ele alan artan sayıdaki makaleleri yayınlanmaktadır (Zellars, 2016).

Chermack, (2004, 2005, 2011) çalışmaları ile senaryo planlama teorisinin kuramsal temelini belirlemiştir. Teorinin önerilen unsurları kapsamlı bir literatür incelemesine dayanmaktadır. Bu teorik alanlar senaryo literatüründe tekrar tekrar ortaya çıkmaktadır. Bu alanların kullanımı, senaryo planlaması olgusunun ne olduğunu ve nasıl işlediğini

açıklamaya yöneliktir. Bu sonuç alanlarının her biri kısaca tanımlanmıştır. Bunları eşleştirmenin mantığı arabulucu ve sonuç değişkenleri olarak tartışılmaktadır (Chermack ve Nimon, 2013).

Senaryo planlaması bir takım sporu olarak görülebilir. Geleceğe akıllıca bir yaklaşımın çok fazla bilgi, hayal gücü ve yaratıcılık gerektirdiği ölçüde, en iyi senaryolar neredeyse her zaman farklı kaynaklara ve uzmanlığa sahip bir ekip tarafından yaratılmaktadır. Senaryo planı için takım oluşturmanın ilk kriteri çeşitliliktir: yaşlı ve genç, erkek ve kadın gibi, müşteri organizasyonundaki farklı işlevlerin temsilcilerini barındıracak bir çeşitlilik sağlanmalıdır. Oluşturulacak takıma bazen müşterileri veya tedarikçileri dahil etmeyi bile düşünmek gerekir. Buradaki asıl nokta, farklı deneyimlerin alternatif ve farklı senaryolar dizisine dayanmasını sağlamaktır. Birçok düşüncenin varlığı tek bir düşüncenin varlığından daha iyidir (Konno vd., 2014).

Senaryolar planlamayla ilgili çok tartışılan bir girdidir, ancak yöntem yani sanat durumu belirsizdir. Standart tanımların ve yöntemlerin eksikliği, senaryoların kullanımı konusunda kişileri sık sık iletişim kurmaya itmektedir. Senaryolarda planlama yapabilmek için durumun tam olarak ne anlama geldiğini anlamak gerekmektedir. Bunun için daha fazlasını bilmemiz gerekir. Senaryo geliştirme için azı çabalara ihtiyaç vardır. Bu çabalar:

• Senaryo geliştirmeye ayrılan çaba düzeyi. Senaryo başına birkaç saat olarak sınırlanamaz çok fazla değişkenliğe sahiptir.

• Planlama sistemi senaryolarında kullanılır. Planlama döngüsünün başlangıcında, her yıl verilen "planlama için bilgi tabanının" ayrılmaz ve zorunlu bir parçası olarak veya bazen kullanılabilirler. Bu önem atfedilme durumuna göre değişir.

• Senaryo planını ne kadar kuvvetli uygulandıkları hususu. Bunlar, aktif planlara çok az bağlayıcılığı olan genel arka plan bilgileri olabilir ya da planlama sistemi, senaryoların planlara ve bütçelere bağlı olmasını gerektirebilir (Hamilton, 1981).

İşletme yönetiminde bir araç olarak senaryo planlaması kullanılmaktadır. Bu yöntem stratejik düşünme, hayal gücü, çoklu bakış açıları ve potansiyel gelecekler hakkında hikaye oluşturmak için diğer faktörleri içerir. "Hikayeler, doğaları gereği, geriye doğru bakmayı

içerir. İşletmeler açısından bakıldığında geçmişten gelen birçok şey vardır. Ama hiç kimse, bir dikiz aynasına bakan bir organizasyonda veya işyerinde yaşamak istemez. Bu sebeple senaryo planlamasının ileriye dönük ya da senaryolara yönelen hikayelerin yönetim kurullarında kullanılması giderek daha fazla dikkat çekmektedir. Planlama sürecindeki senaryoları kullanmak, günümüzün küreselleşen çevrelerindeki birçok belirsizlikle başa çıkmak için kullanılan bir stratejidir ”(Neilson ve Stouffer, 2005).

Senaryolar, varsayımsal durumları tartışmak için kullanılır, böylece planlamacılar, olayın meydana geldiği anda oyundaki faktörlere bağlı olarak bir olayın örgütü nasıl etkileyebileceğini görebilir. Senaryolar, birden fazla bileşenin birbirine nasıl uyduğunu da gösterebilir. Çalışma sonucunda bir senaryo geliştirmek yerine, birden fazla sayıda senaryo geliştirilebilir. Bu durum savaşı oyuna benzer bir süreç haline getirmektedir, ancak bu senaryolar, diğer şeylerin yanı sıra, muhtemelen geleceğe doğru daha ileride yansıtılan belirsizliklere dayandırılabilir ve uzun vadeli düşünmeyi teşvik edebilir. Muhtemelen, senaryoların hiçbiri tam olarak betimlenmeyecektir. Ancak, çeşitli senaryolar yazıldıktan sonra, planlamacılar, mümkün olduğu kadar çok sayıda geleceğe ulaşmalarını sağlayacak şekilde yönetme veya yönetme yollarını arayabilirler. Senaryolar kehanet veya tercih değildir. Onlar, bir fikir yelpazesi içeren geleceğe dair zorlayıcı, tutarlı ve güvenilir alternatif öykülerdir. Varsayımların sorgulanmasına, kilit belirsizliklere odaklanmasına, sürücüler ve dinamiklerin anlaşılmasına ve stratejiler ile planların test edilmesine yardımcı olmak için tasarlanmıştır (Scott-Martinet, 2006:34).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Çalışmanın ilk kısmında stratejik yönetim konusu üzerinde durulmuş, stratejik yönetimin ülkemizdeki ve sağlık sektöründeki yeri, süreci, ve önemi açıklanmaya çalışılmıştır. Çalışmanın esas yönünü belirleyen sağlık yönetiminde kullanılan stratejik yönetim araçları başlığı altında, literatür derlemesi yapılarak açıklanmıştır. Bu bölümde, araştırma kısmı yer alacak olup, yapılan araştırma çerçevesinde kamu ve özel hastane yöneticilerinin stratejik yönetim hususunu ne kadar önemsedikleri çerçevesinden yola çıkılarak, hastanelerde önem arz edildiği düşünülen 17 araç, örneklem içerisinde yer alan illerde çalışmakta olan hastane yöneticilerine sorulmuştur. Bu cevaplara istinaden çalışmanın bu kısmında, karşılaştırma yapılarak kamu ve özel hastanelerdeki stratejik yönetim ile stratejik yönetim araçları kullanılma durumu konusunda elde edilen veriler ışığında açıklanmaya çalışılmıştır. Ayrıca bu bölümde araştırmanın yöntemi, araştırmanın evren ve örneklemi, ölçek geliştirilmesi, verilerin analizini başlık halinde açıklanmış ve yorumlanmıştır.

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada, kamu ve özel hastanelerdeki yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanım görüşleri hakkında karşılaştırmalı bir analiz yapılmıştır. Söz konusu analiz, hastane yöneticilerinin stratejik yönetim konusu hakkındaki bilgi görüşleri ile stratejik yönetim uygulanması, kullanılan stratejik yönetim araçları hakkındaki bilgi düzeyleri ve bunların kullanım durumları hakkında araştırma için hazır bir ölçek ele alınarak, bu ölçek geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ölçek (EK – 1) çalışma için gerekli etik kurul onayı alınarak (EK – 2) araştırma için belirlenen örnekleme uygulanmıştır. Ülkemiz Orta Karadeniz Bölümünde il (Tokat, Çorum, Amasya, Ordu, Samsun) ve ilçelerinde yer alan tüm özel ve kamu hastanelerine, gerekli tüm kurumlarına yapılan başvuru sonucunda alınan izinler ile (EK – 3) uygulanmıştır. Araştırma betimsel ve ilişkisel bir tarama modeline sahiptir.

Bu araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır, anketlerin uygulanması için örneklem dahilindeki hastaneler aranmış, elektronik ortamda hazırlanan anket, link halinde hastanelere ulaştırılmış istedikleri anda bilgisayar, tablet ve telefon gibi

cihazlar yardımı ile cevap verebilecekleri şekilde kendilerine sunulmuştur. Bazı yöneticiler resmi yazışma ile anketlerin çıktıları üzerinden doldurarak cevaplama yoluna gitmişlerdir. Büyük hastanelerin yoğunlukları sebebiyle bizzat gidilip görüşmeler yapılarak cevaplar alınmıştır. Alınan bu cevaplar ışığında konuyla ilgili günümüze kadar yapılmış olan çalışmalar da değerlendirilerek kamu ve özel hastanelerde bulunan mevcut sağlık yöneticilerinin stratejik yönetim araçları kullanım durumu açıklanmaya çalışılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmada örneklem olarak Ülkemiz Orta Karadeniz Bölümü içerisinde yer alan (Samsun, Tokat, Ordu, Çorum ve Amasya) Sağlık İl Müdürlüğüne bağlı tüm özel ve kamu hastaneleri oluşturmaktadır. Benzer bir çalışmanın, daha önce bu bölge ve bölümde uygulandığına dair yapılan incelemelerde rastlanılmadığından, bu bölüm örneklem olarak seçilmiştir.

Araştırmanın hedef kitlesi kamu ve özel hastanelerde hizmet veren hastane yöneticileri oluşturmaktadır. Bu yöneticiler; Dekan, Dekan Yardımcısı, Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Genel Müdür, Müdür ve Müdür Yardımcıları, Mali ve İdari İşler Müdürü, Sağlık Hizmetleri Müdürü, Baş Hemşire ve Yardımcısı'dır.

Araştırma içerisinde yer alan hastanelerin hangileri ve sayılarının ne olduğuna dair internetten ilgili bağlı kuruluşlarına bakılarak inceleme yapılmış ve sayıları belirlenmiştir. Çalışma evreni (EK – 4) oluşturularak burada çalışan yönetici vasfındaki personel sayısını her kurumun bağlı olduğu personel daire başkanlığı veya insan kaynakları birimine sorularak elde edilmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için il sağlık müdürlüklerine Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Rektörlüğü kanalıyla, bilimsel çalışma izin isteğine ilişkin resmi yazışmalar yapılmıştır. Ayrıca Üniversite hastanelerine ve özel hastanelere de ayrı ayrı yazışmalar yine resmi yazışma kanalıyla gerçekleştirilmiştir. Belirlenen ve resmi yazışma yapılan tüm İl Sağlık Müdürlüklerinden olumlu cevap alınmış İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı devlet hastanesi, eğitim araştırma hastanesi, kadın doğum hastanesi ile ağız ve diş hastanelerinde uygulanmak üzere gerekli araştırma izinleri verilmiştir. Araştırmada kapsam içerisinde 2. ve

3. basamak hastanelerin tamamına ulaşılmaya çalışılmış, kapsam dışı bir işletme veya kurum bırakılmamıştır.

Çizelge 3.1. Örneklem İçerisinde Yer Alan Hastaneler

İl	**İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı Kamu Hastaneleri**	**Üniversite Hastaneleri**	**Özel Hastaneler**
Amasya	29	0	0
Samsun	108	15	58
Çorum	55	0	13
Ordu	85	0	23
Tokat	69	15	8

Özel hastaneler boyutunda ise, bölgede yer alan 17 hastanenin tümüne resmi yazışma yapılmış örneklem içerisinde yer alan hastanelerden 2 hastane ankete cevap vermeyi kurum olarak kabul etmemiş, 15 Özel Hastane çalışmanın yapılmasını kabul etmiştir. Örneklem içerisinde yer alan tüm Özel hastane sayısı 17 dir. Bu hastanelerde görev yapan yönetici sayısı ise toplam102 kişidir. Bu yöneticilerin tamamına anket ulaştırılmış ve yöneticilerin 89 kişisi ankete katılmıştır.

İl sağlık müdürlüğüne bağlı devlet hastanesi ile eğitim araştırma hastanesi sayısı toplamı 61 dir. Bu hastanelerde görev yapan yönetici sayısı 346 kişidir. Bu yöneticilerin tamamına anket ulaştırılmış ve 224 yönetici ankete katılmıştır. Örneklemde 2 üniversite hastanesi bulunmaktadır. Burada görev yapan yönetici sayısı toplamda 30 kişidir. Bu yöneticilerin tamamına anket ulaştırılmış ve 24 yönetici ankete geri dönüş yapmıştır. 2018 yılında söz konusu bölgede yer alan il, ilçe bazında kamu ve özel hastanelerde çalışan yönetici sayısı toplamda 478'dir. Bu araştırmada, evrenin tamamına ulaşılmak istendiğinden örnekleme yoluna gidilmemiştir. Sonuç olarak 313 yöneticiden anket yolu ile geri dönüşler sağlanmıştır.

3.3. Ölçek Geliştirilmesi

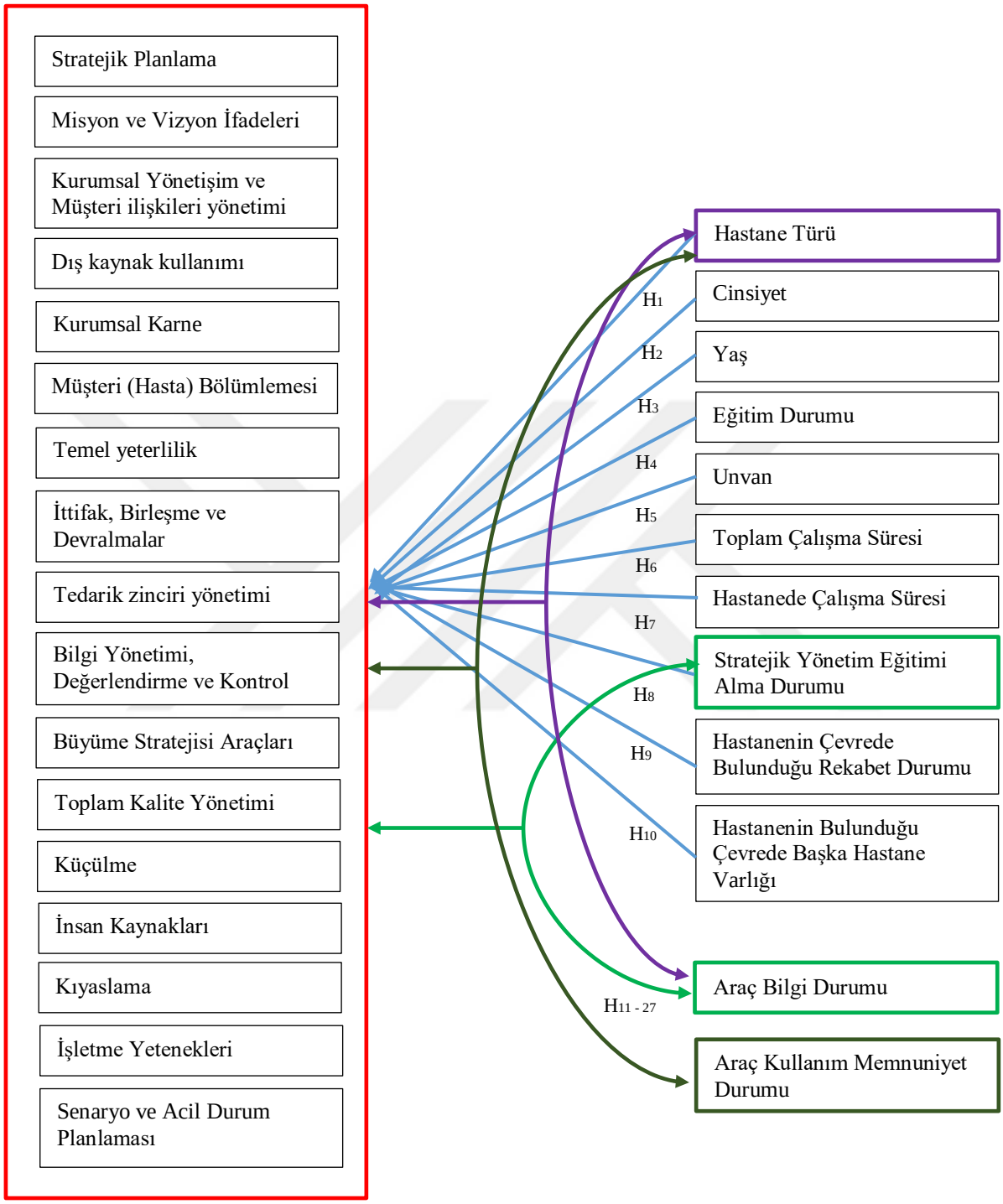
Araştırmada kesitsel olarak seçilen örneklemde faaliyet gösteren hastanelerin yöneticilerine uygulanan anket ile elde edilen verilerde farklılık aranmıştır.

Ölçek seçme aşamasında "Stratejik Yönetim ve Stratejik Yönetim Araçları" konusunda bir ölçek araştırması yapılmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda, daha önce Stratejik Yönetim konusunda çalışma yapmış olan Demir, İ. B. (2015)'in yararlandığı ölçeğe ulaşılmış ve bu ölçeğin bir bölümü ile Darrell Rigby ve Barbara Bilodeau tarafından geliştirilenve 25 stratejik yönetim aracını içeren ölçekten faydalanılmıştır. Söz konusu ölçekde aşağıda belirtilen Stratejik yönetim araçları yer almaktadır.

1. Kıyaslama
2. Stratejik Planlama
3. Misyon ve Vizyon İfadeleri
4. Müşteri ilişkileri yönetimi
5. Dış Kaynak
6. Kurumsal Karne
7. Müşteri segmentasyonu
8. İş sürecinin yeniden yapılanması
9. Temel yeterlilik
10. Birleşme ve Devralmalar
11. Stratejik ittifaklar
12. Tedarik zinciri yönetimi
13. Senaryo ve Acil Durum Planlaması
14. Bilgi Yönetimi
15. Paylaşılan Servis Merkezleri
16. Büyüme Strateji Araçları
17. Toplam Kalite Yönetimi
18. Küçülme
19. Yalın Altı Sigma
20. Müşteri İnovasyonunun Sesi
21. Çevrimiçi Topluluklar
22. Ortak Yenilik
23. Fiyat Optimizasyonu Modelleri
24. Sadakat Yönetimi Araçları
25. Karar Hakları Araçları

Kaynak: (https://www.bain.com/insights/topics/management-tools-and-trends/) dır.

Araştırma Modeli



Şekil 3.1. Araştırmanın Modeli

Yukarıdaki şekil 3.1. araştırma modeline göre, kamu ve özel hastane yöneticilerinin söz konusu araçların kullanımına ilişkin bakış açıları ortaya konulmuştur. Bu doğrultuda, yöneticilerin stratejik yönetim araçlarına yönelik algıları ile bu algılamanın "hastane türü,

cinsiyet, yaş, eğitim durumu, unvan, toplam çalışma süresi, hastanedeki çalışma süresi, stratejik yönetim eğitimi alma durumu, hastanenin bulunduğu çevredeki rekabet durumu ve hastanenin bulunduğu çevrede başka hastanelerin varlığı" değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığı ortaya konulmuştur. Ayrıca araştırmada, yöneticilerin stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile stratejik yönetim araçları (herbir araç için ayrı ayrı olmak üzere) hakkında bilgi sahipliği arasındaki ilişki ve karşılaştırma ortaya konmuştur.

Stratejik yönetim araçlarının kullanım memnuniyetin ilişkin hastane türüne göre karşılaştırmalı bir betimsel analiz yapılmıştır.

Güvenirlilik Katsayısı ve Geçerlilik

Bu kısımda, anket uygulamasının güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla Cronbach's Alpha tekniğine ilişkin elde edilen çözümlemelere yer verilmiştir. Bilindiği üzere Cronbach Alfa istatistiği, anket uygulamasında yer alan ölçek maddelerinin homojen yapı içerisinde bütünlük arz edip etmediğinin tespiti amacı ile yapılan bir analizdir (Nunnally ve Bernstein, 1994:264-265; Kline, 2011:69). Bu analizde, ölçek maddelerinin içsel tutarlılığı aşağıdaki gibi aralıklandırılır (Kalaycı, 2005: 405).

$\alpha < 0.50$	Ölçek güvenilir değildir
$0.50 < \alpha < 0.60$	Ölçek düşük düzeyde güvenilirdir
$0.60 < \alpha < 0.70$	Ölçek kabul edilebilir düzeyde güvenilirdir
$0.70 < \alpha < 0.90$	Ölçek iyi düzeyde güvenilirdir
$\alpha > 0.90$	Ölçek çok iyi düzeyde güvenilirdir.

Çizelge 3.2. Cronbach's Alpha katsayısı için güvenilirlik düzeyleri

Cronbach's Alpha katsayısı için güvenilirlik düzeyleri	
Cronbach's Alpha	**Madde Sayısı**
0,91	20

Çizelge 3.1'den de görüldüğü üzere, yapılan çözümleme sonucunda anket uygulamasının 0.91'lik düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür. Bu oran,

Kalaycı'ya göre anket sorularının "çok iyi düzeyde güvenilir" olduğunu göstermektedir (Kalaycı, 2005: 405).

Bu çalışmalarda yer alan bu araçlardan esinlenilerek hastane yönetiminde kullanılması muhtemel görülen stratejik yönetim araçlarından 17 tanesi belirlenip ankete dahil edilmiştir. Bu anket geçerlilik açısından değerlendirmeye tabii tutulmuştur. Araştırmayı gerçekleştirebilmek amacıyla uzmanların da bilgilerine başvurularak ölçek tarafımızdan geliştirimiştir.

Çizelge 3.3. Ölçek Maddeleri

1. Stratejik Planlama
2. Misyon ve Vizyon İfadeleri
3. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi
4. Dış kaynak kullanımı
5. Kurumsal Karne
6. Müşteri (Hasta) Bölümlemesi
7. Temel yeterlilik
8. İttifak, Birleşme ve Devralmalar
9. Tedarik zinciri yönetimi
10. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol
11. Büyüme Stratejisi Araçları
12. Toplam Kalite Yönetimi
13. Küçülme
14. Stratejik İnsan Kaynakları
15. Kıyaslama
16. İşletme Yetenekleri
17. Senaryo ve Acil Durum Planlaması

Taslak olarak hazırlanan bu maddeler tek tek incelenerek gözden geçiririlmiştir.

Birinci Aşama: ölçek maddelerinin katılımcılar tarafından anlaşılabilirlik düzeyinin belirlenmesi amacıyla 30 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Bu süreçte herhangi bir ölçek maddesinin anlaşılmasında sorun olmadığı ortaya çıkmıştır.

İkinci Aşama: 17 maddeden oluşturulan ölçeğin asıl uygulamasına geçmeden önce, kapsam geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Bu süreçte, ölçek içerisinde yer alan boyutlarda yeterli sayıda ölçek maddesinin yer aldığı görülmüştür. Yine bu süreçte, ölçek ifadelerini son 5 yılda kullanıp kullanmadıklarını ortaya koymak için evet-hayırlı seçenek tercih edilmiştir.

Üçüncü Aşama: Araştırmanın asıl uygulama aşamasında, katılımcıların stratejik yönetim araçlarını son 5 yılda etkin kullanıp kullanmadığının tespit edilmesi amacıyla 313 kişi üzerinde uygulanan anket sonucu elde edilen verilere göre ortaya konmuştur.

Dördüncü Aşama: Bu süreçte, üçüncü aşamada elde edilen veriler doğrultusunda ölçek yapısı 2 aşamada incelenmiştir.

Birinci aşamada ölçek ifadelerinin boyutlanabilir düzeyde olup olmadığı ortaya konmuştur. Bu aşamada, faktör analizi alt yapısı içerisinde yer alan "(KMO-Kaiser-Meyer-Olkin) ve "Barlett küresellik testi (Barlett‟s test of sphericity)" testleri gerçekleştirilmiştir. Bilindiği üzere, "(KMO-Kaiser-Meyer-Olkin) ve "Barlett küresellik testi (Barlett‟s test of sphericity)" testleri, gerçekleştirilecek faktör analizinde ön şart olan örneklem yeterliliği ve ölçek ifadelerinin boyutlanabilir düzeyde olup olmadığının tespitine olanak sağlayan testlerdir. KMO değeri, gözlenen korelasyon katsayısı ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklük oranlarını karşılaştırmayı esas tutar iken; Barlett's küresellik değeri, değişken setleri arasındaki ilişkinin yeterli düzeyde olup omadığını ortaya koyar (Patır, 2009: 72-73). Araştırmalarda, KMO değerinin 0,50'den büyük olması ve Barlett's değerini ortaya koyan p değerinin ise 0,05'ten küçük olması kabul edilmektedir. Buna göre, elde edilen sonuçlar şu şekilde ortaya çıkmıştır:

Çizelge 3.4. Anketin İkinci Bölüm Sorularının Bileşen Analizine Uygunluk Test Sonucu

KMO ve Bartlett's Test Sonuçları		
KMO Örnekleme Yeterliliği İstatistiği		,937
Barlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare ($\chi 2$)	2934,680
	df	136
	p	,000

Çizelge 3.3'ten de görüldüğü üzere, Barlett küresellik testinin sonucunun istatistiksel olarak anlamlı ($\chi 2$= 2934,680; p<0,05) olduğu belirlenmiştir. Barlett's testinde p değerinin anlamlı çıkması gerekmektedir (Seçer, 2013: 119; Bayram, 2009: 137). Bu sonuca göre, anket ölçeğinde yer alan ifadelerin faktör analizine uygunluğu anlaşılmıştır. Yine, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,949 olarak hesaplanmış ve erişilen örneklem sayısının yeterli düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Bu bağlamda KMO-Measure of Sampling Adequacy değerinin;

0.5 – 0.6 arasında olması kötü
0.6 – 0.7 arasında zayıf
0.7 – 0.8 arasında orta
0.8 – 0.9 arasında iyi
> 0.9 ise mükemmel olduğu kabul edilir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2012).

Araştırmamızda elde edilen bu sonuç ölçeğin mükemmel düzeyde örnekleme sahip olunduğunu göstermiştir.

İkinci aşamada ise, elde edilen veriler doğrultusunda Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) kullanılarak analiz gerçekleştirilmiştir. Bu yöntemde öncelikle çok değişkenli normallik varsayımı ile doğrusallık varsayımı olmak üzere AFA' nın tüm varsayımları ayrı ayrı kontrol edilir. Buna göre, bu çalışmada temel eksenler yöntemi (principal axis factoring) analizi kullanılmış ve özdeğeri (Eigenvalues) 1'den büyük olan faktörler dikkate alınmıştır. Bu analiz, oluşturulacak model çerçevesinde, ölçek ifadelerinin güvenilirliğini sağlamak için, ifadelerin ankete katılanlar tarafından kaç boyutta algılandığının tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır. Söz konusu boyutlamanın ortaya konması amacıyla, öz değerler (eigenvalue) ile faktör yük değerleri (factor loadings) dikkate alınmıştır. Bu noktada maddelerin yük değerlerinin ortaya konmasında .30 değeri kabul edilmiştir (Seçer, 2013: 129-130).

Varimax tekniğiyle yapılan döndürme işlemi sonrası maddelerin faktör yük değerleri ve ölçek boyutları Çizelge 3.4'te ortaya konmuştur.

Çizelge 3.5. Faktör Analizi Sonuçları

	Faktör 1-Kurumsal Stratejiler	Faktör 2-Rekabet Stratejileri	H2
Stratejik Planlama Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?	.34		,355
Misyon ve Vizyon İfadeleri Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?	.77		,482
Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		.49	,528
Dış kaynak kullanımı Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		.54	,441
Kurumsal Karne Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?	.61		,413
Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		.63	,490
Temel yeterlilik Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?	.65		,586
İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		.78	,501
Tedarik zinciri yönetimi Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		.43	,500
Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?	.55		,508
Büyüme Stratejisi Araçları Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		.72	,642
Toplam Kalite Yönetimi Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?	.97		,736
Küçülme Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		.61	,290
Stratejik İnsan Kaynakları Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?	.454		,505
Kıyaslama Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		.65	,628
İşletme Yetenekleri Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?	.55		,635
Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		.64	,529
Öz Değerler	8.281	1.422	
Açıklanan Varyans	45.968	5.619	

Stratejik yönetim araçlarının faktörlenebilir düzeyde olup olmadığının tespitini madde bazında ortaya koyan çizelge 3'den de anlaşılacağı üzere söz konusu araçları 2 faktörlü (Kurumsal Stratejiler ve Rekabet Stratejileri) yapıdan oluşmakta olup bu yapı toplam varyansın %51.587'lik kısmını açıkladığı görülmüştür. Bilindiği üzere, Sosyal bilimlerde yapılan uygulamalarda elde edilen sonuçların toplam varyansı açıklama düzeyinin %40-60 Aralığında olması beklenir (Scherer, Wiebe, Luther ve Adams, 1988). Ayrıca, herbir alt faktörün toplam varyansın en az %5'ini açıklaması beklenir (Seçer, 2013: 127). AFA sonucu elde edilen 2 faktörlü yapının açıkladığı %45.968'lik varyans Kurumsal Stratejiler; %5.619'luk Varyans Rekabet Stratejileri stratejik yönetim aracını açıklamaktadır.

Toplam 34 sorudan oluşan anket içerisinde üç bölüm yer almaktadır. Birinci bölümde katılımcıların demografik bilgileri yer alırken ikinci bölümde stratejik yönetim araçları ile ilgili yöneticilerin bilgi sahiplik durumu, son 5 yılda kullanım durumları, son 1 yılda kullanım düzeyi ve söz konusu stratejik yönetim araçlarını kullanmadan doğan memnuniyet düzeyleri ile ilgili sorular yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise, yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarını ortaya koyan sorular yer almaktadır.

Birinci Bölüm: Kişisel Bilgi Formu

Birinci bölümde yer alan kişisel bilgi formunda ankete katılanların "hastane türü, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, unvan, toplam çalışma süresi, hastanedeki çalışma süresi, stratejik yönetim eğitimi alma durumu, hastanenin bulunduğu çevredeki rekabet durumu ve hastanenin bulunduğu çevrede başka hastanelerin varlığı" ile ilgili sorular yer almaktadır. Toplam 10 sorudan oluşan bu kısımda katılımcı sayıları ve yüzdelik dilimleri yer almaktadır. Araştırmada yer alan bu soruların temel kullanım amacı, ölçek içerisinde yer alan ifadelere göre farklılık oluşturup oluşturmadığının incelenmesidir.

İkinci Bölüm: Stratejik Yönetim Araçları

İkinci bölümde yer alan Stratejik Yönetim Araçları formu, toplam 4 sorudan oluşmaktadır. Bu kısımda araştırma kapsamında incelenen stratejik yönetim araçları yer almaktadır. Toplam 17 araçtan oluşan stratejik yönetim araçları ile ilgili kullanıcıların bilgi sahipliği, son 5 yıldaki kullanım durumu, son 1 yıldaki kullanım düzeyi ve bu araçları kullanmadan doğan memnuniyet düzeyine ilişkin sorular yer almaktadır. Katılımcıların stratejik yönetim araçları ile ilgili bilgi durumu ve son 5 yıldaki kullanım durumları "Evet-Hayır" seçeneklerinden; son 1 yıldaki kullanım düzeyi "Hiç Kullanılmadı-Sınırlı Olarak Kullanıldı-Etkin Olarak Kullanıldı" seçeneklerinden ve son olarak memnuniyet düzeyi "Hiç memnun değilim- Memnun değilim- Kararsızım- Memnunum- Son derece memnunum" seçeneklerinden oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan Stratejik Yönetim Araçları ise;

1. Stratejik Planlama
2. Misyon ve Vizyon İfadeleri
3. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi
4. Dış kaynak kullanımı
5. Kurumsal Karne
6. Müşteri (Hasta) Bölümlemesi
7. Temel yeterlilik
8. İttifak, Birleşme ve Devralmalar
9. Tedarik zinciri yönetimi
10. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol
11. Büyüme Stratejisi Araçları
12. Toplam Kalite Yönetimi
13. Küçülme
14. İnsan Kaynakları
15. Kıyaslama
16. İşletme Yetenekleri
17. Senaryo ve Acil Durum Planlaması

olarak belirlenmiş ve ankete dahil edilmiştir. Bu araçların belirlenmesinde hastanelerde yönetimi sırasında kullanıldığı düşüncesi ile belirlenmiştir.

Üçüncü Bölüm: Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açısı

Üçüncü bölümde yer alan "Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açısı" ölçeği 20 sorudan oluşmakta olup ölçek içerisinde; "Çalışanlarımıza ve hastalarımıza kendimizi daha iyi tanıtmak için onlarla hayallerimizi paylaşırız.", "Uzun vadeli kararlar alırken üst düzey yönetimin düşüncelerini en ön sırada tutarız." ve "Üst yöneticilerimiz kazanımlarını artırabilmek için daha yüksek riskler almaktan kaçınmazlar" gibi ifadeler yer almaktadır. Bu ifadeler için 5'li likert kullanılmıştır. Kesinlikle Katılmıyorumdan Kesinlikle Katılıyoruma doğru şekillenmiştir. Örneğin "Bugünün pazar liderlerinin 5 yıl sonrasında da hala lider olması beklenmektedir" ölçek ifadesi için katılımcılar, 5: Kesinlikle Katılıyorum, 4: Katılıyorum, 3: Kararsızım, 2: Katılmıyorum 1: Kesinlikle Katılmıyorum cevaplarında bulunmuşlardır.

Normallik Analizi

Araştırmada, anket yöntemi sonucu elde edilen verilerin çözümlenmesinde kullanılan bir diğer test tekniği de normallik testidir. Bu test, parametrik test yöntemlerinin kullanılabilirliğinin temel bir şartı olan "verilerin normal bir dağılıma sahip olma" koşulunu ortaya koyan bir test tekniğidir. Normallik testinde Skewness ve Kurtosis değerlerinin -3,29 ila +3,29 aralığında olması beklenmektedir (Kim, 2013: 52-54). Bu koşulun yerine geldiği durumlarda verilerin normal dağılıma sahip olduğu varsayılır.

Çizelge 3.6. Normallik Test sonucu

Normallik Test sonucu	
İstatistiki Değer	
Skewness	,379
Kurtosis	-1,093

Çizelge 3.3'ten de görüldüğü üzere, uygulanan anketin istatistiki anlamda normal bir dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır.

3.4. Verilerin Analizi

Ölçeğin uygulanması sonucu elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve SPSS (Statistical Packages for The Social Sciences) programı aracılıyla analiz edilmiştir. Anket uygulaması sonucu elde edilen verilerin çözümlenmesinde, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkilerini ortaya koyan; bunun yanında farklı grupların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları açısından karşılaştırılması için Bağımsız Örneklem T-Testi ve Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi testi kullanılmıştır. Farklılığın kaynağının hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi için ise Post Hoc testlerinden Hochberg's GT2 testi kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Katılımcılara Ait Genel Betimsel İstatistikler

Araştırmada demografik faktörler olarak; "hastane türü, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, unvan, toplam çalışma süresi, hastanedeki çalışma süresi, stratejik yönetim eğitimi alma durumu, hastanenin bulunduğu çevredeki rekabet durumu ve hastanenin bulunduğu çevrede başka hastanelerin varlığı" olarak belirlenmiştir. Aşağıda katılımcıların söz konusu özelliklerine ilişkin frekans dağılımlarına yer verilmiştir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların demografik özellikler dağılımı

Cinsiyet		
	(N)	**(%)**
Erkek	222	70,9
Kadın	91	29,1
Toplam	313	100,0
Yaş		
	(N)	**(%)**
30 yaş ve altı	31	9,9
31-35 yaş	51	16,3
36-40 yaş	62	19,8
41-45 yaş	83	26,5
46-50 yaş	37	11,8
51 yaş ve üstü	49	15,7
Toplam	313	100,0
Eğitim Durumu		
	(N)	**(%)**
Doktora	8	2,6
Tıpta Uzmanlık	67	21,4
Tıp Fakültesi	35	11,2
Yüksek Lisans	52	16,6
Fakülte - Yüksekokul (4 Yıllık)	127	40,6
Ön Lisans	22	7,0
Lise	2	,6
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.1. Katılımcıların demografik özellikler dağılımı devamı

Hastane Türü		
	(N)	**(%)**
Özel Hastane	89	28,4
Genel Devlet Hastanesi	184	58,8
Üniversite Hastanesi	24	7,7
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	16	5,1
Toplam	313	100,0
Hastanedeki Görev		
	(N)	**(%)**
Başhemşire Yardımcısı	3	1,0
Başhemşire	20	6,4
Müdür Yardımcısı	87	27,8
Müdür veya Genel Müdür	81	25,9
Başhekim Yardımcısı	61	19,5
Başhekim	61	19,5
Toplam	313	100,0
Toplam Çalışma Yılı		
	(N)	**(%)**
1-5 yıl	43	13,7
6-10 yıl	48	15,3
11-15 yıl	53	16,9
16-20 yıl	53	16,9
21 yıl ve üzeri	116	37,1
Toplam	313	100,0
Hastanedeki Çalışma Yılı		
	(N)	**(%)**
1-5 yıl	133	42,5
6-10 yıl	76	24,3
11-15 yıl	63	20,1
16-20 yıl	12	3,8
21 yıl ve üzeri	29	9,3
Toplam	313	100,0
Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?		
	(N)	**(%)**
Evet	129	41,2
Hayır	184	58,8
Toplam	313	100,0
Hastane Çevresindeki Rekabet Durumu		
	(N)	**(%)**
Rekabet Vardır	194	62,0
Rekabet Yoktur	119	38,0
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.1. Katılımcıların demografik özellikler dağılımı devamı

Çevrede Faaliyette Bulunan Başka Hastane/Hastaneler Var Mı?		
	(N)	**(%)**
Yok	121	38,7
Bir hastane daha var	42	13,4
İki hastane var	49	15,7
Üç ve daha fazla hastane var	101	32,3
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.1'de verilen sonuçlara göre, araştırmaya katılanların % 70.9'u erkek, % 29.1'i kadındır.

Araştırmaya katılanların yaş dağılımlarına baktığımızda, % 9.9'u (31 kişi) 30 ve altı yaş grubu, % 16.3'üs (51 kişi) 31-35 yaş grubu, % 19,8'i (62 kişi) 36-40 yaş grubu, % 26.5'i (83 kişi) 41-45 yaş grubu; % 11.8'i (37 kişi) 46-50 yaş grubu ve % 15,7' si (49 kişi) ise 51 ve üzeri yaş grubundadır.

Katılımcıların öğrenim düzeyi ile ilgili elde edilen verilere bakıldığında, % 0.6'sı lise; % 2.6'sı doktora; % 7'si Önlisans; % 16.6'sı yüksek lisans; % 40.6'sı 4 yıllık fakülte veya yüksekokul; % 21.4'ü tıpta uzmanlık ve %11.2'si 6 yıllık fakülte mezunudur.

Araştırmaya katılanların çalıştıkları hastane türüne, %28.4'ünün özel; %58.8'inin genel devlet hastanesi, %7.7'si üniversite hastanesinde, %5.1'inde eğitim ve araştırma hastaesinde çalıştıkları ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.1'e göre, katılımcıların hastanedeki görevlerine baktığımızda, % 1'inin (3 kişi) başhemşire yardımcısı; % 6.4'ünün (20 kişi) başhemşire; % 27.8'inin müdür yardımcısı; % 25.9'unun müdür veya genel müdür; % 19.5'inin başhekim yardımcısı ve % 19.5'inin (61 kişi) başhekim olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.1'e göre, katılımcıların toplam çalışma süresine ilişkin elde edilen verilerde; % 13.7'sinin 1-5 yıldır; % 15.3'ünün 6-10 yıldır; % 16.9'unun 11-15 yıldır; % 16.9'unun 16-20 yıdır ve % 37.1'inin 21 yıl ve üzeri yıldır çalıştıkları görülmüştür.

Çizelge 4.1'e göre, katılımcıların hastanedeki toplam çalışma süresine ilişkin elde edilen verilerde; % 42.5'inin 1-5 yıldır; % 24.3'ünün 6-10 yıldır; % 20.1'inin 11-15 yıldır; % 3.8'inin 16-20 yıdır ve % 9.3'ünün 21 yıl ve üzeri yıldır çalıştıkları görülmüştür.

Çizelge 4.1'e göre, katılımcıların stratejik yönetim eğitim alma durumlarına baktığımızda % 41.2'sinin eğitimi aldığı; % 58.8'inin ise almadığı görülmüştür.

Çizelge 4.1'e göre, katılımcıların çalıştıkları hastanelerin çevresindeki rekabet durumuna baktığımızda % 62'si rekabetin olduğunu; % 38'i ise rekabetin olmadığını ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.1'e göre, katılımcıların çalıştıkları hastanelerin çevresindeki hastane/hastanelerin varlığına ilişkin elde edilen verilerde; % 38.7'sinin çevresinde hiç hastane olmadığı; ancak % 13.4'ünün çevresinde 1 hastane; % 15.7'sinin 2 hastane ve % 32.3'ünün ise 3 ve daha fazla hastane olduğu görülmüştür.

4.2. Stratejik Yönetim Araçları Ölçeğine Yönelik Betimsel İstatistikler

Bu aşama da stratejik yönetim araçları ölçeğinde uygulanan anket sonucunda elde edilen görüşlere ilişkin betimsel istatistikler ortaya konulmuştur.

4.2.1. Stratejik Yönetim Araçlar Hakkında Bilgi Boyutu

Araştırmanın bu kısmında yöneticilere yöneltilen 17 aracın hastane yöneticilerince bilgilerinin varlığı veya yokluğuna dair betimsel istatistiklere yer verilmiştir.

Çizelge 4.2. Stratejik Planlama Hakkında Bilgi Durumu

			Stratejik Planlama Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	75	14	89
		%	84,3%	15,7%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	163	61	224
		%	72,8%	27,2%	100,0%
Toplam		N	238	75	313
		%	76,0%	24,0%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hasta ne türüne göre, stratejik planlama aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %84,3'ü stratejik planlama aracı hakkında bilgi sahibi iken; %15,7'si bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin stratejik planlama aracı ile ilgili dağılımlarında ise %72,8'i bilgi sahibi olduğunu, %27,2'si ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda özel hastane yöneticilerinin stratejik planlama aracı hakkında bilgi düzeyleri kamu hastanesi yöneticilerine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.3. Misyon ve Vizyon Hakkında Bilgi Durumu

			Misyon ve Vizyon Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	81	8	89
		%	91,0%	9,0%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	188	36	224
		%	83,9%	16,1%	100,0%
Toplam		N	269	44	313
		%	85,9%	14,1%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hastane türüne göre, misyon ve vizyon aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %91.0'ı misyon ve vizyon aracı hakkında bilgi sahibi iken; %9,0'ı bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin misyon ve vizyon aracı ile ilgili dağılımlarında ise %83,9'u bilgi sahibi olduğunu, %16,1'i ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda özel hastane yöneticilerinin misyon ve vizyon aracı hakkında bilgi düzeyleri kamu hastanesi yöneticilerine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.4. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri İlişkileri Yönetimi Hakkında Bilgi Durumu

			Kurumsal Yönetişim ve Müşteri İlişkileri Yönetimi Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	72	17	89
		%	80,9%	19,1%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	157	67	224
		%	70,1%	29,9%	100,0%
Toplam		N	229	84	313
		%	73,2%	26,8%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hastane türüne göre, kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %80.9'u kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi aracı hakkında bilgi sahibi iken; %19,1'i bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi aracı ile ilgili dağılımlarında ise %70,1'i bilgi sahibi olduğunu, %29,9'u ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda özel hastane yöneticilerinin kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi aracı hakkında bilgi düzeyleri kamu hastanesi yöneticilerine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.5. Dış Kaynak Kullanımı Hakkında Bilgi Durumu

			Dış Kaynak Kullanımı Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	55	34	89
		%	61,8%	38,2%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	136	88	224
		%	60,7%	39,3%	100,0%
Toplam		N	191	122	313
		%	61,0%	39,0%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hastane türüne göre, dış kaynak kullanım aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %61,8'i dış kaynak kullanım aracı hakkında bilgi sahibi iken; %38,2'si bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin dış kaynak kullanım aracı ile ilgili dağılımlarında ise %60,7'si bilgi sahibi olduğunu, %39,3'ü ise bilgi sahibi olmadığını ifade

etmiştir. Bu durumda özel hastane yöneticilerinin dış kaynak kullanım aracı hakkında bilgi düzeyleri kamu hastanesi yöneticilerine göre hemen hemen aynı olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.6. Kurumsal Karne Hakkında Bilgi Durumu

			Kurumsal Karne Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	57	32	89
		%	64,0%	36,0%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	192	32	224
		%	85,7%	14,3%	100,0%
Toplam		N	249	64	313
		%	79,6%	20,4%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hasta ne türüne göre, kurumsal karne aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %64,0'ı kurumsal karne aracı hakkında bilgi sahibi iken; %36,0'ı bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin kurumsal karne aracı ile ilgili dağılımlarında ise %85,7'si bilgi sahibi olduğunu, %14,3'ü ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda kamu hastanesi yöneticilerinin kurumsal karne aracı hakkında bilgi düzeyleri özel hastane yöneticilerine göre çok yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.7. Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Hakkında Bilgi Durumu

			Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	71	18	89
		%	79,8%	20,2%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	142	82	224
		%	63,4%	36,6%	100,0%
Toplam		N	213	100	313
		%	68,1%	31,9%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hasta ne türüne göre, müşteri (hasta) bölümlemesi aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %79,8'i müşteri (hasta) bölümlemesi aracı hakkında bilgi sahibi iken; %20,2'si bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin müşteri (hasta) bölümlemesi

aracı ile ilgili dağılımlarında ise %63,4'ü bilgi sahibi olduğunu, %36,6'sı ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda özel hastane yöneticilerinin müşteri (hasta) bölümlemesi hakkında aracı hakkında bilgi düzeyleri kamu hastanesi yöneticilerine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.8. Temel Yeterlilik Hakkında Bilgi Durumu

			Temel Yeterlilik Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	62	27	89
		%	69,7%	30,3%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	167	57	224
		%	74,6%	25,4%	100,0%
Toplam		N	229	84	313
		%	73,2%	26,8%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hasta ne türüne göre, temel yeterlilik aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %69,7'si temel yeterlilik aracı hakkında bilgi sahibi iken; %30,3'ü bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin temel yeterlilik aracı ile ilgili dağılımlarında ise %74,6'sı bilgi sahibi olduğunu, %25,4'ü ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda kamu hastanesi yöneticilerinin temel yeterlilik hakkında aracı hakkında bilgi düzeyleri özel hastane yöneticilerine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.9. İttifak, Birleşme ve Devralmalar Hakkında Bilgi Durumu

			İttifak, Birleşme ve Devralmalar Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	47	42	89
		%	52,8%	47,2%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	113	111	224
		%	50,4%	49,6%	100,0%
Toplam		N	160	153	313
		%	51,1%	48,9%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hastane türüne göre, ittifak, birleşme ve devralmalar aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %52,8'i ittifak, birleşme ve devralmalar aracı hakkında bilgi sahibi iken; %47,2'si bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin ittifak, birleşme ve devralmalar aracı ile ilgili dağılımlarında ise %49,6'si bilgi sahibi olduğunu, %50,4'ü ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda özel hastane yöneticilerinin ittifak, birleşme ve devralmalar hakkında aracı hakkında bilgi düzeyleri kamu hastanesi yöneticilerine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.10. Tedarik zinciri yönetimi Hakkında Bilgi Durumu

			Tedarik zinciri yönetimi Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	62	27	89
		%	69,7%	30,3%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	160	64	224
		%	71,4%	28,6%	100,0%
Toplam		N	222	91	313
		%	70,9%	29,1%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hasta ne türüne göre, tedarik zinciri yönetimi aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %69,7'si tedarik zinciri yönetimi aracı hakkında bilgi sahibi iken; %30,3'ü bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin tedarik zinciri yönetimi aracı ile ilgili dağılımlarında ise %71,4'ü bilgi sahibi olduğunu, %28,6'sı ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda kamu hastanesi yöneticilerinin tedarik zinciri yönetimi aracı hakkında bilgi düzeyleri özel hastane yöneticilerine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.11. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Hakkında Bilgi Durumu

			Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	67	22	89
		%	75,3%	24,7%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	179	45	224
		%	79,9%	20,1%	100,0%
Toplam		N	246	67	313
		%	78,6%	21,4%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hasta ne türüne göre, bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %75,3'ü bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı hakkında bilgi sahibi iken; %24,7'si bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı ile ilgili dağılımlarında ise %79,9'u bilgi sahibi olduğunu, %20,1'i ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda kamu hastanesi yöneticilerinin bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı hakkında bilgi düzeyleri özel hastane yöneticilerine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.12. Büyüme Stratejisi Araçları Hakkında Bilgi Durumu

			Büyüme Stratejisi Araçları Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	52	37	89
		%	58,4%	41,6%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	130	94	224
		%	58,0%	42,0%	100,0%
Toplam		N	182	131	313
		%	58,1%	41,9%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hasta ne türüne göre, dış kaynak kullanım aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %58,4'ü dış kaynak kullanım aracı hakkında bilgi sahibi iken; %41,6'sı bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin dış kaynak kullanım aracı ile ilgili

dağılımlarında ise %58,0'ı bilgi sahibi olduğunu, %42,0'ı ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda özel hastane yöneticilerinin dış kaynak kullanım aracı hakkında bilgi düzeyleri kamu hastanesi yöneticilerine göre hemen hemen aynı olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.13. Toplam Kalite Yönetimi Hakkında Bilgi Durumu

			Toplam Kalite Yönetimi Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	73	16	89
		%	82,0%	18,0%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	197	27	224
		%	87,9%	12,1%	100,0%
Toplam		N	270	43	313
		%	86,3%	13,7%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hasta ne türüne göre, toplam kalite yönetimi aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %82,0'ı toplam kalite yönetimi aracı hakkında bilgi sahibi iken; %18,0'ı bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin toplam kalite yönetimi aracı ile ilgili dağılımlarında ise %87,9'u bilgi sahibi olduğunu, %12,1'i ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda kamu hastanesi yöneticilerinin toplam kalite yönetimi aracı hakkında bilgi düzeyleri özel hastane yöneticilerine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.14. Küçülme Hakkında Bilgi Durumu

			Küçülme Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	53	36	89
		%	59,6%	40,4%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	108	116	224
		%	48,2%	51,8%	100,0%
Toplam		N	161	152	313
		%	51,4%	48,6%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hastane türüne göre, küçülme aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin

%59,6'sı küçülme aracı hakkında bilgi sahibi iken; %40,4'ü bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin küçülme aracı ile ilgili dağılımlarında ise %48,2'si bilgi sahibi olduğunu, %51,8'i ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda özel hastane yöneticilerinin küçülme hakkında aracı hakkında bilgi düzeyleri kamu hastanesi yöneticilerine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.15. Stratejik İnsan Kaynakları Hakkında Bilgi Durumu

			Stratejik İnsan Kaynakları Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	66	23	89
		%	74,2%	25,8%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	167	57	224
		%	74,6%	25,4%	100,0%
Toplam		N	233	80	313
		%	74,4%	25,6%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hasta ne türüne göre, stratejik insan kaynakları aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %74,2'ü stratejik insan kaynakları aracı hakkında bilgi sahibi iken; %25,8'sı bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin stratejik insan kaynakları aracı ile ilgili dağılımlarında ise %74,6'ı bilgi sahibi olduğunu, %25,4'ı ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda özel hastane yöneticilerinin stratejik insan kaynakları aracı hakkında bilgi düzeyleri kamu hastanesi yöneticilerine göre hemen hemen aynı olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.16. Kıyaslama Hakkında Bilgi Durumu

			Kıyaslama Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	65	24	89
		%	73,0%	27,0%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	146	78	224
		%	65,2%	34,8%	100,0%
Toplam		N	211	102	313
		%	67,4%	32,6%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hastane türüne göre, kıyaslama aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %73,0'ı kıyaslama aracı hakkında bilgi sahibi iken; %27,0'ı bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin kıyaslama aracı ile ilgili dağılımlarında ise %65,2'si bilgi sahibi olduğunu, %34,8'i ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda özel hastane yöneticilerinin kıyaslama aracı hakkında bilgi düzeyleri kamu hastanesi yöneticilerine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.17. İşletme Yetenekleri Hakkında Bilgi Durumu

			İşletme Yetenekleri Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	59	30	89
		%	66,3%	33,7%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	138	86	224
		%	61,6%	38,4%	100,0%
Toplam		N	197	116	313
		%	62,9%	37,1%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hastane türüne göre, işletme yetenekleri aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %66,3'ü işletme yetenekleri aracı hakkında bilgi sahibi iken; %33,7'si bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin işletme yetenekleri aracı ile ilgili dağılımlarında ise %61,6'sı bilgi sahibi olduğunu, %38,4'ü ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda özel hastane yöneticilerinin işletme yetenekleri aracı hakkında bilgi düzeyleri kamu hastanesi yöneticilerine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.18. Senaryo ve Acil Durum Planlaması Hakkında Bilgi Durumu

			Senaryo ve Acil Durum Planlaması Hakkında Bilginiz Var mı?		
			Bilgim var	Bilgim yok	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	61	28	89
		%	68,5%	31,5%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	191	33	224
		%	85,3%	14,7%	100,0%
Toplam		N	252	61	313
		%	80,5%	19,5%	100,0%

Katılımcıların çalışmış oldukları hasta ne türüne göre, senaryo ve acil durum planlaması aracı hakkında bilgi sahip olup olmama durumlarına yönelik dağılımlarda özel hastanedeki yöneticilerin %65,5'i senaryo ve acil durum planlaması aracı hakkında bilgi sahibi iken; %31,5'i bilgiye sahip değildir. Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin senaryo ve acil durum planlaması aracı ile ilgili dağılımlarında ise %85,3'ü bilgi sahibi olduğunu, %14,7'si ise bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Bu durumda kamu hastanesi yöneticilerinin senaryo ve acil durum planlaması aracı hakkında bilgi düzeyleri özel hastane yöneticilerine göre çok yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

4.2.2. Stratejik Yönetim Araçlar Son 5 Yılda Kullanım Durumu

Araştırmanın bu aşamasında stratejik yönetim araçları olan 17 aracın hastane yöneticilerince son 5 yılda kullanımları hakkında cevap aranmıştır.

Çizelge 4.19. Stratejik Planlama Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Stratejik Planlama Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	62	27	89
		%	69,7%	30,3%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	135	89	224
		%	60,3%	39,7%	100,0%
Toplam		N	197	116	313
		%	62,9%	37,1%	100,0%

Çizelge 4.19. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 69.7'si, kamu hastanesinin %60,3'ü **Stratejik Planlama Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.20. Misyon ve Vizyon İfadeleri Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Misyon ve Vizyon Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	74	15	89
		%	83,1%	16,9%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	166	58	224
		%	74,1%	25,9%	100,0%
Toplam		N	240	73	313
		%	76,7%	23,3%	100,0%

Çizelge 4.20. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 81.1'i, kamu hastanesinin %74,1'i **Misyon ve Vizyon Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.21. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Kurumsal Yönetişim ve Müşteri İlişkileri Yönetimi Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	68	21	89
		%	76,4%	23,6%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	135	89	224
		%	60,3%	39,7%	100,0%
Toplam		N	203	110	313
		%	64,9%	35,1%	100,0%

Çizelge 4.21. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 76.4'ü, kamu hastanesinin %60,3'ü **Kurumsal Yönetişim ve Müşteri İlişkileri Yönetimi Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.22. Dış kaynak kullanımı Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Dış Kaynak Kullanımı Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	48	41	89
		%	53,9%	46,1%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	99	125	224
		%	44,2%	55,8%	100,0%
		N	147	166	313
Toplam		%	47,0%	53,0%	100,0%

Çizelge 4.22. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 53.9'ü, kamu hastanesinin %44,2'ü **Dış Kaynak Kullanımı Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.23. Kurumsal Karne Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Kurumsal Karne Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	50	39	89
		%	56,2%	43,8%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	169	55	224
		%	75,4%	24,6%	100,0%
		N	219	94	313
Toplam		%	70,0%	30,0%	100,0%

Çizelge 4.23. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 56.2'si, kamu hastanesinin %75,4'ü **Kurumsal Karne Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.24. Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	58	31	89
		%	65,2%	34,8%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	111	113	224
		%	49,6%	50,4%	100,0%
		N	169	144	313
Toplam		%	54,0%	46,0%	100,0%

Çizelge 4.24. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 65.2'si, kamu hastanesinin %49,6'sı **Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.25. Temel Yeterlilik Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Temel Yeterlilik Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	50	39	89
		%	56,2%	43,8%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	110	114	224
		%	49,1%	50,9%	100,0%
		N	160	153	313
Toplam		%	51,1%	48,9%	100,0%

Çizelge 4.25. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 56.2'si, kamu hastanesinin %75,4'ü **Temel Yeterlilik Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.26. İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	44	45	89
		%	49,4%	50,6%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	61	163	224
		%	27,2%	72,8%	100,0%
		N	105	208	313
Toplam		%	33,5%	66,5%	100,0%

Çizelge 4.26. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 49.4'ü, kamu hastanesinin %27,2'si **İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.27. Tedarik Zinciri Yönetimi Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Tedarik Zinciri Yönetimi Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	49	40	89
		%	55,1%	44,9%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	144	80	224
		%	64,3%	35,7%	100,0%
		N	193	120	313
Toplam		%	61,7%	38,3%	100,0%

Çizelge 4.27. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 55.1'ü, kamu hastanesinin %27,2'si **Tedarik Zinciri Yönetimi Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.28. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	69	20	89
		%	77,5%	22,5%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	164	60	224
		%	73,2%	26,8%	100,0%
Toplam		N	233	80	313
		%	74,4%	25,6%	100,0%

Çizelge 4.28. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 77.5'ü, kamu hastanesinin %73,2'si **Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.29. Büyüme Stratejisi Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Büyüme Stratejisi Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	44	45	89
		%	49,4%	50,6%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	89	135	224
		%	39,7%	60,3%	100,0%
Toplam		N	133	180	313
		%	42,5%	57,5%	100,0%

Çizelge 4.29. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 49.4'ü, kamu hastanesinin %39,7'si **Büyüme Stratejisi Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.30. Toplam Kalite Yönetimi Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Toplam Kalite Yönetimi Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	65	24	89
		%	73,0%	27,0%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	186	38	224
		%	83,0%	17,0%	100,0%
Toplam		N	251	62	313
		%	80,2%	19,8%	100,0%

Çizelge 4.30. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 73.0'ı, kamu hastanesinin %83,0'ı **Toplam Kalite Yönetimi Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.31. Küçülme Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Küçülme Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	22	67	89
		%	24,7%	75,3%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	45	179	224
		%	20,1%	79,9%	100,0%
Toplam		N	67	246	313
		%	21,4%	78,6%	100,0%

Çizelge 4.31. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 24.7'si, kamu hastanesinin %20,1'i **Küçülme Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.32. Stratejik İnsan Kaynakları Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Stratejik İnsan Kaynakları Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	58	31	89
		%	65,2%	34,8%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	138	86	224
		%	61,6%	38,4%	100,0%
Toplam		N	196	117	313
		%	62,6%	37,4%	100,0%

Çizelge 4.32. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 65.2'si, kamu hastanesinin %61,6'sı **Stratejik İnsan Kaynakları Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.33. Kıyaslama Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Kıyaslama Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	53	36	89
		%	59,6%	40,4%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	115	109	224
		%	51,3%	48,7%	100,0%
Toplam		N	168	145	313
		%	53,7%	46,3%	100,0%

Çizelge 4.33. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 59.6'sı, kamu hastanesinin %51,3'ü **Kıyaslama Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.34. İşletme Yetenekleri Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			İşletme Yetenekleri Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	48	41	89
		%	53,9%	46,1%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	115	109	224
		%	51,3%	48,7%	100,0%
Toplam		N	163	150	313
		%	52,1%	47,9%	100,0%

Çizelge 4.34. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 53.9'u, kamu hastanesinin %51,3'ü **İşletme Yetenekleri Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.35. Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracını Son 5 yılda Kullanma Durumu

			Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracını Son 5 yılda kullandınız mı?		
			Evet	Hayır	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	67	22	89
		%	75,3%	24,7%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	172	52	224
		%	76,8%	23,2%	100,0%
Toplam		N	239	74	313
		%	76,4%	23,6%	100,0%

Çizelge 4.35. incelendiğinde, katılımcıların hastane türüne göre özel hastanenin % 75.3'ü, kamu hastanesinin %76,8'i **Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracını Son 5 yılda kullandığı** ortaya çıkmıştır.

4.2.3. Stratejik Yönetim Araçlar Son 1 Yılda Kullanım Durumu

Araştırmanın bu aşamasında stratejik yönetim araçları olan 17 aracın hastane yöneticilerince son 1 yılda kullanımları hakkında cevap aranmıştır.

Çizelge 4.36. Stratejik Planlama Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	**(%)**
Hiç Kullanılmadı	93	29,7
Sınırlı Olarak Kullanıldı	144	46,0
Etkin Olarak Kullanıldı	76	24,3
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.36. incelendiğinde, katılımcıların % 29.7'sinin **Stratejik Planlama Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 46'sının sınırlı olarak kullandığı ve % 24.3'ünün ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.37. Misyon ve Vizyon İfadeleri Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	**(%)**
Hiç Kullanılmadı	89	28,4
Sınırlı Olarak Kullanıldı	111	35,5
Etkin Olarak Kullanıldı	113	36,1
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.37. incelendiğinde, katılımcıların % 28.4'ünün **Misyon ve Vizyon İfadeleri Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 35.5'inin sınırlı olarak kullandığı ve % 36.1'inin ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.38. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	**(%)**
Hiç Kullanılmadı	109	34,8
Sınırlı Olarak Kullanıldı	112	35,8
Etkin Olarak Kullanıldı	92	29,4
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.38. incelendiğinde, katılımcıların % 34.8'inin **Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 35.8'inin sınırlı olarak kullandığı ve % 29.4'ünün ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.39. Dış kaynak kullanımı Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	**(%)**
Hiç Kullanılmadı	116	37,1
Sınırlı Olarak Kullanıldı	141	45,0
Etkin Olarak Kullanıldı	56	17,9
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.39. incelendiğinde, katılımcıların % 37.1'inin **Dış kaynak kullanımı Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 45'inin sınırlı olarak kullandığı ve % 17.9'unun ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.40. Kurumsal Karne Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	**(%)**
Hiç Kullanılmadı	106	33,9
Sınırlı Olarak Kullanıldı	100	31,9
Etkin Olarak Kullanıldı	107	34,2
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.40. incelendiğinde, katılımcıların % 33.9'unun **Kurumsal Karne Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 31.9'unun sınırlı olarak kullandığı ve % 34.2'sinin ise kullanmadığı görülmektedir.

Çizelge 4.41. Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	**(%)**
Hiç Kullanılmadı	110	35,1
Sınırlı Olarak Kullanıldı	117	37,4
Etkin Olarak Kullanıldı	86	27,5
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.41. % 35.1'inin **Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 37.4'ünün sınırlı olarak kullandığı ve % 27.5'inin ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.42. Temel Yeterlilik Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	(%)
Hiç Kullanılmadı	110	35,1
Sınırlı Olarak Kullanıldı	128	40,9
Etkin Olarak Kullanıldı	75	24,0
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.42. incelendiğinde, katılımcıların % 51.1'inin **Temel Yeterlilik Aracını** Son 1 yılda kullandığı; % 48.9'unun ise kullanmadığı görülmektedir.

Çizelge 4.43. İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	(%)
Hiç Kullanılmadı	163	52,1
Sınırlı Olarak Kullanıldı	110	35,1
Etkin Olarak Kullanıldı	40	12,8
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.43. incelendiğinde, katılımcıların % 52.1'inin **İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 35.1'inin sınırlı olarak kullandığı ve % 12.8'inin ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.44. Tedarik Zinciri Yönetimi Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	(%)
Hiç Kullanılmadı	111	35,5
Sınırlı Olarak Kullanıldı	113	36,1
Etkin Olarak Kullanıldı	89	28,4
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.44. incelendiğinde, katılımcıların % 35.5'inin **Tedarik zinciri yönetimi Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 36.1'inin sınırlı olarak kullandığı ve % 28.4'ünün ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.45. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	(%)
Hiç Kullanılmadı	100	31,9
Sınırlı Olarak Kullanıldı	107	34,2
Etkin Olarak Kullanıldı	106	33,9
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.45. incelendiğinde, katılımcıların % 31.9'unun **Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 34.2'sinin sınırlı olarak kullandığı ve % 33.9'unun ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.46. Büyüme Stratejisi Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	(%)
Hiç Kullanılmadı	136	43,5
Sınırlı Olarak Kullanıldı	101	32,3
Etkin Olarak Kullanıldı	76	24,3
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.46. incelendiğinde, katılımcıların % 43.5'inin **Büyüme Stratejisi Araçları Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 32.3'ünün sınırlı olarak kullandığı ve % 24.3'ünün ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.47. Toplam Kalite Yönetimi Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	(%)
Hiç Kullanılmadı	73	23,3
Sınırlı Olarak Kullanıldı	102	32,6
Etkin Olarak Kullanıldı	138	44,1
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.47. incelendiğinde, katılımcıların % 23.3'ünün **Toplam Kalite Yönetimi Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 32.6'sının sınırlı olarak kullandığı ve % 44.1'inin ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.48. Küçülme Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	(%)
Hiç Kullanılmadı	187	59,7
Sınırlı Olarak Kullanıldı	104	33,2
Etkin Olarak Kullanıldı	22	7,0
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.48. incelendiğinde, katılımcıların % 59.7'sinin **Küçülme Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 33.2'sinin sınırlı olarak kullandığı ve % 7'sinin ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.49. Stratejik İnsan Kaynakları Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	(%)
Hiç Kullanılmadı	120	38,3
Sınırlı Olarak Kullanıldı	101	32,3
Etkin Olarak Kullanıldı	92	29,4
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.49. incelendiğinde, katılımcıların % 38.3'ünün **Stratejik İnsan Kaynakları Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 32.3'ünün sınırlı olarak kullandığı ve % 29.4'ünün ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.50. Kıyaslama Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	(%)
Hiç Kullanılmadı	132	42,2
Sınırlı Olarak Kullanıldı	121	38,7
Etkin Olarak Kullanıldı	60	19,2
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.50. incelendiğinde, katılımcıların % 42.2'sinin **Kıyaslama Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 38.7'sinin sınırlı olarak kullandığı ve % 19.2'sinin ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.51. İşletme Yetenekleri Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	(%)
Hiç Kullanılmadı	115	36,7
Sınırlı Olarak Kullanıldı	110	35,1
Etkin Olarak Kullanıldı	88	28,1
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.51. incelendiğinde, katılımcıların % 36.7'sinin **İşletme Yetenekleri Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 35.1'inin sınırlı olarak kullandığı ve % 28.1'inin ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.52. Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracını Son 1 yılda Kullanma Durumu

	(N)	(%)
Hiç Kullanılmadı	73	23,3
Sınırlı Olarak Kullanıldı	117	37,4
Etkin Olarak Kullanıldı	123	39,3
Toplam	313	100,0

Çizelge 4.52. incelendiğinde, katılımcıların % 23.3'ünün **Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracını** Son 1 yılda Hiç kullanmadığı; % 37.4'ünün sınırlı olarak kullandığı ve % 39.3'ünün ise etkin olarak kullandığı ortaya çıkmıştır.

4.2.3. Stratejik Yönetim Araçlarının Kullanım Memnuniyet Düzeyi

Araştırmanın bu aşamasında stratejik yönetim araçları olan 17 aracın hastane yöneticilerince kullanım memnuniyet düzeyi hakkında cevap aranmıştır.

Çizelge 4.53. Stratejik Planlama Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Stratejik Planlama Aracı Memnuniyet Düzeyi				Toplam
			Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	
Hastane Türü	Özel Hastane	N	2	20	31	36	89
		%	2,2%	22,5%	34,8%	40,4%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	4	63	103	54	224
		%	1,8%	28,1%	46,0%	24,1%	100,0%
Toplam		N	6	83	134	90	313
		%	1,9%	26,5%	42,8%	28,8%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin stratejik planlama aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %2,2'si bu aracı kullanmaktan memnun olmadığını; 22,5'i kararsız olduğunu; 34,8'i memnun olduğunu ve 40,4'ü son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %1,8'i bu aracı kullanmaktan memnun olmadığını; %28,1'i kararsız olduğunu; %46,0'ı memnun olduğunu ve %24,1'i son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda stratejik planlama aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin stratejik planlama aracı kullanım memnuniyeti %75,2 iken kamu hastanesinin memnuniyeti %70,1 dir. Buna göre özel hastane stratejik planlama aracı kullanım memnuniyeti kamu hastanesine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.54. Misyon ve Vizyon İfadeleri Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Misyon ve Vizyon İfadeleri Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	2	2	17	28	40	89
		%	2,2%	2,2%	19,1%	31,5%	44,9%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	2	6	45	124	47	224
		%	0,9%	2,7%	20,1%	55,4%	21,0%	100,0%
Toplam		N	4	8	62	152	87	313
		%	1,3%	2,6%	19,8%	48,6%	27,8%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin misyon ve vizyon ifadeleri aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %2,2'si bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %2,2'si kullanmaktan memnun olmadığını; %19,1'i kararsız olduğunu; %31,5'i memnun olduğunu ve %44,9'u son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %0,9'u bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %2,7'si kullanmaktan memnun olmadığını; %20,1'i kararsız olduğunu; %55,4'ü memnun olduğunu ve %21,0'si son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda misyon ve vizyon ifadeleri aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin misyon ve vizyon ifadeleri aracı kullanım memnuniyeti %76,4 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %76,4 dür. Buna göre özel hastane misyon ve vizyon ifadeleri aracı kullanım memnuniyeti ile kamu hastanesin kullanımı aynı olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.55. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri Yönetimi Aracı Memnuniyet Düzeyi				
			Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	4	21	32	32	89
		%	4,5%	23,6%	36,0%	36,0%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	8	69	103	44	224
		%	3,6%	30,8%	46,0%	19,6%	100,0%
Toplam		N	12	90	135	76	313
		%	3,8%	28,8%	43,1%	24,3%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin 4,5'i bu aracı kullanmaktan memnun olmadığını; %23,6'sı kararsız olduğunu; %36,0'sı memnun olduğunu ve %36,0'ı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %3,6'sı bu aracı kullanmaktan memnun olmadığını; %30,8'i kararsız olduğunu; %46,0'ı memnun olduğunu ve %19,6'sı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi aracı kullanım memnuniyeti %72,0 iken kamu hastanesinin memnuniyeti %65,6 dır. Buna göre özel hastane kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi aracı kullanım memnuniyeti kamu hastanesine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.56. Dış kaynak kullanımı Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Dış Kaynak Kullanımı Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	2	4	20	33	30	89
		%	2,2%	4,5%	22,5%	37,1%	33,7%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	2	17	85	82	38	224
		%	0,9%	7,6%	37,9%	36,6%	17,0%	100,0%
Toplam		N	4	21	105	115	68	313
		%	1,3%	6,7%	33,5%	36,7%	21,7%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin dış kaynak aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %2,2'si bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %4,5'i kullanmaktan memnun olmadığını; %22,5'i kararsız olduğunu; 37,1'i memnun olduğunu ve %33,7'si son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %0,9'u bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %7,6'sı kullanmaktan memnun olmadığını; %37,9'u kararsız olduğunu; %36,6'sı memnun olduğunu ve %17,0'ı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda dış kaynak aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin dış kaynak aracı kullanım memnuniyeti %70,8 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %53,6 dır. Buna göre özel hastane dış kaynak aracı kullanım memnuniyeti kamu hastanesine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.57. Kurumsal Karne Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Kurumsal Karne Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	2	4	26	26	31	89
		%	2,2%	4,5%	29,2%	29,2%	34,8%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	4	9	65	93	53	224
		%	1,8%	4,0%	29,0%	41,5%	23,7%	100,0%
Toplam		N	6	13	91	119	84	313
		%	1,9%	4,2%	29,1%	38,0%	26,8%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin kurumsal karne aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %2,2'si bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %4,5'i kullanmaktan memnun olmadığını; %29,2'si kararsız olduğunu; %29,2'si memnun olduğunu ve %34,8'i son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %1,8'i bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %4,0'sı kullanmaktan memnun olmadığını; %29,0'ı kararsız olduğunu; %41,5'i memnun olduğunu ve %23,7'si son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda kurumsal karne aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin kurumsal karne aracı kullanım memnuniyeti %64,0 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %65,2 dir. Buna göre kamu hastanesi kurumsal karne aracı kullanım memnuniyeti özel hastaneye göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.58. Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	0	4	24	24	37	89
		%	0,0%	4,5%	27,0%	27,0%	41,6%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	2	8	82	90	42	224
		%	0,9%	3,6%	36,6%	40,2%	18,8%	100,0%
Toplam		N	2	12	106	114	79	313
		%	0,6%	3,8%	33,9%	36,4%	25,2%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin müşteri (hasta) bölümlemesi aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %0,0'ı bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %4,5'i kullanmaktan memnun olmadığını; %27,0'ı kararsız olduğunu; %27,0'ı memnun olduğunu ve %41,6'sı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %0,9'u bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %3,6'sı kullanmaktan memnun olmadığını; %36,6'sı kararsız olduğunu; %40,2'si memnun olduğunu ve %18,8'sı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda müşteri (hasta) bölümlemesi aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin müşteri (hasta) bölümlemesi aracı kullanım memnuniyeti %68,6 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %58,4 dür. Buna göre özel hastane müşteri (hasta) bölümlemesi aracı kullanım memnuniyeti kamu hastanesine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.59. Temel Yeterlilik Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Temel Yeterlilik Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	2	4	26	25	32	89
		%	2,2%	4,5%	29,2%	28,1%	36,0%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	4	2	68	108	42	224
		%	1,8%	0,9%	30,4%	48,2%	18,8%	100,0%
Toplam		N	6	6	94	133	74	313
		%	1,9%	1,9%	30,0%	42,5%	23,6%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin temel yeterlilik aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %2,2'si bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %4,5'i kullanmaktan memnun olmadığını; %28,1'i kararsız olduğunu; %29,2'si memnun olduğunu ve %36,0'ı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %1,8'i bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %0,9'u kullanmaktan memnun olmadığını; %30,4'ü kararsız olduğunu; %48,2'si memnun olduğunu ve %18,8'i son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda temel yeterlilik aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin temel yeterlilik aracı kullanım memnuniyeti %64,1 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %67,0 dır. Buna göre kamu hastanesi temel yeterlilik aracı kullanım memnuniyeti özel hastaneye göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.60. İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracı Memnuniyet Düzeyi

			İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	1	8	37	18	25	89
		%	1,1%	9,0%	41,6%	20,2%	28,1%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	6	10	112	67	29	224
		%	2,7%	4,5%	50,0%	29,9%	12,9%	100,0%
Toplam		N	7	18	149	85	54	313
		%	2,2%	5,8%	47,6%	27,2%	17,3%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin ittifak, birleşme ve devralmalar aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %1,1'i bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %9,0'i kullanmaktan memnun olmadığını; %41,6'i kararsız olduğunu; %20,2'si memnun olduğunu ve %28,1'i son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %2,7'si bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %4,5'i kullanmaktan memnun olmadığını; %50,0'ı kararsız olduğunu; %29,9'u memnun olduğunu ve %12,9'u son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda ittifak, birleşme ve devralmalar aracı kullanımı açısından özel hastane %48,3 ile memnun görülürken kamu hastanesi %50 ile kararsız kalmıştır.

Çizelge 4.61. Tedarik Zinciri Yönetimi Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Tedarik Zinciri Yönetimi Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	0	4	29	24	32	89
		%	0,0%	4,5%	32,6%	27,0%	36,0%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	8	12	62	96	46	224
		%	3,6%	5,4%	27,7%	42,9%	20,5%	100,0%
Toplam		N	8	16	91	120	78	313
		%	2,6%	5,1%	29,1%	38,3%	24,9%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %0,0'ı bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %4,5'i kullanmaktan memnun olmadığını; %32,6'sı kararsız olduğunu; %27,0'ı memnun olduğunu ve %36,0'ı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %3,6'sı bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %5,4'ü kullanmaktan memnun olmadığını; %27,7'si kararsız olduğunu; %42,9'u memnun olduğunu ve %20,5'i son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı kullanım memnuniyeti %63,4 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %63,0 dır. Buna göre özel hastane bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı kullanım memnuniyeti kamu hastanesine göre %0,4'lük küçük bir farkla yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.62. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	0	6	21	31	31	89
		%	0,0%	6,7%	23,6%	34,8%	34,8%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	4	10	56	100	54	224
		%	1,8%	4,5%	25,0%	44,6%	24,1%	100,0%
Toplam		N	4	16	77	131	85	313
		%	1,3%	5,1%	24,6%	41,9%	27,2%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %0,0'ı bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %6,7'si kullanmaktan memnun olmadığını; %23,6'sı kararsız olduğunu; %34,8'i memnun olduğunu ve %34,8'i son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %1,8'i bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %4,5'i kullanmaktan memnun olmadığını; %25,0'ı kararsız olduğunu; %44,6'sı memnun olduğunu ve %24,1'i son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı kullanım memnuniyeti %69,6 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %68,7 dir. Buna göre özel hastane bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı kullanım memnuniyeti kamu hastanesine göre %0,9'luk küçük bir farkla yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.63. Büyüme Stratejisi Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Büyüme Stratejisi Araçları Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	2	5	23	33	26	89
		%	2,2%	5,6%	25,8%	37,1%	29,2%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	4	14	71	88	47	224
		%	1,8%	6,3%	31,7%	39,3%	21,0%	100,0%
Toplam		N	6	19	94	121	73	313
		%	1,9%	6,1%	30,0%	38,7%	23,3%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin büyüme stratejisi aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %2,2'si bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %5,6'sı kullanmaktan memnun olmadığını; %25,8'i kararsız olduğunu; %37,1'i memnun olduğunu ve %27,2'si son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %1,8'i bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %6,3'ü kullanmaktan memnun olmadığını; %31,7'si kararsız olduğunu; %39,3'ü memnun olduğunu ve %21,0'ı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda büyüme stratejisi aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin büyüme stratejisi aracı kullanım memnuniyeti %66,3 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %60,3 tür. Buna göre özel

hastane büyüme stratejisi aracı kullanım memnuniyeti kamu hastanesine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.64. Toplam Kalite Yönetimi Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Toplam Kalite Yönetimi Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	0	2	18	33	36	89
		%	0,0%	2,2%	20,2%	37,1%	40,4%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	4	5	53	98	64	224
		%	1,8%	2,2%	23,7%	43,8%	28,6%	100,0%
Toplam		N	4	7	71	131	100	313
		%	1,3%	2,2%	22,7%	41,9%	31,9%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin toplam kalite yönetimi aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %0,0'ı bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %2,2'si kullanmaktan memnun olmadığını; %20,2'si kararsız olduğunu; %37,1'i memnun olduğunu ve %40,4'ü son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %1,8'i bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %2,2'si kullanmaktan memnun olmadığını; %23,7'si kararsız olduğunu; %43,8'i memnun olduğunu ve %43,8'i son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda toplam kalite yönetimi aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin toplam kalite yönetimi aracı kullanım memnuniyeti %77,5 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %72,4 tür. Buna göre özel hastane toplam kalite yönetimi aracı kullanım memnuniyeti kamu hastanesine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.65. Küçülme Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Küçülme Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	3	6	41	19	20	89
		%	3,4%	6,7%	46,1%	21,3%	22,5%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	5	18	111	64	26	224
		%	2,2%	8,0%	49,6%	28,6%	11,6%	100,0%
Toplam		N	8	24	152	83	46	313
		%	2,6%	7,7%	48,6%	26,5%	14,7%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin küçülme aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %3,4'ü bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %6,7'si kullanmaktan memnun olmadığını; %46,1'i kararsız olduğunu; %21,3'ü memnun olduğunu ve %22,5'i son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %2,2'si bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %8,0'ı kullanmaktan memnun olmadığını; %49,6'sı kararsız olduğunu; %28,6'sı memnun olduğunu ve %11,6'sı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda küçülme aracı kullanımı açısından özel hastane %46,1 ile kararsız görülürken kamu hastanesi de %49,6 ile kararsız kalmıştır.

Çizelge 4.66. Stratejik İnsan Kaynakları Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Stratejik İnsan Kaynakları Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	2	4	23	28	32	89
		%	2,2%	4,5%	25,8%	31,5%	36,0%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	2	13	64	99	46	224
		%	0,9%	5,8%	28,6%	44,2%	20,5%	100,0%
Toplam		N	4	17	87	127	78	313
		%	1,3%	5,4%	27,8%	40,6%	24,9%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin toplam kalite yönetimi aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %2,2'si bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %4,5'i kullanmaktan memnun olmadığını; %25,8'i kararsız olduğunu; %31,5'i memnun olduğunu ve %36,0'ı son derece memnun

olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %0,9'u bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %5,8'i kullanmaktan memnun olmadığını; %5,8'i kararsız olduğunu; %28,6'sı memnun olduğunu ve %44,2'si son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda toplam kalite yönetimi aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin toplam kalite yönetimi aracı kullanım memnuniyeti %67,5 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %64,7 dir. Buna göre özel hastane toplam kalite yönetimi aracı kullanım memnuniyeti kamu hastanesine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.67. Kıyaslama Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Kıyaslama Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	3	2	32	23	29	89
		%	3,4%	2,2%	36,0%	25,8%	32,6%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	4	13	90	79	38	224
		%	1,8%	5,8%	40,2%	35,3%	17,0%	100,0%
Toplam		N	7	15	122	102	67	313
		%	2,2%	4,8%	39,0%	32,6%	21,4%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin toplam kalite yönetimi aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %3,4'ü bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %2,2'si kullanmaktan memnun olmadığını; %36,0'ı kararsız olduğunu; %25,8'i memnun olduğunu ve %32,6'sı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %1,8'i bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %5,8'i kullanmaktan memnun olmadığını; %40,2'si kararsız olduğunu; %35,3'ü memnun olduğunu ve %17,0'ı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda toplam kalite yönetimi aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin toplam kalite yönetimi aracı kullanım memnuniyeti %58,4 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %52,3 tür. Buna göre özel hastane toplam kalite yönetimi aracı kullanım memnuniyeti kamu hastanesine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.68. İşletme Yetenekleri Aracı Memnuniyet Düzeyi

			İşletme Yetenekleri Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	2	2	27	25	33	89
		%	2,2%	2,2%	30,3%	28,1%	37,1%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	4	10	69	97	44	224
		%	1,8%	4,5%	30,8%	43,3%	19,6%	100,0%
Toplam		N	6	12	96	122	77	313
		%	1,9%	3,8%	30,7%	39,0%	24,6%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin işletme yetenekleri aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %2,2'si bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %2,2'si kullanmaktan memnun olmadığını; %30,3'ü kararsız olduğunu; %28,1'i memnun olduğunu ve %37,1'i son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %1,8'i bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %4,5'i kullanmaktan memnun olmadığını; %30,8'i kararsız olduğunu; %43,3'ü memnun olduğunu ve %19,6'sı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda işletme yetenekleri aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin işletme yetenekleri aracı kullanım memnuniyeti %65,2 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %62,9 dur. Buna göre özel hastane işletme yetenekleri aracı kullanım memnuniyeti kamu hastanesine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.69. Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracı Memnuniyet Düzeyi

			Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracı Memnuniyet Düzeyi					
			Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Son derece memnunum	Toplam
Hastane Türü	Özel Hastane	N	0	2	19	37	31	89
		%	0,0%	2,2%	21,3%	41,6%	34,8%	100,0%
	Kamu Hastanesi	N	4	0	57	108	55	224
		%	1,8%	0,0%	25,4%	48,2%	24,6%	100,0%
Toplam		N	4	2	76	145	86	313
		%	1,3%	0,6%	24,3%	46,3%	27,5%	100,0%

Kamu ve özel hastanede çalışan yöneticilerin işletme yetenekleri aracı kullanımına yönelik memnuniyet düzeyine baktığımızda özel hastanedeki 89 kişinin %0,0'ı bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %2,2'si kullanmaktan memnun olmadığını; %21,3'ü kararsız olduğunu; %41,6'sı memnun olduğunu ve %34,8'i son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanında kamu hastanesindeki 224 kişinin %1,8'i bu aracı kullanmaktan hiç memnun olmadığını; %0,0'ı kullanmaktan memnun olmadığını; %25,4'ü kararsız olduğunu; %48,2'si memnun olduğunu ve %24,6'sı son derece memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda işletme yetenekleri aracı kullanımı açısından her iki hastane grubu kullanımdan memnun olduğu, özel hastanenin işletme yetenekleri aracı kullanım memnuniyeti %76,4 iken kamu hastanesinin memnuniyeti de %72,8 dir. Buna göre özel hastane işletme yetenekleri aracı kullanım memnuniyeti kamu hastanesine göre yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

4.3. Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarını Ortaya Koyan İfadelerin Betimsel İstatistikleri

Araştırmanın bu kısmında stratejik yönetim araçları kullanımına yönelik bakış açılarını ortaya koyan ifadelere yönelik yöneticilerin verdikleri cevaplardan elde edilen veriler betimleyici analiz ile incelenmiş olup raporlanmıştır. Bu boyutta 20 ifadeden oluşan likert tipli ölçek yer almaktadır. Ölçek içerisinde "İş başarısında örgüt kültürü, strateji kadar önemli bir faktördür.", "Karar alırken geleceğe yönelik olası değişiklikleri hesaba katarız" Ve "Performans değerlendirme sürecinin temelini çalışanlarımızın performansı oluşturmaktadır." gibi İfadeler yer almaktadır. Yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa değeri 0.91 olarak ortaya çıkmıştır.

Bu bölümdeki çizelgelerde katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına yönelik bakış açılarını ortaya koymak amacıyla sorulan sorulara verilen cevapları içermektedir. Burada her bir ifade için katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve bu ifadelerin ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir.

Ölçek ifadelerinin skala değerlerine aşağıdaki puanlar verilerek yapılmıştır:

• Kesinlikle katılıyorum: 5

• Katılıyorum: 4

• Kararsızım: 3

• Katılmıyorum: 2

• Kesinlikle katılmıyorum: 1

Söz konusu ölçek ifadelerine yönelik ortalama değer aralıkları şu şekilde sınıflandırılmıştır:

1,00-1,79 aralığında çok düşük;

1,80-2,59 aralığında düşük;

2,60-3,39 aralığında orta;

3,40-4,19 aralığında yüksek ve 4,20-5,00 aralığında çok yüksek düzeyli olarak sınıflanmıştır (Ajiwibawani ve ark., 2017: 445).

Çizelge 4.70. İş başarısında örgüt kültürü, strateji kadar önemli bir faktördür

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	23	7.3	4,19	1,232
Katılmıyorum	22	7.0		
Kararsızım	9	2.9		
Katılıyorum	78	24.9		
Kesinlikle Katılıyorum	181	57.8		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.70 ‘e göre, “İş başarısında örgüt kültürü, strateji kadar önemli bir faktördür” ifadesini katılımcıların 1-5 arası olacak şekilde ve “olumsuz değerlendirmeden olumlu değerlendirmeye” olacak şekilde sıralaması istenmiştir. Buna göre katılımcıların söz konusu ifadeye % 57.8’inin “kesinlikle katılıyorum” ve % 24.9’unun “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Bu sonuçlara göre yöneticiler hastanelerin başarısında stratejik bakıç açısına sahip olmanın yanında örgüt kültürünün de önemli bir etkiye sahip olduğunu düşünmektedirler.

Çizelge 4.71. Hasta veya Hasta yakınlarının görüşlerine yeterli önemin verilmemesi performansımıza zarar verecektir

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	25	8.0	4,06	1,258
Katılmıyorum	21	6.7		
Kararsızım	25	8.0		
Katılıyorum	81	25.9		
Kesinlikle Katılıyorum	161	51.4		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.71 ‘e göre, “Hasta veya hasta yakınlarının görüşlerine yeterli önemin verilmemesi performansımıza zarar verecektir.” ifadesine katılımcıların % 51.4’ünün “kesinlikle katılıyorum” ve % 25.9’unun “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Bu sonuçlar bizlere hastane performansının arzu edilen seviyeye erişiminde hasta ve hasta yakınları gibi paydaşların görüşlerinin dikkate alınmasıyla sağlanacağını göstermektedir.

Çizelge 4.72. Hastanemizin gelişimi açısından yenilikçi faaliyetler çok önemlidir

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	27	8.6	4,38	1,192
Katılmıyorum	7	2.2		
Kararsızım	2	.6		
Katılıyorum	62	19.8		
Kesinlikle Katılıyorum	215	68.7		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.72‘ye göre, “Hastanemizin gelişimi açısından yenilikçi faaliyetler çok önemlidir” ifadesine katılımcıların % 68.7’sinin “kesinlikle katılıyorum” ve % 19.8’inin “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye çok yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Buna göre, kurumsal gelişim ve müşteri istek ve ihtiyaçlarının karşılanmasında yenilikçi faaliyetlerin oldukça önemli olduğu ifade edilebilir.

Çizelge 4.73. Yenilikçi faaliyetler ile hastanemizin tüm çalışanları aktif şekilde ilgilidir

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	71	22.7	2,64	1,306
Katılmıyorum	93	29.7		
Kararsızım	62	19.8		
Katılıyorum	51	16.3		
Kesinlikle Katılıyorum	36	11.5		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.73‘e göre, “Yenilikçi faaliyetler ile hastanemizin tüm çalışanları aktif şekilde ilgilidir” ifadesine katılımcıların % 30’unun “kesinlikle katılıyorum” ve % 30’unun “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Buna göre hastanenin değişim odaklı faaliyetlerinde çalışanların da katkı sunması sağlanmaktadır.

Çizelge 4.74. Kararlarımızı kısa vadeli mali getirilere göre alırız

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	71	22.7	2,64	1,306
Katılmıyorum	93	29.7		
Kararsızım	62	19.8		
Katılıyorum	51	16.3		
Kesinlikle Katılıyorum	36	11.5		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.74‘e göre, “Kararlarımızı kısa vadeli mali getirilere göre alırız.” ifadesine katılımcıların % 11.5’inin “kesinlikle katılıyorum” ve % 16.3’ünün “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye orta düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Bu sonuçlar bizlere hastane yöneticilerinin karar alırken uzun vadeli ve ileriyi görerek aldıklarını göstermektedir.

Çizelge 4.75. Karar alırken geleceğe yönelik olası değişiklikleri hesaba katarız

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	24	7.7	4,10	1,171
Katılmıyorum	12	3.8		
Kararsızım	20	6.4		
Katılıyorum	110	35.1		
Kesinlikle Katılıyorum	147	47.0		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.75'e göre, "Karar alırken geleceğe yönelik olası değişiklikleri hesaba katarız" ifadesine katılımcıların % 47'sinin "kesinlikle katılıyorum" ve % 35.1'inin "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Bu ifadeye göre hastane yöneticilerinin işletme hedefleri doğrultusunda alacakları kararlarda mutlaka ileriyi de göz önüne aldıklarını göstermektedir.

Çizelge 4.76. Değişime uyum sağlayabiliyor olmamız bize önemli bir rekabet avantajı sağlamaktadır

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	18	5.8	4,15	1,128
Katılmıyorum	13	4.2		
Kararsızım	32	10.2		
Katılıyorum	92	29.4		
Kesinlikle Katılıyorum	158	50.5		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.76'ya göre, "Değişime uyum sağlayabiliyor olmamız bize önemli bir rekabet avantajı sağlamaktadır" ifadesine katılımcıların % 50.5'inin "kesinlikle katılıyorum" ve % 29.4'ünün "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Bu ifade değişen çevresel koşullar içerisinde hastane yöneticilerinin bu değişime ayak uydurarak rakiplerine karşı önemli bir avantaj elde ettiğini gösterir.

Çizelge 4.77. Çalışanlarımıza ve hastalarımıza kendimizi daha iyi tanıtmak için onlarla hayallerimizi paylaşırız

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	13	4.2	3,65	1,084
Katılmıyorum	39	12.5		
Kararsızım	61	19.5		
Katılıyorum	130	41.5		
Kesinlikle Katılıyorum	70	22.4		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.77'ye göre, "Çalışanlarımıza ve hastalarımıza kendimizi daha iyi tanıtmak için onlarla hayallerimizi paylaşırız." ifadesine katılımcıların % 22.4'ünün "kesinlikle katılıyorum" ve % 41.5'inin "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Buna göre, yöneticiler kendi hayal ve düşüncelerini tanıtım amaçlı olarak hastane çalışanları ve müşterilerine (hasta ve hasta yakınları gibi) aktarmaktadır.

Çizelge 4.78. Uzun vadeli kararlar alırken üst düzey yönetimin düşüncelerini en ön sırada tutarız

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	11	3.5	3,97	1,106
Katılmıyorum	27	8.6		
Kararsızım	49	15.7		
Katılıyorum	100	31.9		
Kesinlikle Katılıyorum	126	40.3		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.78'e göre, "Uzun vadeli kararlar alırken üst düzey yönetimin düşüncelerini en ön sırada tutarız" ifadesine katılımcıların % 40.3'ünün "kesinlikle katılıyorum" ve % 31.9'unun "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Ortaya çıkan bu değerler yöneticilerin hastanenin uzun vadeli planlamalarında üst yönetimin de görüş ve önerilerine başvurduğunu göstermektedir.

Çizelge 4.79. Üst yöneticilerimiz kazanımlarını artırabilmek için daha yüksek riskler almaktan kaçınmazlar

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	27	8.6	3,38	1,176
Katılmıyorum	39	12.5		
Kararsızım	94	30.0		
Katılıyorum	94	30.0		
Kesinlikle Katılıyorum	59	18.8		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.79'a göre, "Üst yöneticilerimiz kazanımlarını artırabilmek için daha yüksek riskler almaktan kaçınmazlar" ifadesine katılımcıların % 18.8'inin "kesinlikle katılıyorum" ve % 30'unun "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye orta düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Buradan da anlaşılacağı üzere, yöneticiler riskli olmasına rağmen yüksek kar getirici faaliyetleri yerine getirmekten kaçınmamaktadır.

Çizelge 4.80. Hastanemiz için gerekli olan mal ve hizmetlerin tedarikinde seçici davranırız

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	15	4.8	4,22	1,047
Katılmıyorum	10	3.2		
Kararsızım	24	7.7		
Katılıyorum	106	33.9		
Kesinlikle Katılıyorum	158	50.5		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.80'e göre, "Hastanemiz için gerekli olan mal ve hizmetlerin tedarikinde seçici davranırız." ifadesine katılımcıların % 50.5'inin "kesinlikle katılıyorum" ve % 33.9'unun "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye çok yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Bu ifade, yöneticilerin hastanelerinin ihtiyaç duyduğu mal ve hizmetin alımında oldukça titiz bir süreç izlediğini göstermektedir.

Çizelge 4.81. Hastanemiz tüm faaliyetlerini kendi başına gerçekleştirebilecek bir yapıya sahiptir

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	23	7.3	3,42	1,261
Katılmıyorum	62	19.8		
Kararsızım	66	21.1		
Katılıyorum	83	26.5		
Kesinlikle Katılıyorum	79	25.2		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.81'e göre, "Hastanemiz tüm faaliyetlerini kendi başına gerçekleştirebilecek bir yapıya sahiptir." ifadesine katılımcıların % 25.2'sinin "kesinlikle katılıyorum" ve % 26,5'inin "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Söz konusu değerler özel ve kamu hastanesi yöneticilerinin hastanelerinin sahip olduğu kaynaklar sayesinde amaçladığı işlemleri gerçekleştirebileceklerini düşünmektedir.

Çizelge 4.82. Hastanemiz sahip olduğu yeteneklerin farkında olarak faaliyet göstermektedir

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	12	3.8	4,03	1,036
Katılmıyorum	16	5.1		
Kararsızım	43	13.7		
Katılıyorum	122	39.0		
Kesinlikle Katılıyorum	120	38.3		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.82'ye göre, "Hastanemiz sahip olduğu yeteneklerin farkında olarak faaliyet göstermektedir." ifadesine katılımcıların % 38.3'ünün "kesinlikle katılıyorum" ve % 39'unun "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Bu kapsamda, yöneticilerin sahip olduğu beşeri, finansal ve örgütsel yeteneklerinin bilinci içerisinde faaliyetlerine devam ettiği ifade edilebilir.

Çizelge 4.83. Performans değerlendirme sürecinin temelini çalışanlarımızın performansı oluşturmaktadır.

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	14	4.5	4,01	1,050
Katılmıyorum	17	5.4		
Kararsızım	36	11.5		
Katılıyorum	132	42.2		
Kesinlikle Katılıyorum	114	36.4		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.83'ye göre, "Performans değerlendirme sürecinin temelini çalışanlarımızın performansı oluşturmaktadır." ifadesine katılımcıların % 36.4'ünün "kesinlikle katılıyorum" ve % 42.2'sinin "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere, yöneticiler kurumsal performans değerlendirmesinde çalışan performansının önemli bir etkiye sahip olduğunu düşünmektedir.

Çizelge 4.84. Hastanemiz ihtiyaç duyduğu alanlarda dış kaynak kullanımına gitmekte bir sakınca görmemektedir

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	17	5.4	3,67	1,123
Katılmıyorum	36	11.5		
Kararsızım	56	17.9		
Katılıyorum	129	41.2		
Kesinlikle Katılıyorum	75	24.0		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.84'e göre, "Hastanemiz ihtiyaç duyduğu alanlarda dış kaynak kullanımına gitmekte bir sakınca görmemektedir." ifadesine katılımcıların % 24'ünün "kesinlikle katılıyorum" ve % 41.2'sinin "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Söz konusu katılım düzeyi yöneticilerin gerektiği anda hastanenin ihtiyaç duyacağı alanlarda dış kaynak kullanımına gitme yönünde eğilime sahip olduklarını göstermektedir.

Çizelge 4.85. Karlılığımızı olumsuz etkilese bile sürdürülebilirliğe yönelik çalışmalarımıza devam ederiz

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	9	2.9	3,74	1,056
Katılmıyorum	37	11.8		
Kararsızım	60	19.2		
Katılıyorum	127	40.6		
Kesinlikle Katılıyorum	80	25.6		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.85'e göre, "Karlılığımızı olumsuz etkilese bile sürdürülebilirliğe yönelik çalışmalarımıza devam ederiz." ifadesine katılımcıların % 25.6'sının "kesinlikle katılıyorum" ve % 40.6'sının "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Buna göre özel ve kamu hastanesi yöneticileri hastaneye olumsuz geri dönüşleri olsa bile yapısal reformları sürdürerek hastanenin kazanımlarını arttıracak çalışmalara ağırlık verdiği ifade edilebilir.

Çizelge 4.86. Günümüzde müşterilerin markaya olan sadakati eskiden olduğunda daha azdır

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	60	19.2	2,71	1,220
Katılmıyorum	85	27.2		
Kararsızım	80	25.6		
Katılıyorum	62	19.8		
Kesinlikle Katılıyorum	26	8.3		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.86'ya göre, "Günümüzde müşterilerin markaya olan sadakati eskiden olduğunda daha azdır." ifadesine katılımcıların % 8.3'ünün "kesinlikle katılıyorum" ve % 19.8'inin "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye orta düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Bu bağlamda yöneticiler hali hazırdaki müşterilerin marka sadakatlerinin dün olduğu bugün de fazla olduğunu düşünmektedirler.

Çizelge 4.87. Bugünün pazar liderlerinin 5 yıl sonrasında da hala lider olması beklenmektedir

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	30	9.6	2,95	1,128
Katılmıyorum	80	25.6		
Kararsızım	116	37.1		
Katılıyorum	50	16.0		
Kesinlikle Katılıyorum	37	11.8		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.87'ya göre, "Bugünün pazar liderlerinin 5 yıl sonrasında da hala lider olması beklenmektedir." ifadesine katılımcıların % 11.8'inin "kesinlikle katılıyorum" ve % 16'sının "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye orta düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Bu ifadeden de anlaşılacağı üzere, yöneticiler mevcut durumda sektörde lider olanların değişen Pazar yapısı ve çevresel koşullardan ötürü her an bu konumunu kaybedebileceklerini düşünmektedir.

Çizelge 4.88. Günümüzde müşterilerin markaya olan sadakati eskiden olduğunda daha azdır

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	19	6.1	3,56	1,200
Katılmıyorum	48	15.3		
Kararsızım	65	20.8		
Katılıyorum	100	31.9		
Kesinlikle Katılıyorum	81	25.9		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.88'e göre, "Önümüzdeki üç yıl içinde maliyetlerimizi azaltmaktan ziyade gelirlerimizi artırmaya odaklanacağız." ifadesine katılımcıların % 25.9'unun "kesinlikle katılıyorum" ve % 31.9'unun "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Buna göre araştırmaya katılan yöneticilerin hizmet sunumuna ilişkin kalite çalışmalarına odaklanarak gelir elde etmekten ziyade hizmet esaslı bir anlayışa yer verecekleri ifade edilebilir.

Çizelge 4.89. Sektörümüzde ekonomik koşulların iyileştiği hissediliyor

	(N)	(%)	Ortalama	St. Sapma
Kesinlikle Katılmıyorum	53	16.9	3,02	1,299
Katılmıyorum	55	17.6		
Kararsızım	83	26.5		
Katılıyorum	76	24.3		
Kesinlikle Katılıyorum	46	14.7		
Toplam	313	100,0		

Çizelge 4.89'a göre, "Sektörümüzde ekonomik koşulların iyileştiği hissediliyor." ifadesine katılımcıların % 14.7'sinin "kesinlikle katılıyorum" ve % 24.3'ünün "katılıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye orta düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. Buna göre özel ve kamu hastanelerinde çalışan yöneticilerin sağlık sektöründe ekonomik alanda iyileşmelerin belirgin hale gelmediğini düşündükleri ifade edilebilir.

Çizelge 4.90. Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarını Ortaya Koyan İfadelerin Ortalama Ve Standart Sapma Sonuçları

Ort.	*S*
3.67	0.706

Çizelge 4.90 da, araştırmaya katılan yöneticilerin **Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarını Ortaya Koyan İfadelerin Ortalama ve Standart Sapma** değerlerini içermektedir. Buna göre, katılımcıların, söz konusu ifadelere 3.67'lik düzeyde; yani yüksek düzeyli bir katılım gösterdikleri ortaya çıkmıştır.

4.4. Araştırma Hipotezlerin Test Edilmesi

Araştırmanın bu kısmında, katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile "hastane türü, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, unvan, toplam çalışma süresi, hastanedeki çalışma süresi, stratejik yönetim eğitimi alma durumu, hastanenin bulunduğu çevredeki rekabet durumu ve hastanenin bulunduğu çevrede başka hastanelerin varlığı" değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının sonuçlarına yer verilmiştir. Bunun yanında katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanenin bulunduğu çevrede başka hastanelerin varlığı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı tespit edilecektir. Bu amaçla araştırmada korelasyon analizi

sonuçlarına yer verilmiştir. Yine, araştırmaya katılan yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının karşılaştırılmasında iki seçenekli sorular için Bağımsız Örneklem T-Testi; ikiden fazla seçeneğe sahip sorularda tek yönlü varyans (Anova) analizi ile uygulanmıştır. Anova analizi, incelemeye konu olan değişkene göre, en az 3 bağımsız grup arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının tespiti için kulanılmaktadır. T-Testi ise, birbirlerinden bağımsız bir yapıda olan 2 farklı grubun ortalamaları baz alınarak karşılaştırılması ve böylece gruplar arası farkın rastlantısal olup olmadığının tespiti için kullanılmaktadır (Kalaycı, 2014: 74; İslamoğlu ve Alnıaçık, 2014: 318). Bu araştırmada kullanılan T-Testi ve Anova analizlerinin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir. Son olarak bu kısımda, araştıraya katılanların stratejik yöneti eğitimi ala duruları ile stratejik yönetim araçları ile ilgili bilgi sahiplik duruları arasındaki ilişkinin tespit edilmesinde kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koyan ki-kare analizi uygulanmıştır.

H_1: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastane türü değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 4.91. Hastane Türü Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Hastane Türü	**N**	**Ort.**	**S**	**F**	**t**	**p**
Özel Hastane	89	3.64	.900	9.296	-.534	0.65
Kamu Hastanesi	224	3.69	.615			

Çizelge 4.91'de, katılımcıların gruplandıkları **Hastane Türü** değişkenine göre Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açıları karşılaştırıldığında, özel hastanelerde çalışan yöneticilerde 3.64 iken, kamu hastanelerinde çalışan yöneticilerde 3.69'dur. Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Hastane Türü** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F=9.296, p=0.65).

H_2: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 4.92. Cinsiyet Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Cinsiyetiniz	**N**	**Ort.**	**S**	**F**	**t**	**p**
Erkek	222	3.63	.679	0.006	-1.740	0.08
Kadın	91	3.78	.762			

Çizelge 4.92'de, katılımcıların gruplandıkları **Cinsiyet** değişkenine göre Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açıları karşılaştırıldığında, kadınlarda 3.78 iken, erkeklerde 3.63'dür. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Cinsiyet** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F=0.006, p=0.08).

H_3: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 4.93. Yaş Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan ANOVA Sonuçları

	N	**Ort.**	**S**	**F**	**df**	**p**
30 yaş ve altı	31	3.30	1.087	2.739	Gruplararası: 5 Grupiçi: 307	.01
31-35 yaş	51	3.62	.735			
36-40 yaş	62	3.62	.743			
41-45 yaş	83	3.78	.614			
46-50 yaş	37	3.83	.375			
51 yaş ve üstü	49	3.72	.590			
Toplam	313	3.67	.706			

Çizelge 4.93'de katılımcıların gruplandıkları **Yaş** değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları karşılaştırıldığında, 30 yaş ve altı yöneticilerde 3.30; 31-35 yaş grubu yöneticilerde 3.62; 36-40 yaş grubu yöneticilerde 3.62; 41-45 yaş grubu yöneticilerde 3.78; 46-50 yaş grubu yöneticilerde 3.83 ve 51 yaş ve üstü yöneticilerde 3.72'dir. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla ANOVA analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Yaş** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=2.739, p=0.01). Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi için Post Hoc testlerinden biri olan Hochberg's GT2 testi kullanılmış olup aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Çizelge 4.94. Yaşa Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarının Hochberg's GT2 Testi Karşılaştırma Sonuçları

Yaş	**Sınıf Değişkenleri**	**Ortalamalar Farkı**	**P değeri**
30 yaş ve altı	**41-45 yaş**	-.480	0.02
	46-50 yaş	-.534	0.03

Yaş değişkenine göre, katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının Hochberg's GT2 test sonuçları incelendiğinde, 30 yaş ve altı yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile 41-45 ve 46-50 yaş grubu yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları arasında fark olduğu görülmüştür.

Yani, yaşı 30 yaş ve altı yöneticiler ile yaşı 41-45 ve 46-50 yaş grubu yöneticilerin arasında 41-45 ve 46-50 yaş gurubu lehine istatistiksel olarak ($p<.05$) anlamlı bir farklılık vardır. Bu durum, 41-45 ve 46-50 yaş gurubunda yer alan katılımcıların 30 yaş ve altı grubunda yer alan katılımcılara göre daha fazla stratejik yönetimi aracı kullandıklarını ortaya koymaktadır.

H4: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 4.95. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan ANOVA Sonuçları

	N	Ort.	S	F	df	p
Lise	2	3.55	.000	3.830	Gruplararası: 6 Grupiçi: 306	.00
Doktora	8	3.43	.960			
Ön Lisans	22	3.61	1.150			
Yüksek Lisans	52	3.89	.488			
4 Yıllık Fakülte veya Yüksekokul	127	3.78	.751			
Tıpta Uzmanlık	67	3.36	.546			
6 Yıllık Fakülte	35	3.67	.474			
Toplam	313	3.67	.706			

Çizelge 4.95'de katılımcıların gruplandıkları **Eğitim Durumu** değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları karşılaştırıldığında, lise mezunu yöneticilerde 3.55; doktora mezunu yöneticilerde 3.43; ön lisans mezunu yöneticilerde 3.61; yüksek lisans mezunu yöneticilerde 3.89; 4 yıllık fakülte veya yüksekokul mezunu yöneticilerde 3.78; tıpta uzmanlık bitiren yöneticilerde 3.36 ve 6 yıllık fakülte bitiren yöneticilerde 3.67'dir. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla ANOVA analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Eğitim Durumu** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=3.830, p=0.00). Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi için Post Hoc testlerinden biri olan Hochberg's GT2 testi kullanılmış olup aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Çizelge 4.96. Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarının Hochberg's GT2 Testi Karşılaştırma Sonuçları

Eğitim Durumu	Sınıf Değişkenleri	Ortalamalar Farkı	P değeri
Tıpta Uzmanlık	**Yüksek Lisans**	0.527	0.00
	4 Yıllık Fakülte Veya Yüksekokul	0.414	0.00

Eğitim Durumu değişkenine göre, katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının Hochberg's GT2 test sonuçları incelendiğinde, tıpta uzmanlık bölüm mezunları ile yüksek lisans ve 4 yıllık fakülte veya yüksekokul mezunu olanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür.

Yani, yüksek lisans ve 4 yıllık fakülte veya yüksekokul mezunu gurubunda yer alan katılımcılar ile Tıpta Uzmanlık grubunda yer alan katılımcılar arasında yüksek lisans ve 4 yıllık fakülte veya yüksekokul mezunu gurubu lehine istatistiksel olarak ($p<.05$) anlamlı bir farklılık vardır. Bu durum, yüksek lisans ve 4 yıllık fakülte veya yüksekokul mezunu gurubunda yer alan katılımcıların Tıpta Uzmanlık grubunda yer alan katılımcılara göre daha fazla stratejik yönetimi aracı kullandıklarını ortaya koymaktadır.

H_5: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile unvan değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 4.97. Unvan Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan ANOVA Sonuçları

	N	Ort.	S	F	df	p
Başhemşire Yardımcısı	3	3.75	.132	4.094	Gruplararası: 5 Grupiçi: 307	.00
Başhemşire	20	3.88	.786			
Müdür Yardımcısı	87	3.67	.856			
Müdür veya Genel Müdür	81	3.90	.637			
Başhekim yardımcısı	61	3.45	.559			
Başhekim	61	3.52	.575			
Toplam	313	3.67	.706			

Çizelge 4.97'da katılımcıların gruplandıkları **Unvan** değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları karşılaştırıldığında, başhemşire yardımcılarında 3.75; başhemşirelerde 3.88; müdür yardımcılarında 3.67; müdür veya genel müdürlerde 3.90; başhekim yardımcılarında 3.45 ve başhekimlerde 3.52'dir. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla ANOVA analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Unvan** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=4.094, p=0.00). Buna göre müdür veya genel müdürlerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının diğer unvan gruplarına kıyasla daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi için Post Hoc testlerinden biri olan Hochberg's GT2 testi kullanılmış olup aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Çizelge 4.98. Unvana Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarının Hochberg's GT2 Testi Karşılaştırma Sonuçları

Unvan	Sınıf Değişkenleri	Ortalamalar Farkı	P değeri
Müdür veya Genel Müdür	*Başhekim Yardımcısı*	,456	0.00
	Başhekim	,383	0.02

Unvan değişkenine göre, katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının Hochberg's GT2 test sonuçları incelendiğinde, müdür veya genel müdürlerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile başhekim ve başhekim yardımcılarının stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür.

Yani, müdür veya genel müdürler ile başhekim ve başhekim yardımcıları arasında müdür veya genel müdürler lehine istatistiksel olarak ($p<.05$) anlamlı bir farklılık vardır. Bu durum, müdür veya genel müdürlerin başhekim ve başhekim yardımcılarına göre daha fazla stratejik yönetimi aracı kullandıklarını ortaya koymaktadır.

H_6: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile toplam çalışma süresi değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 4.99. Toplam Çalışma Süresi Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan ANOVA Sonuçları

	N	Ort.	S	F	df	p
1-5 yıl	43	3,33	,963			
6-10 yıl	48	3,70	,714		Gruplararası: 4	
11-15 yıl	53	3,58	,783	4.948		.00
16-20 yıl	53	3,63	,710		Grupiçi: 308	
21 yıl ve üzeri	116	3,85	,468			
Toplam	313	3,67	,706			

Çizelge 4.99'da katılımcıların gruplandıkları **Toplam Çalışma Süresi** değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları karşılaştırıldığında, 1-5 yıllık toplam çalışma süresi olanlarda 3.33; 6-10 yıllık toplam çalışma süresine sahip olanlarda 3.70; 11-15 yıllık toplam çalışma süresine sahip olanlarda 3.58; 16-20 yıllık çalışma süresine sahip olanlarda 3.63 ve 21 yıl ve üzeri yıllık çalışma süresine sahip olanlarda 3.85'dir. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla ANOVA analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Toplam Çalışma Süresi** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=4.948, p=0.00). Buna göre 21 yıl ve üzeri toplam çalışma süresine sahip olanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının diğer çalışma süresine sahip olan gruplara kıyasla daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi için Post Hoc testlerinden biri olan Hochberg's GT2 testi kullanılmış olup aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Çizelge 4.100. Toplam Çalışma Süresine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarının Hochberg's GT2 Testi Karşılaştırma Sonuçları

Toplam Çalışma Süresi	Sınıf Değişkenleri	Ortalamalar Farkı	P değeri
1-5 yıl	**21 yıl ve üzeri**	0.522	0.00

Toplam Çalışma Süresi değişkenine göre, katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının Hochberg's GT2 test sonuçları incelendiğinde, 1-5 yıllık toplam çalışma süresine sahip olanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile 21 yıl ve üzeri toplam çalışma süresine sahip olanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları arasında fark olduğu görülmüştür.

Yani toplam çalışma süresi 21 yıl ve üzeri olan katılımcılar ile toplam çalışma süresi 1-5 yıl olanlar arasında toplam çalışma süresi 21 yıl ve üzeri olanlar lehine istatistiksel olarak ($p<.05$) anlamlı bir farklılık vardır. Bu durum, 21 yıl ve üzeri toplam çalışma süresine sahip olanların 1-5 yıl toplam çalışma süresine sahip olanlara göre daha fazla stratejik yönetimi aracı kullandıklarını ortaya koymaktadır.

H_7: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanedeki çalışma süresi değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 4.101. Hastanedeki Çalışma Süresi Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan ANOVA Sonuçları

	N	Ort.	S	F	df	p
1-5 yıl	133	3.53	.760			
6-10 yıl	76	3.65	.661		Gruplararası: 4	
11-15 yıl	63	3.92	.530	4.521		.00
16-20 yıl	12	3.56	1.216		Grupiçi: 308	
21 yıl ve üzeri	29	3.92	.387			
Toplam	313	3.67	.706			

Çizelge 4.101'de katılımcıların gruplandıkları **Hastanedeki çalışma süresi d**eğişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları karşılaştırıldığında, 1-5 yıllık toplam çalışma süresi olanlarda 3.53; 6-10 yıllık toplam çalışma süresine sahip olanlarda 3.65; 11-15 yıllık toplam çalışma süresine sahip olanlarda 3.92; 16-20 yıllık çalışma süresine sahip olanlarda 3.56 ve 21 yıl ve üzeri yıllık çalışma süresine sahip olanlarda 3.92'dir. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla ANOVA analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Hastanedeki çalışma süresi** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=4.521, p=0.00). Buna göre 11-15 yıl toplam çalışma süresine sahip olanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının diğer çalışma süresine sahip olan gruplara kıyasla daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi için Post Hoc testlerinden biri olan Hochberg's GT2 testi kullanılmış olup aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Çizelge 4.102. Hastanedeki Çalışma Süresine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarının Hochberg's GT2 Testi Karşılaştırma Sonuçları

Hastanedeki Çalışma Süresi	Sınıf Değişkenleri	Ortalamalar Farkı	P değeri
1-5 yıl	**11-15 yıl**	0.392	0.00

Hastanedeki Çalışma Süresi değişkenine göre, katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının Hochberg's GT2 test sonuçları incelendiğinde, 1-5 yıllık hastane çalışma süresine sahip olanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile 11-15 yıl hastane çalışma süresine sahip olanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları arasında fark olduğu görülmüştür.

Yani, hastanedeki çalışma süresi 11-15 yıl olan katılımcılar ile 1-5 yıl çalışma süresine sahip olanlar arasında 11-15 yıl çalışma süresine sahip olanlar lehine istatistiksel olarak ($p<.05$) anlamlı bir farklılık vardır. Bu durum, 11-15 yıl çalışma süresine sahip olanların 1-5 yıl çalışma süresine sahip olanlara göre daha fazla stratejik yönetimi aracı kullandıklarını ortaya koymaktadır.

H_8: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 4.103. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu	N	Ort.	S	F	t	p
Evet	129	3.72	.739	0.144	0.953	0.34
Hayır	184	3.64	.682			

Çizelge 4.103'te, katılımcıların gruplandıkları **Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu** değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları karşılaştırıldığında, stratejik yönetim eğitimi alanlarda 3.72 iken, eğitim almayanlarda 3.64'dür. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F=0.144, p=0.34).

H_9: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanenin bulunduğu çevredeki rekabet durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 4.104. Hastanenin Bulunduğu Çevredeki Rekabet Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açılarında Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Hastanenin Bulunduğu Çevredeki Rekabet Durumu	N	Ort.	S	F	t	p
Rekabet Vardır	194	3.70	.718	0.672	0.734	0.46
Rekabet Yoktur	119	3.64	.687			

Çizelge 4.104'de, katılımcıların gruplandıkları **Hastanenin Bulunduğu Çevredeki Rekabet Durumu** değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları karşılaştırıldığında, görev yapılan hastanenin çevresinde rekabetin olduğunu ifade eden yöneticilerde 3.70 iken, rekabet olmadığını ifade eden yöneticilerde 3.64'dür.

Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Hastanenin Bulunduğu Çevredeki Rekabet Durumu** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F=0.672, p=0.46).

H_{10}: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanenin bulunduğu çevrede başka hastanelerin varlığı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.105. Hastanenin Bulunduğu Çevrede Başka Hastanelerin Varlığı Değişkeni İle Katılımcıların Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açıları Arasındaki İlişkinin Korelasyon Sonuçları

		Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açısı	**Hastanenin Bulunduğu Çevrede Başka Hastanelerin Varlığı**
Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açısı	r	1	-0.15
	p		0.00
	N	313	313
Hastanenin Bulunduğu Çevrede Başka Hastanelerin Varlığı	r	-0.15	1
	p	0.00	
	N	313	313

Çizelge 4.105'ten de görüldüğü üzere Pearson Correlation (r) katsayısı -0,15 değerindedir. Bu değer, yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanenin bulunduğu çevredeki hastanelerin sayısı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yine elde edilen sonuçlardan da görüleceği üzere, korelasyon katsayısının anlamlılık (p değeri) düzeyi de 0.00 olduğundan ötürü, korelasyon katsayısının anlamlı olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, korelasyon katsayısı negatif olduğundan ötürü yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanenin bulunduğu çevredeki hastane sayısı arasında ters ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre, hizmet verilen çevredeki hastane sayısı arttıkça, yöneticilerin stratejik yönetim araçlarını kullanmaya ilişkin bakış açıları aynı oranda azalış gösterecektir.

H_{11}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile **stratejik planlama aracı** hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.106. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Stratejik Planlama Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?			X^2	sd	p
			Evet	Hayır	Toplam			
Stratejik Planlama Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	128	110	238	64.75	1	.00
		%	53.8%	46.2%	100,0%			
	Bilgim yok	N	1	74	75			
		%	1.3%	98.7%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58.8%	100.0%			

Çizelge 4.106'dan de görüleceği üzere, stratejik planlama hakkında bilgi sahibi olanların %53.8'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %46.2'si ise bu alanda eğitim almamıştır. Stratejik planlama hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %1.3'ü stratejik yönetim eğitimi almış iken; %98.7'si bu eğitimi almamıştır. Stratejik planlama aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2(1, N=313)= 64.75, p= .00$).

H_{12}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile **Misyon ve Vizyon** aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.107. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Misyon ve Vizyon Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?			X^2	sd	p
			Evet	Hayır	Toplam			
Misyon ve Vizyon Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	127	142	269	28.41	1	.00
		%	47.2%	52.8%	100,0%			
	Bilgim yok	N	2	42	44			
		%	4.5%	95.5%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58.8%	100.0%			

Çizelge 4.107'den da görüleceği üzere, misyon ve vizyon hakkında bilgi sahibi olanların %47.2'si stratejik yönetim eğitimi almış iken; %52.8'i ise bu alanda eğitim almamıştır. Misyon ve vizyon hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %4.5'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %95.5'i bu eğitimi almamıştır. Misyon ve vizyon aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 28.41, p= .00$).

H_{13}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile **kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi** aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.108. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Kurumsal Yönetişim Ve Müşteri İlişkileri Yönetimi Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
Kurumsal Yönetişim ve Müşteri İlişkileri Yönetimi Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	123	106	229	55.01	1	.00
		%	53.7%	46.3%	100,0%			
	Bilgim yok	N	6	78	84			
		%	7.1%	92.9%	100.0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58.8%	100.0%			

Çizelge 4.187'den de görüleceği üzere, kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi hakkında bilgi sahibi olanların %53.7'si stratejik yönetim eğitimi almış iken; %46.3'ü ise bu alanda eğitim almamıştır. Kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %7.1'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %92.9'u bu eğitimi almamıştır. Kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 55.01, p= .00$).

H_{14}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile **dış kaynak kullanımı aracı** hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.109. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Dış kaynak Kullanımı Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
Dış Kaynak Kullanımı Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	99	92	191	22.80	1	.00
		%	51.8%	48.2%	100.0%			
	Bilgim yok	N	30	92	122			
		%	24.6%	75.4%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58.8%	100.0%			

Çizelge 4.109'dan da görüleceği üzere, dış kaynak kullanımı hakkında bilgi sahibi olanların %51.8'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %48.2'si ise bu alanda eğitim almamıştır. Dış kaynak kullanımı hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %24.6'sı stratejik yönetim eğitimi almış iken; %75.4'ü bu eğitimi almamıştır. Dış kaynak kullanımı aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 22.80, p= .00$).

H_{15}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile **kurumsal karne aracı** hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.110. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Kurumsal Karne Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
Kurumsal Karne Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	121	128	249	27.38	1	.00
		%	48,6%	51.4%	100.0%			
	Bilgim yok	N	8	56	64			
		%	12,5%	75.4%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58,8%	100.0%			

Çizelge 4.110'dan da görüleceği üzere, kurumsal karne hakkında bilgi sahibi olanların %48.6'sı stratejik yönetim eğitimi almış iken; %51.4'ü ise bu alanda eğitim almamıştır. Kurumsal karne hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %12.5'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %87.5'i bu eğitimi almamıştır. Kurumsal karne aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 27.38, p= .00$).

H_{16}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile **müşteri (hasta) bölümlemesi** aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.111. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
Müşteri (Hasta) Bölümlemesi Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	112	101	213	35.56	1	.00
		%	52,6%	47,4%	100,0%			
	Bilgim yok	N	17	83	100			
		%	17,0%	83,0%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	41,2%	100,0%			

Çizelge 4.111'den de görüleceği üzere, müşteri (hasta) bölümlemesi hakkında bilgi sahibi olanların %52.6'sı stratejik yönetim eğitimi almış iken; %47.4'ü ise bu alanda eğitim almamıştır. Müşteri (hasta) bölümlemesi hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %17'si stratejik yönetim eğitimi almış iken; %83'ü bu eğitimi almamıştır. Müşteri (hasta) bölümlemesi aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 35.56, p= .00$).

H_{17}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile **temel yeterlilik aracı** hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.112. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Temel Yeterlilik Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
Temel Yeterlilik Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	113	116	229	23.28	1	.00
		%	49,3%	50,7%	100,0%			
	Bilgim yok	N	16	68	84			
		%	19,0%	81,0%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58,8%	100,0%			

Çizelge 4.112'den de görüleceği üzere, temel yeterlilik hakkında bilgi sahibi olanların %49.3'ü stratejik yönetim eğitimi almış iken; %50.7'si ise bu alanda eğitim almamıştır. Temel yeterlilik hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %19'u stratejik yönetim eğitimi almış iken; %81'i bu eğitimi almamıştır. Temel yeterlilik aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 23.28, p= .00$).

H_{18}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile ittifak, birleşme ve devralmalar aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.113. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
İttifak, Birleşme ve Devralmalar Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	95	65	160	44.56	1	.00
		%	59,4%	40,6%	100,0%			
	Bilgim yok	N	34	119	153			
		%	22,2%	77,8%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58,8%	100,0%			

Çizelge 4.113'den de görüleceği üzere, ittifak, birleşme ve devralmalar hakkında bilgi sahibi olanların %59.4'ü stratejik yönetim eğitimi almış iken; %40.6'sı ise bu alanda eğitim almamıştır. İttifak, birleşme ve devralmalar hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %22.2'si stratejik yönetim eğitimi almış iken; %77.8'i bu eğitimi almamıştır. İttifak, birleşme ve devralmalar aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2(1, N=313)= 44.56, p= .00$).

H_{19}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile tedarik zinciri yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.114. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Tedarik Zinciri Yönetimi Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
Tedarik zinciri yönetimi Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	115	107	222	35.33	1	.00
		%	51.8%	48,2%	100,0%			
	Bilgim yok	N	14	77	91			
		%	15,4%	84,6%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58.8%	100,0%			

Çizelge 4.114'den de görüleceği üzere, tedarik zinciri yönetimi hakkında bilgi sahibi olanların %51.8'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %48.2'si ise bu alanda eğitim almamıştır. Tedarik zinciri yönetimi hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %15.4'ü stratejik yönetim eğitimi almış iken; %84.6'sı bu eğitimi almamıştır. Tedarik zinciri yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2(1, N=313)= 35.33, p= .00$).

H_{20}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.115. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	117	129	246	19.11	1	.00
		%	47.6%	52.4%	100,0%			
	Bilgim yok	N	12	55	67			
		%	17.9%	82,1%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58,8%	100,0%			

Çizelge 4.115'den de görüleceği üzere, bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol hakkında bilgi sahibi olanların %47.6'sı stratejik yönetim eğitimi almış iken; %52.4'ü ise bu alanda eğitim almamıştır. Bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol hakkında bilgi sahibi olmayanların %17.9'u stratejik yönetim eğitimi almış iken; %82.1'i bu eğitimi almamıştır. Bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2(1, N=313)= 19.11, p= .00$).

H_{21}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile **büyüme stratejisi araçları** hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.116. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Büyüme Stratejisi Araçları Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
Büyüme Stratejisi Araçları Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	102	80	246	19.11	1	.00
		%	56,0%	44,0%	100,0%			
	Bilgim yok	N	27	104	67			
		%	20,6%	79,4%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58,8%	100,0%			

Çizelge 4.116'dan da görüleceği üzere, büyüme stratejisi hakkında bilgi sahibi olanların %56'sı stratejik yönetim eğitimi almış iken; %44'ü ise bu alanda eğitim almamıştır. Büyüme stratejisi araçları hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %20.6'sı stratejik yönetim eğitimi almış iken; %79.4'ü bu eğitimi almamıştır. Büyüme stratejisi araçları hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2(1, N=313)= 39.47, p= .00$).

H_{22}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile toplam kalite yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.117. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Toplam Kalite Yönetimi Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
Toplam Kalite Yönetimi Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	121	149	270	10.52	1	.00
		%	44,8%	55,2%	100,0%			
	Bilgim yok	N	8	35	43			
		%	18,6%	81,4%	100,0%			
Toplam		N	129	129	313			
		%	41,2%	58,8%	100,0%			

Çizelge 4.117'dan da görüleceği üzere, toplam kalite yönetimi hakkında bilgi sahibi olanların %44.8'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %55.2'si ise bu alanda eğitim almamıştır. Toplam kalite yönetimi hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %18.6'sı stratejik yönetim eğitimi almış iken; %81.4'ü bu eğitimi almamıştır. Yine toplam kalite yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2(1, N=313)= 10.52, p= .00$).

H_{23}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile küçülme aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.118. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Küçülme Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
Küçülme Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	100	61	161	59.76	1	.00
		%	62,1%	37,9%	100,0%			
	Bilgim yok	N	29	123	152			
		%	19,1%	80,9%	100,0%			
Toplam		N	129	129	313			
		%	41,2%	58,8%	100,0%			

Çizelge 4.118'den de görüleceği üzere, küçülme hakkında bilgi sahibi olanların %62.1'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %37.9'u ise bu alanda eğitim almamıştır. Küçülme hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %19.1'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %80.9'u bu eğitimi almamıştır. Küçülme aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2(1, N=313)= 59.76, p= .00$).

H_{24}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile stratejik insan kaynakları aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.119. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Stratejik İnsan Kaynakları Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?			X^2	sd	p
			Evet	Hayır	Toplam			
Stratejik İnsan Kaynakları Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	119	114	233	36.57	1	.00
		%	51,1%	48,9%	100,0%			
	Bilgim yok	N	10	70	80			
		%	12,5%	87,5%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58,8%	100,0%			

Çizelge 4.119'dan da görüleceği üzere, stratejik insan kaynakları hakkında bilgi sahibi olanların %51.1'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %48.9'u ise bu alanda eğitim almamıştır. Stratejik insan kaynakları hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %12.5'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %87.5'i bu eğitimi almamıştır. Yine stratejik insan kaynakları aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2(1, N=313)= 36.57, p= .00$).

H_{25}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile kıyaslama aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.120. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Kıyaslama Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
Kıyaslama Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	114	97	211	43.88	1	.00
		%	54,0%	46,0%	100,0%			
	Bilgim yok	N	15	87	102			
		%	14,7%	85,3%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	48,8%	100,0%			

Çizelge 4.120'den de görüleceği üzere, kıyaslama hakkında bilgi sahibi olanların %54'ü stratejik yönetim eğitimi almış iken; %46'sı ise bu alanda eğitim almamıştır. Kıyaslama hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %14.7'si stratejik yönetim eğitimi almış iken; %85.3'ü bu eğitimi almamıştır. Kıyaslama aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2(1, N=313)= 43.88, p= .00$).

H_{26}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile işletme yetenekleri aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.121. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile İşletme Yetenekleri Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
İşletme Yetenekleri Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	111	86	197	50.23	1	.00
		%	56,3%	43,7%	100,0%			
	Bilgim yok	N	18	98	102			
		%	15,5%	84,5%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58,8%	100,0%			

Çizelge 4.121'den de görüleceği üzere, işletme yetenekleri hakkında bilgi sahibi olanların %56.3'ü stratejik yönetim eğitimi almış iken; %43.7'si ise bu alanda eğitim almamıştır. İşletme yetenekleri hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %15.5'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %84.5'i bu eğitimi almamıştır. Yine işletme yetenekleri aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2(1, N=313)= 50.23, p= .00$).

H_{27}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile senaryo ve acil durum planlaması aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 4.122. Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması Aracı Hakkında Bilgi Sahipliği Arasındaki İlişkinin Ki-Kare (Chi-Square) Sonuçları

			Stratejik Yönetim Eğitimi Aldınız mı?					
			Evet	Hayır	Toplam	X^2	sd	p
Senaryo ve Acil Durum Planlaması Hakkında Bilginiz Var mı?	Bilgim var	N	118	134	252	16.81	1	.00
		%	46.8%	53.2%	100,0%			
	Bilgim yok	N	11	50	61			
		%	18,0%	82,0%	100,0%			
Toplam		N	129	184	313			
		%	41,2%	58,8%	100,0%			

Çizelge 4.122'den de görüleceği üzere, senaryo ve acil durum planlaması hakkında bilgi sahibi olanların %46.8'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %53.2'si ise bu alanda eğitim almamıştır. Senaryo ve acil durum planlaması hakkında bilgi sahibi olmayanların ise %18'i stratejik yönetim eğitimi almış iken; %82'si bu eğitimi almamıştır. Yine senaryo ve acil durum planlaması aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi^2(1, N=313)= 16.81, p= .00$).

Çizelge 4.123. Hipotezlerin Değerlendirilmesi

H_1: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastane türü değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.	**RED**
H_2: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.	**RED**
H_3: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.	**KABUL**
H_4: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.	**KABUL**
H_5: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile unvan değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.	**KABUL**
H_6: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile toplam çalışma süresi değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.	**KABUL**
H_7: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanedeki çalışma süresi değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.	**KABUL**
H_8: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.	**RED**
H_9: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanenin bulunduğu çevredeki rekabet durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.	**RED**
H_{10}: Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanenin bulunduğu çevrede başka hastanelerin varlığı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{11}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile stratejik planlama aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**

Çizelge 4.123. Hipotezlerin Değerlendirilmesi Devamı	
H_{12}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile misyon ve vizyon aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{13}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{14}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile dış kaynak kullanımı aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{15}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile kurumsal karne aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{16}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile müşteri (hasta) bölümlemesi aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{17}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile temel yeterlilik aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{18}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile ittifak, birleşme ve devralmalar aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{19}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile tedarik zinciri yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{20}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{21}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile büyüme stratejisi araçları hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{22}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile toplam kalite yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**

Çizelge 4.123. Hipotezlerin Değerlendirilmesi Devamı	
H_{23}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile küçülme aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{24}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile stratejik insan kaynakları aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{25}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile kıyaslama aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{26}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile işletme yetenekleri aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**
H_{27}: Stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile senaryo ve acil durum planlaması aracı hakkında bilgi sahipliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	**KABUL**

Araştırmaya katılan kişilerin hastane türüne göre stratejik araç bilgi durumu sonuçları:

- Hastane türüne göre stratejik yönetim araçları bilgi düzeyleri açısından incelendiğinde aşağıdaki durum ortaya çıkmaktadır.

Çizelge 4.124. Hastane Türü Değişkeninde Özel Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araç Bilgi Durum Sıralaması ve Yüzdesi

	Özel	**Kamu**
Misyon ve Vizyon İfadeleri	91,00%	83,90%
Stratejik Planlama	84,30%	72,80%
Toplam Kalite Yönetimi	82,00%	87,90%
Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi	80,90%	70,10%
Müşteri (Hasta) Bölümlemesi	79,80%	63,40%
Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol	75,30%	79,90%
İnsan Kaynakları	74,20%	74,60%
Kıyaslama	73,00%	65,20%
Temel yeterlilik	69,70%	74,60%
Tedarik zinciri yönetimi	69,70%	71,40%
Senaryo ve Acil Durum Planlaması	68,50%	85,30%
İşletme Yetenekleri	66,30%	61,60%
Kurumsal Karne	64,00%	85,70%
Dış kaynak kullanımı	61,80%	60,70%
Küçülme	59,60%	48,20%
Büyüme Stratejisi Araçları	58,40%	58,00%
İttifak, Birleşme ve Devralmalar	52,80%	50,40%

Yukarıdaki çizelgeye göre; hastane türü değişkeni ile stratejik yönetim aracı bilgi düzeyleri bağlamında yöneltilen sorulara alınan özel hastane araç bilgi durum yüzdelerini içermektedir. Özel hastanelerde çalışan yöneticilerin kamu hastanesine göre karşılaştırmalı stratejik yönetim araç bilgi düzeylerinden en fazla bilgi sahibi olunan araçtan en az bilgi sahibi olunan araca doğru sıralama yapılmıştır. Bu durumda özel hastanede çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı bilgi düzeyinde en iyi oldukları ilk 5 araç sırasıyla; %91 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %84,30 ile Stratejik Planlama, %82,00 ile Toplam Kalite Yönetimi, %80,90 ile Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi, %79,80 Müşteri (Hasta) Bölümlemesi olduğu ortaya çıkmıştır.

Yine özel hastane yöneticilerinin stratejik yönetim araçları bilgi düzeyinde en az oldukları ilk 5 araca bakılacak olursa; %52,80 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %58,40 ile

Büyüme Stratejisi Araçları, %59,60 ile Küçülme, %61,80 Dış kaynak kullanımı, %64,00 ile Kurumsal Karne olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.125. Hastane Türü Değişkeninde Kamu Hastanesi Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araç Bilgi Durum Sıralaması ve Yüzdesi

	Kamu	**Özel**
Toplam Kalite Yönetimi	87,90%	82,00%
Kurumsal Karne	85,70%	64,00%
Senaryo ve Acil Durum Planlaması	85,30%	68,50%
Misyon ve Vizyon İfadeleri	83,90%	91,00%
Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol	79,90%	75,30%
İnsan Kaynakları	74,60%	74,20%
Temel yeterlilik	74,60%	69,70%
Stratejik Planlama	72,80%	84,30%
Tedarik zinciri yönetimi	71,40%	69,70%
Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi	70,10%	80,90%
Kıyaslama	65,20%	73,00%
Müşteri (Hasta) Bölümlemesi	63,40%	79,80%
İşletme Yetenekleri	61,60%	66,30%
Dış kaynak kullanımı	60,70%	61,80%
Büyüme Stratejisi Araçları	58,00%	58,40%
İttifak, Birleşme ve Devralmalar	50,40%	52,80%
Küçülme	48,20%	59,60%

Yukarıdaki çizelgeye göre; hastane türü değişkeni ile stratejik yönetim aracı bilgi düzeyleri bağlamında yöneltilen sorulara alınan kamu hastanesi araç bilgi durum yüzdelerini içermektedir. Kamu hastanelerinde çalışan yöneticilerin özel hastanelere göre karşılaştırmalı stratejik yönetim araç bilgi düzeylerinden en fazla bilgi sahibi olunan araçtan en az bilgi sahibi olunan araca doğru sıralama yapılmıştır. Bu durumda kamu hastanelerinde çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı bilgi düzeyinde en iyi oldukları ilk 5 araç sırasıyla; %87,90 ile Toplam Kalite Yönetimi, %85,70 ile Kurumsal Karne, %85,30 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, %83,90 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %79,90 ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol olduğu ortaya çıkmıştır.

Yine kamu hastanesi yöneticilerinin stratejik yönetim araçları bilgi düzeyinde en az oldukları ilk 5 araca bakılacak olursa; %48,20 ile Küçülme, %50,40 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %58,00 ile Büyüme Stratejisi Araçları, %60,70 Dış kaynak kullanımı, %61,60 ile İşletme Yetenekleri olduğu ortaya çıkmıştır.

Alınan bu verilere göre özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarındaki bilgi düzey benzerlikleri incelendiğinde, her iki hastane türünde de Toplam Kalite Yönetimi ile Misyon ve Vizyon İfadeleri araçları hastane yöneticilerince en fazla bilinen stratejik yönetim aracı olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun yanında Dış kaynak kullanımı, Büyüme Stratejisi Araçları, İttifak, Birleşme ve Devralmalar ve Küçülme stratejik yönetim araçları her iki hastane türünde de en az bilinen araç olduğu ortaya çıkmış ve büyük benzerlik göstermiştir.

- Hastane türüne göre stratejik yönetim araçları kullanım memnuniyetleri düzeyleri açısından incelendiğinde aşağıdaki durum ortaya çıkmaktadır.

Çizelge 4.126. Hastane Türü Değişkeninde Özel Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araç Kullanım Memnuniyetleri Sıralaması ve Yüzdesi

	Özel	**Kamu**
Toplam Kalite Yönetimi	77,50%	72,40%
Misyon ve Vizyon İfadeleri	76,40%	76,40%
Senaryo ve Acil Durum Planlaması	76,40%	72,80%
Stratejik Planlama	75,20%	70,10%
Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi	72,00%	65,60%
Dış kaynak kullanımı	70,80%	53,60%
Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol	69,60%	68,70%
Müşteri (Hasta) Bölümlemesi	68,60%	58,40%
İnsan Kaynakları	67,50%	64,70%
Büyüme Stratejisi Araçları	66,30%	60,30%
İşletme Yetenekleri	65,20%	62,90%
Temel yeterlilik	64,10%	67,00%
Kurumsal Karne	64,00%	65,20%
Tedarik zinciri yönetimi	63,40%	63,00%
Kıyaslama	58,40%	52,30%
İttifak, Birleşme ve Devralmalar	48,30%	42,80%
Küçülme	45,80%	40,20%

Yukarıdaki çizelgeye göre; hastane türü değişkeni ile stratejik yönetim aracı kullanım memnuniyet düzeyleri bağlamında yöneltilen sorulara alınan özel hastane araç kullanım memnuniyet durum yüzdelerini içermektedir. Özel hastanelerde çalışan yöneticilerin kamu hastanesine göre karşılaştırmalı stratejik yönetim araç kullanım memnuniyet düzeylerinden en fazla bilgi sahibi olunan araçtan en az bilgi sahibi olunan araca doğru sıralama yapılmıştır. Bu durumda özel hastanede çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı kullanım memnuniyet düzeyinde en yüksek oldukları ilk 5 araç sırasıyla;

%77,50 ile Toplam Kalite Yönetimi, %76,40 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %76,40 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, %75,20 ile Stratejik Planlama, %72,00 ile Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi olarak ortaya çıkmıştır.

Yine özel hastane yöneticilerinin stratejik yönetim araçları kullanım memnuniyet düzeyinde en az oldukları ilk 5 araca bakılacak olursa; %45,80 ile Küçülme, %ile 48,30 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %58,40 ile Kıyaslama, %63,40 ile Tedarik zinciri yönetimi, %64,00 ile Kurumsal Karne olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.127. Hastane Türü Değişkeninde Kamu Hastanesi Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araç Kullanım Memnuniyetleri Sıralaması ve Yüzdesi

	Kamu	**Özel**
Misyon ve Vizyon İfadeleri	76,40%	76,40%
Senaryo ve Acil Durum Planlaması	72,80%	76,40%
Toplam Kalite Yönetimi	72,40%	77,50%
Stratejik Planlama	70,10%	75,20%
Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol	68,70%	69,60%
Temel yeterlilik	67,00%	64,10%
Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi	65,60%	72,00%
Kurumsal Karne	65,20%	64,00%
İnsan Kaynakları	64,70%	67,50%
Tedarik zinciri yönetimi	63,00%	63,40%
İşletme Yetenekleri	62,90%	65,20%
Büyüme Stratejisi Araçları	60,30%	66,30%
Müşteri (Hasta) Bölümlemesi	58,40%	68,60%
Dış kaynak kullanımı	53,60%	70,80%
Kıyaslama	52,30%	58,40%
İttifak, Birleşme ve Devralmalar	42,80%	48,30%
Küçülme	40,20%	45,80%

Yukarıdaki çizelgeye göre; hastane türü değişkeni ile stratejik yönetim aracı kullanım memnuniyet düzeyleri bağlamında yöneltilen sorulara alınan kamu hastanesi araç kullanım memnuniyet durum yüzdelerini içermektedir. Kamu hastanelerde çalışan yöneticilerin özel hastaneye göre karşılaştırmalı stratejik yönetim araç kullanım memnuniyet düzeylerinden en fazla bilgi sahibi olunan araçtan en az bilgi sahibi olunan araca doğru sıralama yapılmıştır. Bu durumda kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı kullanım memnuniyet düzeyinde en yüksek oldukları ilk 5 araç sırasıyla; %76,40 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %72,80 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, %72,40 Toplam

Kalite Yönetimi, %70,10 ile Stratejik Planlama, %68,70 ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol olduğu ortaya çıkmıştır.

Yine kamu hastanesi yöneticilerinin stratejik yönetim araçları kullanım memnuniyet düzeyinde en az oldukları ilk 5 araca bakılacak olursa; %40,20 ile Küçülme, %42,80 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %52,30 ile Kıyaslama, %53,60 ile Dış kaynak kullanımı, %58,40 Müşteri (Hasta) Bölümlemesi olarak ortaya çıkmıştır.

Alınan bu verilere göre özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarındaki kullanım memnuniyet düzey benzerlikleri incelendiğinde, her iki hastane türünde de Toplam Kalite Yönetimi ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, Senaryo ve Acil Durum Planlaması ve Stratejik Planlama araçları hastane yöneticilerince en fazla kullanımından memnuniyet duydukları stratejik yönetim araçları olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun yanında, Kıyaslama, İttifak, Birleşme ve Devralmalar ve Küçülme stratejik yönetim araçları kullanım memnuniyetleri her iki hastane türünde de en az memnun olunan araçlar olduğu ortaya çıkmış ve her iki memnun ve memnun olmama durumunda büyük benzerlik göstermiştir.

- Her iki hastane türünde birleşik olarak stratejik yönetim araçlarını son 5 yıl içerisinde kullanım durumları açısından incelendiğinde aşağıdaki durum ortaya çıkmaktadır.

Çizelge 4.128. Her İki Hastane Türünde Birleşik Olarak Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçlarını Son 5 Yıl İçerisinde Kullanım Sıralaması ve Yüzdesi

	Evet	**Hayır**
Toplam Kalite Yönetimi	80,2%	19,8%
Misyon ve Vizyon İfadeleri	76,7%	23,3%
Senaryo ve Acil Durum Planlaması	76,4%	23,6%
Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol	74,4%	25,6%
Kurumsal Karne	70,00%	30,00%
Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi	64,9%	35,1%
Stratejik Planlama	62,9%	37,1%
Tedarik zinciri yönetimi	61,7%	38,3%
Müşteri (Hasta) Bölümlemesi	54,00%	46,00%
Temel yeterlilik	54,00%	46,00%
Kıyaslama	53,7%	46,3%
İşletme Yetenekleri	52,1%	47,9%
Dış kaynak kullanımı	47,00%	53,00%
Büyüme Stratejisi Araçları	42,5%	57,5%
İttifak, Birleşme ve Devralmalar	33,5%	66,5%
Küçülme	21,4%	78,6%
İnsan Kaynakları	21,4%	78,6%

Yukarıdaki çizelgeye göre; özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarını son 5 yıl içerisinde kullanım durumlarının sonuçlarını içermektedir. Verilere göre hastanelerde kullanılan en fazla 5 araç; %80,2 ile Toplam Kalite Yönetimi, %76,7 Misyon ve Vizyon İfadeleri, %76,4 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, %74,4 ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol, %70,00 ile Kurumsal Karne olduğu ortaya çıkmıştır.

Yine özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarını son 5 yıl içerisinde kullanım durumlarında en az olan 5 araca bakacak olursak; %21,4 ile İnsan Kaynakları, %21,4 Küçülme, %33,5 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %42,5 ile Büyüme Stratejisi Araçları, %47,00 ile de Dış kaynak kullanımı olduğu ortaya çıkmıştır.

- Özel ve kamu hastanelerinin hastane türüne göre stratejik yönetim araçlarını son 5 yıl içerisinde kullanım durumları açısından incelendiğinde aşağıdaki durum ortaya çıkmaktadır.

Çizelge 4.129. Hastane Türü Değişkeninde Özel Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçlarını Son 5 Yıl İçerisinde Kullanım Sıralaması ve Yüzdesi

	Özel	**Kamu**
Misyon ve Vizyon İfadeleri	83,1%	74,1%
Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol	77,5%	73,2%
Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi	76,4%	60,3%
Senaryo ve Acil Durum Planlaması	75,3%	76,8%
Toplam Kalite Yönetimi	73,0%	83,0%
Stratejik Planlama	69,7%	60,3%
Müşteri (Hasta) Bölümlemesi	65,2%	49,6%
İnsan Kaynakları	65,2%	61,6%
Kıyaslama	59,6%	51,3%
Kurumsal Karne	56,2%	75,4%
Temel Yeterlilik	56,2%	49,1%
Tedarik Zinciri Yönetimi	55,1%	64,3%
Dış Kaynak Kullanımı	53,9%	44,2%
İşletme Yetenekleri	53,9%	51,3%
İttifak, Birleşme ve Devralmalar	49,4%	27,2%
Büyüme Stratejisi Araçları	49,4%	39,7%
Küçülme	24,7%	20,1%

Yukarıdaki çizelgeye göre; hastane türü değişkeni ile stratejik yönetim araçlarını son 5 yıl içerisinde kullanım durumları bağlamında yöneltilen sorulara alınan özel hastane araç kullanım durum yüzdelerini içermektedir. Özel hastanelerde çalışan yöneticilerin kamu

hastanesine göre karşılaştırmalı stratejik yönetim araçlarını son 5 yıl kullanım durumlarından en fazla kullanılan araçtan en az kullanılan araca doğru sıralama yapılmıştır. Bu durumda özel hastanede çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı son 5 yıl kullanım durumlarında en yüksek kullandıkları ilk 5 araç sırasıyla; 83,1% ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, 77,5% ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol, 76,4% ile Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi, 75,3% ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması ve 73,0% ile Toplam Kalite Yönetimi olarak ortaya çıkmıştır.

Yine özel hastane yöneticilerinin stratejik yönetim araçları son 5 yıl kullanım durumlarında en az kullandıkları ilk 5 araca bakılacak olursa; 24,7% ile Küçülme, 49,4% ile Büyüme Stratejisi Araçları, 49,4% ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, 53,9% ile İşletme Yetenekleri ve 53,9% ile Dış kaynak kullanımı olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.130. Hastane Türü Değişkeninde Kamu Hastanesi Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçlarını Son 5 Yıl İçerisinde Kullanım Sıralaması ve Yüzdesi

	Kamu	**Özel**
Toplam Kalite Yönetimi	83,0%	73,0%
Senaryo ve Acil Durum Planlaması	76,8%	75,3%
Kurumsal Karne	75,4%	56,2%
Misyon ve Vizyon İfadeleri	74,1%	83,1%
Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol	73,2%	77,5%
Tedarik zinciri yönetimi	64,3%	55,1%
İnsan Kaynakları	61,6%	65,2%
Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi	60,3%	76,4%
Stratejik Planlama	60,3%	69,7%
Kıyaslama	51,3%	59,6%
İşletme Yetenekleri	51,3%	53,9%
Müşteri (Hasta) Bölümlemesi	49,6%	65,2%
Temel Yeterlilik	49,1%	56,2%
Dış Kaynak Kullanımı	44,2%	53,9%
Büyüme Stratejisi Araçları	39,7%	49,4%
İttifak, Birleşme ve Devralmalar	27,2%	49,4%
Küçülme	20,1%	24,7%

Yukarıdaki çizelgeye göre; hastane türü değişkeni ile stratejik yönetim araçlarını son 5 yıl içerisinde kullanım durumları bağlamında yöneltilen sorulara alınan kamu hastanesi araç kullanım durum yüzdelerini içermektedir. Kamu hastanelerinde çalışan yöneticilerin kamu hastanesine göre karşılaştırmalı stratejik yönetim araçlarını son 5 yıl kullanım durumlarından en fazla kullanılan araçtan en az kullanılan araca doğru sıralama yapılmıştır.

Bu durumda kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı son 5 yıl kullanım durumlarında en yüksek kullandıkları ilk 5 araç sırasıyla; 83,0% ile Toplam Kalite Yönetimi, 76,8% ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, 75,4% ile Kurumsal Karne, 74,1% ile Misyon ve Vizyon İfadeleri ve 73,2% ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol olarak ortaya çıkmıştır.

Yine kamu hastanesi yöneticilerinin stratejik yönetim araçları son 5 yıl kullanım durumlarında en az kullandıkları ilk 5 araca bakılacak olursa; 20,1% ile Küçülme, 27,2% ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, 39,7% ile Büyüme Stratejisi Araçları, 44,2% ile Dış Kaynak Kullanımı ve 49,1% ile Temel Yeterlilik olarak ortaya çıkmıştır.

Alınan bu verilere göre özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarındaki son 5 yıl içerisinde kullanım durumları benzerlikleri incelendiğinde, her iki hastane türünde de; Misyon ve Vizyon İfadeleri, Senaryo ve Acil Durum Planlaması, Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol, Senaryo ve Acil Durum Planlaması ve Toplam Kalite Yönetimi stratejik araçlarının en fazla kullanılan araç türleri olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, Küçülme, İttifak, Birleşme ve Devralmalar, Dış Kaynak Kullanımı, Büyüme Stratejisi Araçları en az kullanılan araç türleri olduğu belirlenmiştir.

- Özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçları son 1 yıl içerisinde kullanım durumları açısından incelendiğinde aşağıdaki durum ortaya çıkmaktadır.

Çizelge 4.131. Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçlarını Son 1 Yıl İçerisinde Kullanım Sıralaması ve Yüzdesi

	Etkin Olarak Kullanıldı	**Hiç Kullanılmadı**	**Sınırlı Olarak Kullanıldı**
Toplam Kalite Yönetimi	44,10%	23,30%	32,60%
Senaryo ve Acil Durum Planlaması	39,30%	23,30%	37,40%
Misyon ve Vizyon İfadeleri	36,10%	28,40%	35,50%
Kurumsal Karne	34,20%	33,90%	31,90%
Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol	33,90%	31,90%	34,20%
İnsan Kaynakları	29,40%	38,30%	32,30%
Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi	29,40%	34,80%	35,80%
Tedarik zinciri yönetimi	28,40%	35,50%	36,10%
İşletme Yetenekleri	28,10%	36,70%	35,10%
Müşteri (Hasta) Bölümlemesi	27,50%	35,10%	37,40%
Büyüme Stratejisi Araçları	24,30%	43,50%	32,30%
Stratejik Planlama	24,30%	29,70%	46,00%
Temel yeterlilik	24,00%	35,10%	40,90%
Kıyaslama	19,20%	42,20%	38,70%
Dış kaynak kullanımı	17,90%	37,10%	45,00%
İttifak, Birleşme ve Devralmalar	12,80%	52,10%	35,10%
Küçülme	7,00%	59,70%	33,20%

Yukarıdaki çizelgeye göre; özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarını son 1 yıl içerisinde kullanım durumlarının sonuçlarını içermektedir. Alınan verilere göre hastanelerde etkin olarak kullanılan 5 araç; %44,10 ile Toplam Kalite Yönetimi, %39,30 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, %36,10 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %34,20 ile Kurumsal Karne ve %33,90 ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol olduğu ortaya çıkmıştır.

Stratejik yönetim araçları kullanımları ile ilgili **Darrell Rigby and Barbara Bilodeau (2017)**'in yaptığı çalışmada %48 ile Stratejik Planlama, %48 ile Müşteri ilişkileri yönetimi, %46 ile Kıyaslama, %40 ile Tedarik zinciri yönetimi, %34 ile Toplam Kalite Yönetimi, %32 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %30 ile Temel yeterlilik, %29 ile Kurumsal Karne, %27 ile Müşteri Bölümlemesi, %25 ile Stratejik İttifaklar, Birleşmeler ve Devralmalar ve %19 Senaryo ve Acil Durum Planlaması Dünya ölçeğinde işletmeler ve yöneticilerince en çok kullanılan stratejik yönetim araçları olmuştur. Bu çalışmanın çok fazla

araç ve çok geniş kitlelere uygulandığı durumu göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızın sonucu gösteriyor ki, Dünya ölçeğinde kullanılmakta olan stratejik yönetim araçlarının çeşitlerine benzerlik göstermektedir.

Yine özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarını son 1 yıl içerisinde sınırlı olarak kullanımda olan ilk 5 araca bakacak olursak; %46,00 ile Stratejik Planlama, %45,00 ile Dış kaynak kullanımı, %40,90 ile Temel yeterlilik (Core Competencies), %38,70 ile Kıyaslama ve %37,40 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması olduğu ortaya çıkmıştır.

Yine özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarını son 1 yıl içerisinde hiç kullanılmayan ilk 5 araca bakacak olursak; % 59,70 ile Küçülme, % 52,10 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, % 43,50 ile Büyüme Stratejisi Araçları, % 42,20 ile Kıyaslama ve % 38,30 İnsan Kaynakları olduğu ortaya çıkmıştır.

Alınan bu verilere göre özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçları kullanımlarındaki son 1 yıl ile 5 yıl aralığına bakıldığında her iki zaman diliminde de kullanılan araçların Toplam Kalite Yönetimi, Senaryo ve Acil Durum Planlaması, Misyon ve Vizyon İfadeleri, Kurumsal Karne ve Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol olduğu ortaya çıkmıştır. Bu da gösteriyor ki hastane yöneticileri geçmişte kullandığı araçları bugün de aynı kararlılıkla kullandıkları ortaya çıkmıştır.

Stratejik yönetim araçları kullanımları ile ilgili **Darrell Rigby and Barbara Bilodeau (2018)**'in yaptığı çalışmada yıllara göre en çok kullanılan ilk 10 stratejik yönetim araç kullanımlarındaki durum aşağıdaki gibidir. Bu araçların yıllara göre dağılımında en iyi 10 araç zaman içinde değişse de Misyon ve Vizyon İfadeleri, Müşteri Memnuniyeti, Toplam Kalite Yönetimi ve Kıyaslama araçları 1993'ten beri kalmaktadır.

Çizelge 4.132. Stratejik Yönetim Araçlarının Yıllara Göre Sıralaması

	1993	2000	2014	2017
1	**Misyon ve Vizyon İfadeleri (% 88)**	Stratejik Planlama (% 76)	Müşteri İlişkileri Yönetimi (% 46)	Stratejik Planlama (% 48)
2	**Müşteri Memnuniyeti (% 86)**	**Misyon ve Vizyon İfadeleri (% 70)**	**Kıyaslama (% 44)**	Müşteri İlişkileri Yönetimi (% 48)
3	**Toplam Kalite Yönetimi (% 72)**	**Kıyaslama (% 69)**	Çalışan Katılımı Anketleri (% 44)	**Kıyaslama (% 46)**
4	Rakip Profilleme (% 71)	Dış Kaynak Kullanımı (% 63)	Stratejik Planlama (% 44)	Gelişmiş Analitik (% 42)
5	**Kıyaslama (% 70)**	**Müşteri Memnuniyeti (% 60)**	Dış Kaynak Kullanımı (% 41)	Tedarik Zinciri Yönetimi (% 40)
6	Performans Ödemesi (% 70)	Büyüme Stratejileri (% 55)	Dengeli Puan Kartı (% 38)	**Müşteri Memnuniyeti (% 38)**
7	Yeniden yapılanma (% 67)	Stratejik İttifaklar (% 53)	**Misyon ve Vizyon İfadeleri (% 38)**	Değişim Yönetimi Programları (% 34)
8	Stratejik İttifaklar (% 62)	Performans Ödemesi (% 52)	Tedarik Zinciri Yönetimi (% 36)	**Toplam Kalite Yönetimi (% 34)**
9	Çevrim Süresi Azaltma (% 55)	Müşteri Bölümlendirme (% 51)	Değişim Yönetimi Programları (% 34)	Dijital Dönüşüm (% 32)
10	Kendi Kendini Yöneten Takımlar (% 55)	Temel Yetkinlikler (% 48)	Müşteri Bölümlendirme (% 30)	**Misyon ve Vizyon İfadeleri (% 32)**

Kaynak: Darrell Rigby and Barbara Bilodeau (2018) Management Tools & Trends, Bain & Company ss. 1-16

Yaptığımız çalışma da Dünya ölçeğinde ki kullanılan stratejik araç çeşitlerine Ülkemiz hastane yöneticilerince en fazla kullanılan Toplam Kalite Yönetimi ve Misyon ve Vizyon İfadeleri araçları ile benzerlik göstermiş ve kullanımı değişmeyen araç statüsündeki genellemeye dahil olmuştur.

Yine özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçları kullanımlarındaki son 1 yıl ile 5 yıl aralığına bakıldığında her iki zaman diliminde de kullanılmayan araçların Küçülme, İttifak, Birleşme ve Devralmalar, Büyüme Stratejisi Araçları, İnsan Kaynakları olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durumda kamu ve özel hastane yöneticilerinin geçmişte kullanmadıkları stratejik yönetim araçlarını bugünde kullanmadıkları ortaya çıkmıştır.

- Araştırmaya katılanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının ortaya koyan ifadelere katılım düzeylerine bakıldığında aşağıdaki durum ortaya çıkmaktadır.

Çizelge 4.133. Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçları Kullanımına İlişkin Bakış Açıları

İfadeler	**İfadeye Katılım Düzeyi**
İş başarısında örgüt kültürü, strateji kadar önemli bir faktördür	Yüksek
Hasta veya hasta yakınlarının görüşlerine yeterli önemin verilmemesi performansımıza zarar verecektir.	Yüksek
Hastanemizin gelişimi açısından yenilikçi faaliyetler çok önemlidir	Çok Yüksek
Yenilikçi faaliyetler ile hastanemizin tüm çalışanları aktif şekilde ilgilidir	Yüksek
Kararlarımızı kısa vadeli mali getirilere göre alırız	Orta
Karar alırken geleceğe yönelik olası değişiklikleri hesaba katarız	Yüksek
Değişime uyum sağlayabiliyor olmamız bize önemli bir rekabet avantajı sağlamaktadır	Yüksek
Çalışanlarımıza ve hastalarımıza kendimizi daha iyi tanıtmak için onlarla hayallerimizi paylaşırız	Yüksek
Uzun vadeli kararlar alırken üst düzey yönetimin düşüncelerini en ön sırada tutarız	Yüksek
Üst yöneticilerimiz kazanımlarını artırabilmek için daha yüksek riskler almaktan kaçınmazlar	Orta
Hastanemiz için gerekli olan mal ve hizmetlerin tedarikinde seçici davranırız	Çok Yüksek
Hastanemiz tüm faaliyetlerini kendi başına gerçekleştirebilecek bir yapıya sahiptir	Yüksek
Hastanemiz sahip olduğu yeteneklerin farkında olarak faaliyet göstermektedir	Yüksek
Performans değerlendirme sürecinin temelini çalışanlarımızın performansı oluşturmaktadır	Yüksek
Hastanemiz ihtiyaç duyduğu alanlarda dış kaynak kullanımına gitmekte bir sakınca görmemektedir	Yüksek
Karlılığımızı olumsuz etkilese bile sürdürülebilirliğe yönelik çalışmalarımıza devam ederiz	Yüksek
Günümüzde müşterilerin markaya olan sadakati eskiden olduğunda daha azdır	Orta
Bugünün pazar liderlerinin 5 yıl sonrasında da hala lider olması beklenmektedir	Orta
Önümüzdeki üç yıl içinde maliyetlerimizi azaltmaktan ziyade gelirlerimizi artırmaya odaklanacağız	Yüksek
Sektörümüzde ekonomik koşulların iyileştiği hissediliyor	Orta

Araştırmaya katılanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının ortaya koyan ifadelerde en yüksek değerli ortalamanın “Hastanemizin gelişimi açısından yenilikçi faaliyetler çok önemlidir” (*Ort*.=4.38) ifadesine en düşük ortalamanın ise, “Kararlarımızı kısa vadeli mali getirilere göre alırız” ifadesine ait olduğu görülmüştür (*Ort*.=2.64).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırma, Orta Karadeniz Bölgesinde yer alan iller ve bu illere bağlı ilçelerde hizmet veren kamu ve özel hastanelerde çalışan yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda, 224 kamu hastanesi ile 89 özel hastane olmak üzere toplam 313 kişi üzerinde anket yöntemine başvurulmuştur.

Çalışma sonucunda yapılan testler ve testlerin analizi sonrası aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Araştırmaya katılan kişilerin demografik açıdan sonuçları:

Araştırmaya katılanların % 70.9'unun erkek, % 29.1'inin kadın olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılanların % 9.9'unun (31 kişi) 30 ve altı yaş grubu, % 16.3'ünün (51 kişi) 31-35 yaş grubu, % 19,8'inin (62 kişi) 36-40 yaş grubu, % 26.5'inin (83 kişi) 41-45 yaş grubu; % 11.8'inin (37 kişi) 46-50 yaş grubu ve % 15,7' sinin (49 kişi) ise 51 ve üzeri yaş grubunda olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılanların % 0.6'sının lise; % 2.6'sının doktora; % 7'sinin Önlisans; % 16.6'sının yüksek lisans; % 40.6'sının 4 yıllık fakülte veya yüksekokul; % 21.4'ünün tıpta uzmanlık ve %11.2'sinin 6 yıllık fakülte mezunu olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılanların % 28.4'ünün özel; % 71.6'sının kamu hastanesinde çalıştıkları ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılanların % 1'inin (3 kişi) başhemşire yardımcısı; % 6.4'ünün (20 kişi) başhemşire; % 27.8'inin müdür yardımcısı; % 25.9'unun müdür veya genel müdür; % 19.5'inin başhekim yardımcısı ve % 19.5'inin (61 kişi) başhekim olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılanların % 13.7'sinin 1-5 yıldır; % 15.3'ünün 6-10 yıldır; % 16.9'unun 11-15 yıldır; % 16.9'unun 16-20 yıdır ve % 37.1'inin 21 yıl ve üzeri yıldır toplam çalışma süresine sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılanların % 42.5'inin 1-5 yıl; % 24.3'ünün 6-10 yıl; % 20.1'inin 11-15 yıl; % 3.8'inin 16-20 yıl ve % 9.3'ünün 21 yıl ve üzeri yıl hastane çalışma süresine sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılanların alma durumlarına baktığımızda % 41.2'sinin stratejik yönetim eğitimi aldığı; % 58.8'inin ise almadığı ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılanların % 62'si çevresindeki hastanelerde rekabetin olduğunu; % 38'i ise rekabetin olmadığını ifade ettiği ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılanların % 38.7'si çevresinde hiç hastane olmadığını; ancak % 13.4'ü 1 hastane; % 15.7'si 2 hastane ve % 32.3'ü ise 3 ve daha fazla hastane olduğunu ifade etmişlerdir.

- Araştırmanın hipotezlerinin test sonuç açıklamaları aşağıdaki gibidir.

Hastane Türü değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının kamu hastanelerinde çalışan yöneticilerde daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Hastane Türü** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F=9.296, p=0.65).

Cinsiyet değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının kadınlarda daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Cinsiyet** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F=0.006, p=0.08).

Yaş değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının 46-50 yaş grubu yöneticilerde daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla ANOVA analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Yaş** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=2.739, p=0.01). Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi için yapılan Hochberg's GT2

test sonuçlarında; 30 yaş ve altı yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile 41-45 ve 46-50 yaş grubu yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları arasında fark olduğu görülmüştür.

Eğitim Durumu değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının yüksek lisans mezunu yöneticilerde daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla ANOVA analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Eğitim Durumu** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=3.830, p=0.00). Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi için yapılan Hochberg's GT2 test sonuçlarında; tıpta uzmanlık bölüm mezunları ile yüksek lisans ve 4 yıllık fakülte veya yüksekokul mezunu olanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları arasında fark olduğu görülmüştür.

Unvan değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının müdür veya genel müdürlerde daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla ANOVA analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Unvan** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=4.094, p=0.00). Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi için yapılan Hochberg's GT2 test sonuçlarında; müdür veya genel müdürlerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile başhekim ve başhekim yardımcılarının stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları arasında fark olduğu görülmüştür.

Toplam Çalışma Süresi değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının 21 yıl ve üzeri yıllık çalışma süresine sahip olanlarda daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla ANOVA analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Toplam Çalışma Süresi** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=4.948, p=0.00). Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi için yapılan Hochberg's GT2 test sonuçlarında; 1-5 yıllık toplam çalışma süresine sahip olanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile 21 yıl ve üzeri toplam çalışma süresine sahip olanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları arasında fark olduğu görülmüştür.

Hastanedeki çalışma süresi değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının 11-15 yıllık ve 16-20 yıllık çalışma süresine sahip olanlarda daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla ANOVA analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Hastanedeki çalışma süresi** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F=4.521, p=0.00). Ortaya çıkan bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilmesi için yapılan Hochberg's GT2 test sonuçlarında; 1-5 yıllık hastane çalışma süresine sahip olanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile 21 yıl ve üzeri hastane çalışma süresine sahip olanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları arasında fark olduğu görülmüştür.

Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının stratejik yönetim eğitimi alanlarda daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Stratejik Yönetim Eğitimi Alma Durumu** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F=0.144, p=0.34).

Hastanenin Bulunduğu Çevredeki Rekabet Durumu değişkenine göre stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının görev yapılan hastanenin çevresinde rekabetin olduğunu ifade eden yöneticilerde daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda **Hastanenin Bulunduğu Çevredeki Rekabet Durumu** değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F=0.672, p=0.46).

Yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanenin bulunduğu çevredeki hastanelerin sayısı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre, korelasyon katsayısı negatif olduğundan ötürü yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açıları ile hastanenin bulunduğu çevredeki hastane sayısı arasında ters ilişki vardır. Bu bağlamda, hizmet verilen çevredeki hastane sayısı arttıkça, yöneticilerin stratejik yönetim araçlarını kullanmaya ilişkin bakış açıları aynı oranda azalış gösterecektir.

Araştırmada katılımcıların stratejik yönetim eğitimi alma durumu ile stratejik yönetim araçları ile ilgili bilgi sahipliği arasındaki ilişkinin test edilmesinde çıkan sonuçlara göre;

Stratejik planlama aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 64.75, p= .00$).

Kurumsal yönetişim ve müşteri ilişkileri yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 55.01, p= .00$).

Dış kaynak kullanımı aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 22.80, p= .00$).

Kurumsal karne aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 27.38, p= .00$).

Müşteri (hasta) bölümlemesi aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 35.56, p= .00$).

Temel yeterlilik aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 23.28, p= .00$).

İttifak, birleşme ve devralmalar aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 44.56, p= .00$).

Tedarik zinciri yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 35.33, p= .00$).

Bilgi yönetimi, değerlendirme ve kontrol aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 19.11, p= .00$).

Büyüme stratejisi araçları hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 39.47, p= .00$).

Toplam kalite yönetimi aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 10.52, p= .00$).

Küçülme aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 59.76, p= .00$).

Stratejik insan kaynakları aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 36.57, p= .00$).

Kıyaslama aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 43.88, p= .00$).

İşletme yetenekleri aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 50.23, p= .00$).

Senaryo ve acil durum planlaması aracı hakkında bilgi sahipliği ile stratejik yönetim eğitimi alma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan ki-kare (chi-square) testi sonucunda, söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($\chi 2(1, N=313)= 16.81, p= .00$).

Özel hastanede çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı bilgi düzeyinde en iyi oldukları ilk 5 araç sırasıyla; %91 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %84,30 ile Stratejik Planlama, %82,00 ile Toplam Kalite Yönetimi, %80,90 ile Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi, %79,80 Müşteri (Hasta) Bölümlemesi olduğu ortaya çıkmıştır. Yine özel hastane yöneticilerinin stratejik yönetim araçları bilgi düzeyinde en az oldukları ilk 5 araca bakılacak olursa; %52,80 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %58,40 ile Büyüme Stratejisi Araçları, %59,60 ile Küçülme, %61,80 Dış kaynak kullanımı, %64,00 ile Kurumsal Karne olduğu ortaya çıkmıştır.

Kamu hastanelerinde çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı bilgi düzeyinde en iyi oldukları ilk 5 araç sırasıyla; %87,90 ile Toplam Kalite Yönetimi, %85,70 ile Kurumsal Karne, %85,30 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, %83,90 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %79,90 ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol olduğu ortaya çıkmıştır. Yine kamu hastanesi yöneticilerinin stratejik yönetim araçları bilgi düzeyinde en az oldukları ilk 5 araca bakılacak olursa; %48,20 ile Küçülme, %50,40 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %58,00 ile Büyüme Stratejisi Araçları, %60,70 Dış kaynak kullanımı, %61,60 ile İşletme Yetenekleri olduğu ortaya çıkmıştır.

Özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarındaki bilgi düzey benzerlikleri incelendiğinde, her iki hastane türünde de Toplam Kalite Yönetimi ile Misyon ve Vizyon İfadeleri araçları hastane yöneticilerince en fazla bilinen stratejik yönetim aracı olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun yanında Dış kaynak kullanımı, Büyüme Stratejisi Araçları, İttifak, Birleşme ve Devralmalar ve Küçülme stratejik yönetim araçları her iki hastane türünde de en az bilinen araç olduğu ortaya çıkmış ve büyük benzerlik göstermiştir.

Özel hastanelerde çalışan yöneticilerin kamu hastanesine göre karşılaştırmalı stratejik yönetim araç kullanım memnuniyet düzeylerinden en fazla bilgi sahibi olunan araçtan en az bilgi sahibi olunan araca doğru sıralama yapılmıştır. Bu durumda özel hastanede çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı kullanım memnuniyet düzeyinde en yüksek oldukları ilk 5 araç sırasıyla; %77,50 ile Toplam Kalite Yönetimi, %76,40 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %76,40 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, %75,20 ile Stratejik Planlama, %72,00 ile Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi olarak ortaya çıkmıştır. Yine özel hastane yöneticilerinin stratejik yönetim araçları kullanım memnuniyet düzeyinde en az oldukları ilk 5 araca bakılacak olursa; %45,80 ile Küçülme, %ile 48,30 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %58,40 ile Kıyaslama, %63,40 ile Tedarik zinciri yönetimi, %64,00 ile Kurumsal Karne olduğu ortaya çıkmıştır.

Kamu hastanelerde çalışan yöneticilerin özel hastaneye göre karşılaştırmalı stratejik yönetim araç kullanım memnuniyet düzeylerinden en fazla bilgi sahibi olunan araçtan en az bilgi sahibi olunan araca doğru sıralama yapılmıştır. Bu durumda kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı kullanım memnuniyet düzeyinde en yüksek oldukları ilk 5 araç sırasıyla; %76,40 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %72,80 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, %72,40 Toplam Kalite Yönetimi, %70,10 ile Stratejik Planlama, %68,70 ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol olduğu ortaya çıkmıştır. Yine kamu hastanesi yöneticilerinin stratejik yönetim araçları kullanım memnuniyet düzeyinde en az oldukları ilk 5 araca bakılacak olursa; %40,20 ile Küçülme, %42,80 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %52,30 ile Kıyaslama, %53,60 ile Dış kaynak kullanımı, %58,40 Müşteri (Hasta) Bölümlemesi olarak ortaya çıkmıştır.

Alınan bu verilere göre özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarındaki kullanım memnuniyet düzey benzerlikleri incelendiğinde, her iki hastane türünde de Toplam Kalite Yönetimi ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, Senaryo ve Acil Durum Planlaması ve

Stratejik Planlama araçları hastane yöneticilerince en fazla kullanımından memnuniyet duydukları stratejik yönetim araçları olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun yanında, Kıyaslama, İttifak, Birleşme ve Devralmalar ve Küçülme stratejik yönetim araçları kullanım memnuniyetleri her iki hastane türünde de en az memnun olunan araçlar olduğu ortaya çıkmış ve her iki memnun ve memnun olmama durumunda büyük benzerlik göstermiştir.

Özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarını son 5 yıl içerisinde kullanım durumlarının sonuçlarını içermektedir. Verilere göre hastanelerde kullanılan en fazla 5 araç; %80,2 ile Toplam Kalite Yönetimi, %76,7 Misyon ve Vizyon İfadeleri, %76,4 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, %74,4 ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol, %70,00 ile Kurumsal Karne olduğu ortaya çıkmıştır. Yine özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarını son 5 yıl içerisinde kullanım durumlarında en az olan 5 araca bakacak olursak; %21,4 ile İnsan Kaynakları, %21,4 Küçülme, %33,5 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %42,5 ile Büyüme Stratejisi Araçları, %47,00 ile de Dış kaynak kullanımı olduğu ortaya çıkmıştır.

Özel hastanelerde çalışan yöneticilerin kamu hastanesine göre karşılaştırmalı stratejik yönetim araçlarını son 5 yıl kullanım durumlarından en fazla kullanılan araçtan en az kullanılan araca doğru sıralama yapılmıştır. Bu durumda özel hastanede çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı son 5 yıl kullanım durumlarında en yüksek kullandıkları ilk 5 araç sırasıyla; 83,1% ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, 77,5% ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol, 76,4% ile Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi, 75,3% ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması ve 73,0% ile Toplam Kalite Yönetimi olarak ortaya çıkmıştır. Yine özel hastane yöneticilerinin stratejik yönetim araçları son 5 yıl kullanım durumlarında en az kullandıkları ilk 5 araca bakılacak olursa; 24,7% ile Küçülme, 49,4% ile Büyüme Stratejisi Araçları, 49,4% ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, 53,9% ile İşletme Yetenekleri ve 53,9% ile Dış kaynak kullanımı olduğu ortaya çıkmıştır.

Kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı son 5 yıl kullanım durumlarında en yüksek kullandıkları ilk 5 araç sırasıyla; 83,0% ile Toplam Kalite Yönetimi, 76,8% ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, 75,4% ile Kurumsal Karne, 74,1% ile Misyon ve Vizyon İfadeleri ve 73,2% ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol olarak ortaya çıkmıştır. Yine kamu hastanesi yöneticilerinin stratejik yönetim araçları son 5 yıl kullanım durumlarında en az kullandıkları ilk 5 araca bakılacak olursa; 20,1% ile Küçülme, 27,2% ile

İttifak, Birleşme ve Devralmalar, 39,7% ile Büyüme Stratejisi Araçları, 44,2% ile Dış Kaynak Kullanımı ve 49,1% ile Temel Yeterlilik olarak ortaya çıkmıştır.

Alınan bu verilere göre özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarındaki son 5 yıl içerisinde kullanım durumları benzerlikleri incelendiğinde, her iki hastane türünde de; Misyon ve Vizyon İfadeleri, Senaryo ve Acil Durum Planlaması, Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol, Senaryo ve Acil Durum Planlaması ve Toplam Kalite Yönetimi stratejik araçlarının en fazla kullanılan araç türleri olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, Küçülme, İttifak, Birleşme ve Devralmalar, Dış Kaynak Kullanımı, Büyüme Stratejisi Araçları en az kullanılan araç türleri olduğu belirlenmiştir.

Hastanelerde etkin olarak kullanılan 5 araç; %44,10 ile Toplam Kalite Yönetimi, %39,30 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, %36,10 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %34,20 ile Kurumsal Karne ve %33,90 ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol olduğu ortaya çıkmıştır.

Özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarını son 1 yıl içerisinde sınırlı olarak kullanımda olan ilk 5 araca bakacak olursak; %46,00 ile Stratejik Planlama, %45,00 ile Dış kaynak kullanımı, %40,90 ile Temel yeterlilik (Core Competencies), %38,70 ile Kıyaslama ve %37,40 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması olduğu ortaya çıkmıştır. Yine özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçlarını son 1 yıl içerisinde hiç kullanılmayan ilk 5 araca bakacak olursak; % 59,70 ile Küçülme, % 52,10 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, % 43,50 ile Büyüme Stratejisi Araçları, % 42,20 ile Kıyaslama ve % 38,30 İnsan Kaynakları olduğu ortaya çıkmıştır.

Alınan bu verilere göre özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçları kullanımlarındaki son 1 yıl ile 5 yıl aralığına bakıldığında her iki zaman diliminde de kullanılan araçların Toplam Kalite Yönetimi, Senaryo ve Acil Durum Planlaması, Misyon ve Vizyon İfadeleri, Kurumsal Karne ve Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol olduğu ortaya çıkmıştır. Bu da gösteriyor ki hastane yöneticileri geçmişte kullandığı araçları bugün de aynı kararlılıkla kullandıkları ortaya çıkmıştır.

Özel ve kamu hastanelerinin stratejik yönetim araçları kullanımlarındaki son 1 yıl ile 5 yıl aralığına bakıldığında her iki zaman diliminde de kullanılmayan araçların Küçülme,

İttifak, Birleşme ve Devralmalar, Büyüme Stratejisi Araçları, İnsan Kaynakları olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durumda kamu ve özel hastane yöneticilerinin geçmişte kullanmadıkları stratejik yönetim araçlarını bugünde kullanmadıkları ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılanların stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının ortaya koyan ifadelerde en yüksek değerli ortalamanın "Hastanemizin gelişimi açısından yenilikçi faaliyetler çok önemlidir" (*Ort*.=4.38) ifadesine en düşük ortalamanın ise, "Kararlarımızı kısa vadeli mali getirilere göre alırız" ifadesine ait olduğu görülmüştür (*Ort*.=2.64).

Öneriler

- Yapılan araştırma sonuçlarından elde edilen veriler ışığında önerilerde bulunulacak olunursa;

Yapılan çalışmada "stratejik yönetim eğitimi aldınız mı?" sorusuna katılımcılar 129 evet 184 hayır cevabını vermişlerdir. Gelecekte stratejik yönetim konusunda yöneticilerin eğitim ihtiyaçlarını, uygulanılıp veya uygulanılamayışının nedenlerini, eğitimi alamama durum nedenini araştıran bir çalışma yapılabilir.

Yapılan çalışmada "hastane çevresinde rekabet var mı?" sorusuna katılımcılar 194 rekabet vardır 119 rekabet yoktur cevabını vermişlerdir. Rekabetin yüksek olduğu düşüncesinin var olduğu hastane yöneticilerinin bu fikre kapılmalarındaki nedenin ne olduğu, rekabet açısından ne gibi çalışmalar yapıldığı, hastanelerinin rekabetten etkilenmemek için hangi stratejik yöntemi kullanıldığı hakkında bir araştırma yapılabilir.

Stratejik yönetim araçlarının hastane yöneticilerince kullanımlarının işletme mantığına haiz olması beklenen özel hastanede bilgi düzeyi az olan araçlar için yöneticilerin bilgi düzeylerinde bir eksiklik olduğu düşüncesini doğurmuştur. Bu açıdan kullanmaları gereken bu araçlar hakkında bilgi düzeylerinin bu kadar düşük olmasının sebebi kullanmamaları mı yoksa kullanıp da tanımını mı yapamıyor olduklarına ilişkin bir araştırma yapılabilir.

Stratejik yönetim araçlarına ilişkin yapılan bu çalışma benzeri Ülkemizin başka bir bölge veya bölümde yapılarak karşılaştırmaya gidilebilir.

Özel hastane yöneticilerinin stratejik yönetim araç bilgi düzeyinde en az olan araçlar %52,80 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %58,40 ile Büyüme Stratejisi Araçları, %59,60 ile Küçülme, %61,80 Dış kaynak kullanımı, %64,00 ile Kurumsal Karne olarak bulunmuştur. Bu araçların işletme yapısında çok önemli bir yere sahip olduğu düşünülürse bu stratejik yönetim araçlarının bilgi düzeylerinin giderilmesi gerekmektedir. Bu araçların bilgi düzeylerinin neden düşük olduğuna ilişkin araştırma yapılabilir ve mevcut bulunan bu düşük düzeyi gidermeye yönelik çalışmalar yapılabilir.

Kamu hastanesi yöneticilerinin stratejik yönetim araçları bilgi düzeyinde en az olan araçlar %48,20 ile Küçülme, %50,40 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %58,00 ile Büyüme Stratejisi Araçları, %60,70 Dış kaynak kullanımı, %61,60 ile İşletme Yetenekleri olarak bulunmuştur. Burada belirlenen bu araçların kamu hastanesi yöneticilerince bilinmemesi durumu ileride yapılacak bir araştırma ile neden bilinmediği ortaya konulabilir.

Özel hastane yöneticilerinin stratejik yönetim araçları kullanım memnuniyet düzeyinde en az oldukları %45,80 ile Küçülme, %ile 48,30 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %58,40 ile Kıyaslama, %63,40 ile Tedarik zinciri yönetimi, %64,00 ile Kurumsal Karne araçları araştırma sonucunda elde edilmiştir. Elde edilen bu araştırma sonucu ışığında bu araçların kullanım memnuniyetini engelleyen durumların neler olduğuna ilişkin bir araştırma yapılabilir.

Kamu hastanesi yöneticilerinin stratejik yönetim araçları kullanım memnuniyet düzeyinde en az olan arçlar %40,20 ile Küçülme, %42,80 ile İttifak, Birleşme ve Devralmalar, %52,30 ile Kıyaslama, %53,60 ile Dış kaynak kullanımı, %58,40 Müşteri (Hasta) Bölümlemesi olarak belirlenmiştir. Bu araçların kamu hastanei yöneticilerince az kullanım memnuniyetini engelleyen durumlara ilişkin bir araştırma yapılarak bunun nedenini ortaya konulabilir.

Stratejik yönetim aracı bilgi düzeyinde kamu hastanesi yöneticilerinin en iyi olunan araçlar %87,90 ile Toplam Kalite Yönetimi, %85,70 ile Kurumsal Karne, %85,30 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, %83,90 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %79,90 ile Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol olarak belirlenmesinden dolayı bu araçlar hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olmasının nedenin ne olduğu konusunda araştırma yapılabilir.

Özel hastanede çalışan yöneticilerin stratejik yönetim aracı kullanım memnuniyet düzeyi açısından en yüksek olan araçlar %77,50 ile Toplam Kalite Yönetimi, %76,40 ile Misyon ve Vizyon İfadeleri, %76,40 ile Senaryo ve Acil Durum Planlaması, %75,20 ile Stratejik Planlama, %72,00 ile Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi olarak belirlenmiştir. Bu araçların kullanımlarında neden bu kadar memnun olduklarına ilişkin bir araştırma yapılabilir.

Özel ve kamu hastanelerinin her ikisinin de Toplam Kalite Yönetimi, Senaryo ve Acil Durum Planlaması, Misyon ve Vizyon İfadeleri, Kurumsal Karne ve Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol stratejik yönetim araçlarında kullanımlarındaki son 1 yıl ile 5 yıl kullanılan araçların aynı olduğu verisine göre, bu araçları istikrarlı kullanımlarındaki nedenin ne olduğu araştırması yapılabilir.

Özel ve kamu hastanelerinin her ikisinin de Küçülme, İttifak, Birleşme ve Devralmalar, Büyüme Stratejisi Araçları, İnsan Kaynakları stratejik yönetim araçlarında kullanımlarındaki son 1 yıl ile 5 yıl kullanılmayan araçların aynı olduğu verisine göre, bu araçların kullanılmamasındaki sebebin ne olduğu, hastane politikası açısından edinilmeyen bir beceri mi olduğuna ilişkin araştırma yapılabilir.

Özel hastane ile kamu hastanesini en fazla kullandıkları araçlar ile en az kullandıkları araçlar birbirine benzer olduğu görülmektedir. Kamu hastanesinin devlet politikalarından ve yönetsel bazda bağımlılık düzeyleri özel hastanelere göre daha fazla olduğu gerçeği düşünülürse özel hastane yöneticileri ve sermayederlerinin ellerinde bulundurukları serbestisi ve küçük yapıdaki yönetimi yeterince faydaya çeviremediği ve farklılık ortaya koyamadığı anlaşılmaktadır. Kamu hastanelerinin bağlı olduğu Sağlık Bakanlığının merkezi yönetim otoritesi gözetildiğinde bir özel hastane yönetimi kadar stratejik yönetim bakışı elde ettiği anlaşılmaktadır. Her iki hastane türünde de stratejik yönetim araçlarında bilişsel eksiklik olduğu kanısı oluşmaktadır. Örneğin stratejik insan kaynakları yönetimi aracından yola çıkarsak eğer, özel hastanelerin çalıştırdıkları hekimlerin çoğu ün yapmış, başarı sahibi ve faaliyet gösterdikleri ilde eksikliği görülen bir sağlık dalında transfer yapılarak hastanelerinde o hekimi çalıştırmaktadırlar. Bu insan kaynağı edinimini sürekli yapmaları ve en çok kullandıkları araç türü olmasına rağmen bu aracı kullanmadıklarını belirtmektedirler. Bu durumda da stratejik yönetim ve araçlarından bilgi düzeyi açısından eksik durumda oldukları anlaşılmaktadır. Bu durumdan yola çıkılarak hizmet içi eğitim veya dışarıdan eğitimlerle bu eksikliklerini gidermeleri gerekmektedir. Diğer taraftan edinecekleri stratejik yönetim eğitimi edinimiyle daha etkili stratejiler ortaya koyarak sağlık yöneticileri yönetim tarzlarına yöntemler geliştirmiş olacaklardır.

Sağlık bakanlığının güdümünde olduğu hastanelerde kurmaya çalıştığı bir yönetim şekli varsa veya eksik olan bir yanını tamamlamaya yönelik araştırması yapılan bu

çalışmanın sonuçlarından yararlanarak düzenlemeye gidebilir veya bilgilenmede bulunabilir.

Özel hastane sahipleri hastanelerinde ki yöneticilerinin stratejik yönetim konusu ile alakalı mevcut durumlarının ne olduğuna ilişkin bir çıkarımda bulunabilir, uygulamak istedikleri bir yönetim tarzı varsa başarılı olup olmadıklarına ilişkin bir çıkarımda bulunabilirler. Yine bu çalışma farkında olmadıkları bir konu hakkında hastane sahiplerince bir farkındalık oluşturabilir değişim dönüşüm için bir fırsat olabilir.

Stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının ifadelerinden olan "hastanemizin gelişimi açısından yenilikçi faaliyetler çok önemlidir" ifadesi çok yüksek bir katılım gösterdiğinden bu ifadenin hastaneler açısından uygulanma durumu, yüzdesi ve biçimi açsından bir araştırma yapılabilir.

Stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının ifadelerinden olan "hastanemiz için gerekli olan mal ve hizmetlerin tedarikinde seçici davranırız" ifadesi çok yüksek bir katılım gösterdiğinden bu ifadenin oluşmasına neden olan durumu bulmak için stratejik yönetim araçlarından tedarik zinciri yönetimi aracı ile bir araştırma yapılabilir.

Stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının ifadelerinden olan "kararlarımızı kısa vadeli mali getirilere göre alırız" ifadesi orta düzeyde bir katılım gösterdiğinden bu ifadenin katılımının az olmasının sebebi, hastane yöneticilerinin stratejik mali planlarını uzun zamana yayarak mı yapmakta oldukları düşüncesini doğurmaktadır. Bu ifadeye bir araştırma yaparak cevap bulabilirler.

Stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının ifadelerinden olan "üst yöneticilerimiz kazanımlarını artırabilmek için daha yüksek riskler almaktan kaçınmazlar" ifadesi orta düzeyde bir katılım gösterdiğinden yöneticilerin tavırlarının çalışan alt kademe yöneticiler tarafından risk almaktan kaçındıkları düşüncesini ortaya çıkarmıştır. Bu ifadeye göre gelecekte risk faktörleri açısından bir çalışma yaparak yöneticilerin risk konusuna yaklaşımlarının tam olarak ne durumda olduklarına ilişkin çıkarımda bulunulabilir.

Stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının ifadelerinden olan "günümüzde müşterilerin markaya olan sadakati eskiden olduğunda daha azdır" ifadesi orta

düzeyde bir katılım gösterdiğinden, hizmet alan müşteriler ile yöneticilerin marka konusundaki düşünceleri kapsamında bir çalışma yapılarak bu ifadenin nedenselliği üzerine bir çıkarımda bulunulabilir.

Stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının ifadelerinden olan "bugünün pazar liderlerinin 5 yıl sonrasında da hala lider olması beklenmektedir" ifadesi orta düzeyde bir katılım gösterdiğinden, ifadenin tekrarlanır olup olmadığını, ifadeye neden olan faktörlerin neler olduğuna ilişkin bir araştırma yapılabilir.

Stratejik yönetim araçları kullanımına ilişkin bakış açılarının ifadelerinden olan "sektörümüzde ekonomik koşulların iyileştiği hissediliyor" ifadesi orta düzeyde bir katılım gösterdiğinden, ifadeye neden olan ekonomik şekillenmelerin boyutları incelenerek bir çıkarımda bulunulabilir.

Çalışmada elde edilen unvan kısmında ki verilerde, yüksek lisans ve 4 yıllık fakülte veya yüksekokul mezunu gurubunda yer alan katılımcıların Tıpta Uzmanlık grubunda yer alan katılımcılara göre daha fazla stratejik yönetimi aracı kullandıklarını ortaya koymuştur. Hastanelerin en yüksek kademedeki yöneticileri olan başhekim ve yardımcılarının tıpta uzmanlık eğitimi aldıkları durumu biliniyor iken stratejik yönetim araçlarını bir alt kademe hastane yöneticilerinin kullanmaları, onların da yüksek lisans ve 4 yıllık fakülte veya yüksekokul mezunu gurubunda yer aldıkları anlaşılmaktadır. Bu durumda başhekim ve yardımcılarının stratejik yönetim araçlarını kullanmadan mı hastaneyi yönetiyorlar yoksa kullandıklarının farkında mı değiller sorusu akla gelmektedir. Dahası en üst yönetici vasfında olan kişilerin liyakat karinesi gözetilmeden üst yöneticilik makamına getirildiği düşüncesi oluşmaktadır. Demir (2015:107)'in yaptığı araştırma sonucuna benzer kanaatler oluşmuş ve bunun önüne geçmek adına Sağlık Bakanlığının çalışma yapması, hekim kimliğindeki kişiler kendileri ile alakalı yönetim kademesinde sınırlı tutulmalı veya gerekli eğitimleri aldıktan sonra yöneticilik makamına getirilmesi yoluna gidilebilir. Yönetim, sosyal bilimlerin can damarı konumu ve konusudur. Sosyal bilimlerden oldukça uzakta olan bu kişilerden stratejik yönetim eğilimi ve yüksek düzeyde performans beklemek doğru olmayacaktır. Bu açıdan gelecekte yapılacak çalışmalar için stratejik insan kaynakları adına bir araştırma başlığına bu ayrım dahil edilerek araştırma yapılabilir.

Araştırmaya göre, 41-45 ve 46-50 yaş gurubunda yer alan katılımcıların 30 yaş ve altı grubunda yer alan katılımcılara göre daha fazla stratejik yönetimi aracı kullandıklarını ortaya koymaktadır. Bu durumda yaş ilerledikçe stratejik yönetim araçları ile alakalı farkındalık daha arttığı gözlemlenmektedir. Yaş durumuna ilişkin olarak daha detaylı bir araştırma yapılarak stratejik yönetim durumundaki bu farklılığın nedeni ortaya konulabilir.

Yine, 21 yıl ve üzeri toplam çalışma süresine sahip olanların 1-5 yıl toplam çalışma süresine sahip olanlara göre daha fazla stratejik yönetimi aracı kullandıklarını ortaya koymaktadır. Bu durumunda yöneticilerin toplam çalışma süreleri arttıkça stratejik yönetim araçlarını kullanımları artmaktadır. Araştırma da gösteriyor ki çalışma süresi durumu yaş farklılığını destekler konumdadır. İleride ki araştırma içerisinde yeni yetişen yöneticilerin yeterli bilgi donanıma sahip olmadığı geçmişteki yöneticilerin konulara daha hakim olduğu düşüncesini akla getirmektedir. Bunu sağlayan etmenler gözden geçirilerek nedenleri ortaya koyan bir çalışma yapılabilir.

Stratejik yönetime ilişkin yöneticilerin akademik teori açısından bilgilerinin az oluşu nedeniyle, stratejik yönetim araçları kullanımları hakkındaki farkındalıkları da yeteri kadar olmadıkları anlaşılmaktadır. Bu da gösteriyorki, alana özgü stratejik uygulamalar teori açısından çok zayıf olduğunu ortaya koyarken, strateji uygulama ve geliştirme hususunda yöneticinin ne yaptığına ilişkin yeterli değerlendirmede bulunamadığı anlaşılmaktadır.

Yönetsel dürtüler ile yetenek bazlı davranışlar süzgecinde hareket edilen stratejik uygulamalar tümleşik, detaycı ve yapısalcı bir yaklaşım ortaya koyamamaktadır. Araştırmamız sonuçlarına göre, sağlık kuruluşlarında çalışan yöneticilerin hekim olanlarında çok fazla görülen bu durumun nedenine ilişkin stratejik çalışma ve eğitimiyle ne derece ilgilendikleri, gerekli görüp görmedikleri konusuna ilişkin bir merak oluşmuştur. Gelecekte yönetici olan hekimlerin bu tutumlarına ilişkin aydınlatıcı bir araştırma yapılarak, bilime katkıda bulunulabilir.

KAYNAKÇA

Acar, D., ve Ateş, B. A. (2011). Tedarik Zincirinin Temel Faaliyetlerinde Dış Kaynak Kullanımı: Tekstil-Konfeksiyon Sektörü İşletmelerinde Bir Araştırma*, Mali Çözüm Dergisi/Financial Analysis*, (106). s.17-46

Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012) Türkiye'de Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımı, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, Cilt: 49 Sayı: 574

Afonina, A. (2015). Strategic management tools and techniques and organizational performance: findings from the Czech Republic. *Journal of Competitiveness*, 7(3).

Ahn, H. S., Righter, R. and Shanthikumar, J. G. (2005) Staffing decisions for heterogeneous workers with turnover. *Mathematical Methods of Operations Research*, 62, 499–514.

Ajiwibawani, M. P., & Subroto, W. T. (2017). The Effect of Achievement Motivation, Adversity Quotient, and Entrepreneurship Experience on Students Entrepreneurship Attitude. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, *7*(9), 441-450.

Akgemci, T. (2008) *Stratejik Yönetim*, Gazi Kitapevi ss. 17

Aktan, C. C. (2005). *Değişim çağında yönetim.* İstanbul: Sistem Yayıncılık. .ss.69

Alameddine, M., Baumann, A., Laporte, A., O'Brien-Pallas, L., Levinton, C., Onate, K., and Deber, R. (2009). Career trajectories of nurses leaving the hospital sector in Ontario, Canada (1993–2004). *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1044–1053.

Albrechts, L. and Balducci, A. (2013) *Practicing Strategic Planning: In Search of Critical Features to Explain the Strategic Character of Plans*, disP – The Planning Review, 49:3, 16-27

Alexander, M. and Young, D. (1996) Outsourcing: where's the value?. *Long Range Planning* 29 (5), 728–730.

Altinkemer, K., Chaturvedi, A. and Gulati, R. (1994). Information systems outsourcing: Issues and evidence. *International Journal of Information Management*, 17(3), 199–210.

Amabile, T. M. and Conti, R. (1999). Changes in the work environment for creativity during downsizing. *Academy of Management Journal*, 42(6), 630-640.

Anand, G. and Kodali, R. (2008). Benchmarking the benchmarking models. Benchmarking*: An International Journal*, 15(3), 257-291.

Andersen, H. V., Gavin Lawrie, G. and Savič, N. (2004) "Effective quality management through thirdgeneration balanced scorecard", *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 53 Issue: 7, pp.634-645

Anderson, J. C. and Narus, J. A. (1995). Capturing the value of supplementary services. *Harvard Business Review*, January-February, 75-83.

Andreatta, A., Silveira, A. and Olinquevitch, J. L. (2009). A controladoria nas grandes industrias texteis do Vale do Itajai/SC. *Caminhos* (Rio do Sul), 1, 221-240.

Araujo, C. E. B., Cabral, A. C. A., Santos, S. M., Pessoa, M. N. M. and Roldan, V. P. S. (2013). Grau de adesao de empresas familiares as boas praticas de governanca corporativa: proposicao e teste de um instrumento-diagnostico. *Revista Alcance – Eletrônica*, 20(1), 117-138.

Arawati, A. and Zafaran, H. (2011). Enhancing production performance and customer performance through total quality management (TQM): Strategies for competitive advantage. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 24, 1650–1662.

Arlotto, A., Chick, S. E. and Gans, N. (2014) Optimal hiring and retention policies for heterogeneous workers who learn. *Management Science*, 60(1), 110–129.

Armstrong-Stassen, M., Cameron, S.J. and Horsburgh, M.E. (1996). The impact of organizational downsizing on the job satisfaction of nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration,* 9(4), 8–32.

Assimakopoulos, C., Papaioannou, E., Sarmaniotis, C. and Georgiadis, C. K. (2015).Online reviews as a feedback mechanism for hotel CRM systems. *Anatolia,* 26(1), p.5-20.

Assunção, R. R., De Luca, M. M. M. and Vasconcelos, A. C. (2017) Complexity and corporate governance: an analysis of companies listed on the BM&FBOVESPA, *The Third International Conference of theJournal of International Accounting Research*, USP, São Paulo, v. 28, n. 74, p. 213-228

Aşgın, S. (2008). *Stratejik Yönetim*. Yayın No: 649, SGB:7, Ankara: İçişleri Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, ss.14

Auger, N. and Roy, D.A. (2004). "The Balanced Scorecard," *Canadian Journal ofPublic Health*, 95(3), 233-234.

Augurzky, B. and Scheuer, M. (2007) Outsourcing in the German Hospital Sector, *The Service Industries Journal*, 27:3, 263-277

Ausman, J. I. (1995) *Business principles applied to perioperative planning, operating room management, and surgical strategy*. Surg Neurol 1995;51:113–4.

Bailey, W., Masson, R. ve Raeside, R. (2002), "Outsourcıng In Edınburgh And The Lothıans", *European Journal Of Purchasıng&Supply Management* 8: P.83–95.

Band, W. (1985). Defining your business mission. *Sales and Marketing Management in Canada*, 26(April), 32–33.

Banker, R.D., Chang, H., and Pizzini, M.J. (2004). "The Balanced Scorecard: Judgmental Effects of Performance Measures Linked to Strategy," *The Accounting Review*, 79(1), 1-23.

Barca, M. ve Hızıroğlu, M. (2009). 2000'li yıllarda Türkiye'de stratejik yönetim alanının entelektüel yapısı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 4(1), 113-148.

Bard, J.F. and Wan, L. (2008) Workforce design with movement restrictions between workstation groups. *Manufacturing and Service Operations Management*, 10, 24–42.

Barlow, D., (2011). *Supply chain leaders build bridges to C-suite board rooms*. Healthc. ss.114

Barney, J. B. (1995) "Looking inside for Competitive Advantage." *Academy of Management Executive* 9 (4): 49–61.

Barthelemy, J. (2001) The hidden costs of IT outsourcing. *Sloan Management Review* 42 (3), 60–69.

Bartholomew, D.J., Forbes, A.F. and McClean, S.I. (1991) *Statistical Techniques forManpower Planning*, second edition, JohnWiley&Sons,New York, NY.

Batalden, P.B. (1990) Organizationwide quality improvement in health care, *Topics in Health Record Management*, May, pp. 23- 30.

Bates, R. (2014) Improving human resources for health planning in developing economies, *Human Resource Development International*, 17:1, 88-97

Batt, R. (2000). Strategic segmentation in front-line services: matching customers, employees and human resource systems. *International Journal of Human Resource Management*, 11(3), 540-561.

Bayram, N. (2009). *Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi*. Ezgi Kitabevi. Bursa.

Beane, T.P. and Ennis, D.M. (1987). Market segmentation: A review. *European Journal of Marketing*, 21, 20–42.

Beckham, J. D. (2000) Strategy: what it is, how it works, why it fails. *Health Forum* J;43(6):55–9.

Benner, P., Tanner, C. A. and Chesla, C. A. (1996). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer Publishing Company. ss.54

Bennett, R. (1998). *Growth management for tourism communities. A Master's Degree Project Submitted to the Faculty of Environmental Design In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Environmental Design* (Environmental Science), The University of Calgary, pp.26

Berle, A., & Means, G. (1932). *The Modern Corporation and Private Property Macmillan*. New York.

Berry, F. S. (2007) Strategic Planning as a Tool for Managing Organizational Change, *International Journal of Public Administration*, 30:3, 331-346

Berry, F. S. and Wechsler, B. (1995). State agencies' experience with strategic planning: Findings from a national survey. *Public administration review*, 159-168.

Berry, L. L. and Bendapudi, N. (2007). Health care: a fertile field for service research. *J. Serv. Res.* 10 (2), 111–122.

Betz, F. (2010) *Yönetim Stratejisi*, (Çev. Şensoy, Ü.) Tübitak Popüler Bilim Kitapları, (Eserin Orjinali 2001'de yayımlandı) Ankara ss. 1-252

Bevir, M., Rhodes, R.A.W. and Weller, P. (2003), "Traditions of governance: interpreting the changing role of the public sector", *Public Administration*, Vol. 81 No. 1, pp. 1-17.

Biebuyck, J. F. and Ziegenfuss, J. T. (1992) How physicians can create their future. *Physician Exec*;18(4):31–6.

Bienstock, D. and Zenteno, A.C. (2012) Models for managing the impact of an epidemic. *Access Research Papers,* https://core.ac.uk/download/pdf/27294390.pdf erişim, 12.10.2017, 23:58

Bisbe, J. and Barrubes, J. (2012). The balanced scorecard as a management tool for assessing and monitoring strategy implementation in healthcare organizations. *Revista Espanola de Cardiologia*, 65(10), 919–927.

Bogan, C. E., & English, M. J. (1994). *Benchmarking for best practices: Winning through innovative adaptation*. New York: McGraw-Hill.

Boguslauskas, V. and Kvedaravičienė, G. (2008). Strategic outsourcing plan and the structure of outsourcing process. *Engineering economics*, 58(3).

Boissoneau, R., Belton, P. and Schwahn, M. H. (1992). Strategic planning as used by chief executive officers. *Journal of Hospital Marketing*, 6, 1-17.

Boudreau, J., Hopp, W., McClain, J. O. and Thomas, L. J. (2003) On the interface between operations and human resourcesmanagement. *Manufacturing and Service Operations Management*, 5, 179–202.

Bowen, D.E. and Schneider, B. (2014). A service climate synthesis and future research agenda. *Journal of Service Research*, 17(1), 5–22.

Bowman, C. and Ambrosini, V. (2003). How the resource-based and the dynamic capability views of the firm inform corporate-level strategy. *Br. J. Manag.* 14 (4), 289–303.

Boxall, P. (1996), "The Strategic HRM Debate and the Resource-Based View of the Firm", *Human Resource Management Journal*, Vol. 6, No. 3, 59-75.

Boyd, H. and Levy, S. (1966). What kind of corporate objectives? *Journal of Marketing*, 30(4), 53–58.

Boyt, T. and Harvey, M. (1997). Classification of industrial services: A model with strategic implications. *Industrial Marketing Management*, 26, 291-300.

Bozdemir, E. ve Öcel, Y. (2016) *Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımının Maliyet Minimizasyonu Açısından Analizi: Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Manyetik Rezonans (MR) Cihazı Örneği,* Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Eylül, 20 (3): 1051-1070

Brandeau, M.L., Hopkins, D.S.P. and Melmon, K.L. (1987) An integrated budget model for medical school financial planning. *Operations Research*, 35, 684–703.

Brennan, N. (2006). Boards of directors and firm performance: Is there an expectations gap? Corporate Governance: *An International Review*, 14, 577–594.

Brews P. and Purohit D. (2007) Strategic planning in unstable environments, *Long Range Planning* 20: 64–83.

Brief, A.P., Butz, R.M. and Deitch, E.A. (2005). *Organizations as reflections of their environments: The case of race composition.* In R.L. Dipboye, & A. Colella (Eds.), Discrimination at work: The psychological and organizational bases (pp. 119–148). East Sussex, UK: Psychology Press.

Brook, R. H., E. A. McGlynn and Cleary, P. D. (1996). Measuring quality of care. *New England Journal of Medicine*, 335, 966-970.

Brown, H., Zijlstra, F. and Lyons, E. (2006). The psychological effects of organizational restructuring on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 344–357.

Bruton G. D., Oviatt B.M. and Kallas-Bruton L. (1995) Strategic planning in hospitals: a review and proposal. *Health Care Manage Rev*;20(3):16–25.

Bryson, J. M. (1995) *Strategic planning for public and nonprofit organizations: A guide to strengthening and sustaining organizational achievement*, rev. ed (pp. 21-24). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bryson, J. M. (2018). *Strategic planning for public and nonprofit organizations: A guide to strengthening and sustaining organizational achievement*. John Wiley & Sons. 1-513

Bryson, J. M., Edwards L. H. ve David M. Slyke, V. (2017): Getting strategic about strategic planning research, *Public Management Review*, pp. 1-22

Buch, K. and Aldridge, J. (1991) 'OD under conditions of organizational decline', *Organization Development Journal*, 9(1), pp 1-5.

Budak, F., and Kar, A. (2014) The Importance Of Strategıc Leadershıp In Healthcare Managemen, *IIB Internatıonal Refereed Academıc Socıal Scıences Journal*, July-August-September, Issue: 15 Volume: 5 Summer Term pg.155-171

Budak, G. ve Budak, G. (2004). *İşletme Yönetimi*, göz. geç. 5. bs. İzmir:Barış Yayınları Fakülteler Kitabevi.

Bueren, A., Schierholz, R., Kolbe, L. and Brenner, W. (2004). Customer knowledge management: Improving performance of customer relationship management with knowledge management. In Proceedings of the 37th IEEE *Hawaii International Conference on System Sciences* (70172. 2). Big Island, HI: IEEE Computer Society Press.

Burke, R. J., Ng, E. S. and Wolpin, J. (2016). Effects of Hospital Restructuring and Downsizing on Nursing Staff: *The Role of Union Support. Journal of Health Management*, 18(3), 473-488.

Burke, R.J. (2005). Correlates of nursing staff survivor responses to hospital restructuring and downsizing. *The HealthCare Manager*, 24(2), 141–149.

Burli, S. B., Kotturshettar, B. B. and Dalmia, R. V. (2012). Multiple performance measures: Six TQM practices. *SCMS Journal of Indian Management*, January –March, 69–79.

Burton, J. and Easingwood, C. (2006). A positioning typology of consumers' perceptions of the benefits offered by successful service brands. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 13 (5), 301–316.

Büyüköztürk, Ş., (2012). ''Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı'', *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 32(32): 470-483.

Caldwell, D. F., Chatman, J. O'Reilly, C.A., Ormiston, M. and Lapiz. M. (2008. Implementing strategic change in a health care system: the importance of leadership and change readiness. *Health Care Management Review* 33:124–33.

Cameron, K. (1994). Strategies for successful organizational downsizing. *Human Resource Management*, 33, 189-211.

Cameron, K., Freeman, S. and Mishra, A. (1991): Best practices in white-collar downsizing: Managing contradictions. In: *Academy of Management Executive*, 5, 57-73.

Camp R. C. (1995) *Business process benchmarking: finding and implementing best practices. Wisconsin*: ASQC Quality Press.

Camp, R. C. (1989). *Benchmarking: The search for industry best practices that leads to superior performance*. Milwaukee, WI: ASQC Quality Press.

Campbell A. and Alexander M. (1997) What's wrong with strategy? *Harvard Bus Rev*;75(6):42–51.

Campbell, A., and Alexander, M. (1996). What's wrong with strategy?. *Harvard Business Review*, 75(6), 42-51.

Campbell, S. (1998) The retail market presents health care organizations with new revenue opportunities, *Health Care Strategic Management*; 16, 5; pg. 19

Cao, J., Mukherjee, A. and Sinha, U. B. (2017). Firm-asymmetry and strategic outsourcing. *International Review of Economics and Finance*, 53, 16-24.

Cao, L. L. and Dupuis, M. (2009) Core competences, strategy and performance: the case of international retailers in China, *The International Review of Retail, Distribution and Consumer Research*, 19:4, 349-369

Carlson, L. K. (2006). *Innovating for the Future*. Physician executive, 32(3), 30.

Carol, O. (1998) *Analyse Your Business* -- A Performance Health Check, London p22-30.

Cascio, W., Young, C. and Morris, J. (1997) 'Financial consequences of em- ployment-change decisions in majör US corporations', *Academy of Management Journal*, 40(3), pp 1175-1189

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), HHS. (2011). Medicare program; hospital inpatient value-based purchasing program. *Final rule. Federal register*, 26490. pp.76-88,

Chang, H. H., Wong, K. H. and Fang, P. (2014) The effects of customer relationship management relational information processes on customer-based performance, *Decision Support Systems* 66 146–159

Chen, Y., Ishikawa, J. and Yu, Z. (2004). Trade liberalization and strategic outsourcing. *Journal of International Economics*, 63, 419–436.

Cheng, B. W., Chang, C. L. and Liu, I. S. (2005). Establishing customer relationship management framework in nursing homes. *Total Quality Management & Business Excellence*, 16(5), 607-629.

Chermack, T. J. and Nimon, K. (2013). Drivers and outcomes of scenario planning: a canonical correlation analysis. *European Journal of Training and Development*,37(9), 811-834.

Chermack, T. J., Lynham, S. A. and Ruona, W. E. A. (2001). A Review of Scenario Planning Literature. *Futures Research Quarterly*, (Summer), 7–31.

Chermack, T.J. (2004), "A theoretical model of scenario planning", *Human Resource Development Review*, Vol. 3 No. 4, pp. 301-325.

Chermack, T.J. (2005), "Studying scenario planning: theory, research suggestions and hypotheses", *Technological Forecasting and Social Change*, Vol. 72 No. 1, pp. 59-73.

Chermack, T.J. (2011), *Scenario Planning in Organizations: How to Create, Use, and Assess Scenarios*, Berret-Koehler, San Francisco, CA.

Christopher, M. and Towill, D. (2000) Suply chain migration from Lean and functional to agile and customised. Supply Chain Management: *An International Journal*. 5 (4): 206-213.

Chuang, S., and Howley, P. P. (2017) Strategies for integrating clinical indicator and accreditation systems to improve healthcare management, *International Journal of Healthcare Management*, 10:4, 265-274

Chye, K. H. and Chan, K. L. G. (2002). Data mining and customer relationship marketing in the banking industry. *Singapore Management Review*, 24(2), 1-26.

Clark D., N. (1997) Strategic management tools usage: a comparative study. *Strategic Change* 6: 417–427.

Clark, B. and Boissoneau, R. (1999) Strategic Planning in Community Mental Health Centers, *Health Marketing Quarterly*, 16:3, 55-64

Cleary, P.D. and Edgman-Levitan, S. (1997). Health care quality: Incorporating consumer perspectives. *Journal of the American Medical Association* (hereafter J)AM,A 278, 1608-1612.

Coates, J. F. (2000). Scenario Planning. *Technological Forecasting & Social Change*, 65, 115–123.

Cobbold, I.C. and Lawrie, G.J.G. (2002), "*The development of the balanced scorecard as a strategic management tool*", Proceedings of PMA2002, Boston, May, MA.

Coleman, B. J. and Jennings, K. M. (1998). *The UPS strike: lessons for just-in-timers*. Prod. Invent. Manag. J. Q.4, 63–67.

Conant, J. S., Mokwa, M. P, and Burnett, J. J., (1989) Pricing and Performance in Health Maintenance Organizations: A Strategic Management Perspective, *Health Care Strategic Management*, Vol 9, No:1, pp. 25-36

Contractor, F., Kumar, V., Kundu, S. and Pedersen, T. (2010) Reconceptualizing the Firm in a World of Outsourcing and Offshoring: The Organizational and Geographical Relocation of High-Value Company Functions. *Journal of Management Studies*, 47:8 pp1417–33.

Cooil, B., Aksoy, L. and Keiningham, T. L. (2008). Approaches to customer segmentation. *Journal of Relationship Marketing*, 6(3-4), 9-39.

Cox, A. and Chicksand, D. (2005) The Limits of Lean Management Thinking: Multiple Retailers and Food Farming Supply Chains. *European Management Journal*. 23 (6): 648-662.

Crawford, J., Barton, H., Chapman, T., Higgins, M., Capon, A. G. and Thompson, S. M. (2010) Health at the Heart of Spatial Planning Strengthening the Roots of Planning Health and the Urban Planner Health Inequalities and Place Planning for the Health of People and Planet: An Australian Perspective, *Planning Theory & Practice*, 11:1, 91-113

Cui, Y. and Jiao, H. (2011). Dynamic capabilities, strategic stakeholder alliances and sustainable competitive advantage: evidence from China. Corporate Governance: *The international journal of business in society*, 11(4), 386-398.

Cullen, J., O'Connor, M. and Mangan, J. (2004) "Matching management tools and techniques with management challenges", *Strategy & Leadership*, Vol. 32 Issue: 3, pp.27-30,

Çam, H. (2016) İşletmelerin Dış Kaynak Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Yapısal Eşitlik Modeli Yaklaşımı İle Belirlenmesi, *Gümüşhane Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Cilt 7 Sayı 15, ss. 210-228

Dacostra-Claro, I. (2002). The performance of material management in health care organizations. *Int. J. Health Plann. Manag.* 17 (1), 69–85.

Dalyan, F. (2002). Stratejik yönetim alanında yapılmış lisansüstü çalışmalarla ilgili bir durum saptaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 3, 57-77.

Das, A., Paul, H. and Swierczek, F. W. (2008). Developing and validating total quality management (TQM) constructs in the context of Thailand's manufacturing industry. *Benchmarking: An International Journal*, 15(1), 52–72.

Das, T. and Teng, B. (2000) A Resource-Based Theory of Strategic Alliances. *Journal of Management*, 26: 31-61.

Davenport, T. H. and Prusak, L. (1998). *Working knowledge: How organizations manage what they know*. Harvard Business Press.

Day D. L., Farley J.U. and Wind, J. (1990) New perspectives on strategy research: a view from the management sciences. *Management Science* 36(10):1137–1143.

Day, G.S., and Wensley, R. (1983) Marketing theory with a strategic orientation. *Journal of Marketing* 47, 79–89.

De Geyndt, W. (1995). *Managing the quality of health care in developing countries.* World Bank Technical Paper No. 258. Washington DC: The World Bank.

de Véricourt, F. and Jennings, O.B. (2011) Nurse staffing in medical units: a queueing perspective. *Operations Research*, 59(6), 1320–1331.

de Vries, J., & Huijsman, R. (2011). Supply chain management in health services: An overview. Supply Chain Management: *An International Journal*, 16(3), 159–165.

Demir, İ. B. (2015). *Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçları Bilgi ve Kullanım Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara. ss.97-108

Demir, İ. B. ve Uğurluoğlu, Ö. (2015) Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim Araçları, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 18(2): 219-251

Dempsey, C., McConville, E., Wojciechowski, S. and Drain, M. (2014). Reducing patient suffering through compassionate connected care. *Journal of Nursing Administration*, 44(10), 517–524.

Dempsey, C., McConville, E., Wojciechowski, S. and Drain, M. (2014). Reducing patient suffering through compassionate connected care. *Journal of Nursing Administration*, 44(10), 517–524.

Denton, G.A. and White, B. (2000). "Implementing A Balanced-Scorecard Approach to Managing Hotel Operations," *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 41 (I), 94-107.

Dias, C. (2012) The Future of public health services in Europe: Strategic intersection with healthcare services, *International Journal of Healthcare Management*, 5:2, 69-73

Dibb, S. and Simkin, L. (2010). Judging the quality of customer segments: segmentation effectiveness. *Journal of Strategic Marketing*, 18(2), 113-131.

Dickie, J. (2007). *Fueling the CRM engine. In Customer relationship management* (pp. 75–96). Indianapolis, IN: Wiley.

Dickov, V., and Dickov, A. (2014) Healthy in transition – Health system in Serbia – Management approach, *International Journal of Healthcare Management*, 7:4, 265-272

Dinçer, Ö. (1992) "*Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*", 2. Baskı, Timaş Yayınevi, İstanbul ss.22-39

Dinçer, Ö., (2004) *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*, Beta Yayım, İstanbul ss. 35

Dixit S., K. (2016) Integration of importance-performance analysis into the strategy of hospitals, *International Journal of Healthcare Management* ss 2 -3

Dixit, S. K. (2016) Strategic management in hospitals – Theory and practice: Orthopedic and spine services, *International Journal of Healthcare Management*, 9:3, 181-189

Dodrajka, S. (2007) *Total Quality Management and Benchmarking*. Paradigm, 11(1), 37-41.

Doig, S.J., Ritter, R.C., Speckhals, K. and Woolson, D. (2001) Has outsourcing gone to far?. *McKinsey Quarterly* 4, 24–37.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, 114(1), 1115-1118.

Donabedian, A. (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 44, 166-203.

Donabedian, A. (1989) Institutional and professional responsibilities in quality assurance, *Quality Assurance in Health Care*, 1, pp. 3 - 11.

Dowling/ P. and Schuler, R. (1990), "Human Resource Management" in Blanpain, R. (ed), Comparative Labour Law and îndustrial Relations in Industrialised Market Economics, Vol 2, *Deventer-Boston; Kİuwer Law and Taxation Publishers*, 125-149.

Doyle, P. and Saunders, J. (1985). Market segmentation and positioning in specialised industrial markets. *Journal of Marketing*, 49(2), 24–32.

Döğücü, M. Ş. ve Sayım, F. (2009). "Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı: Kocaeli Örneği" *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı*, 3, 19-21 Mart 2009, Antalya, 262-275.

Drucker, P. (1992) *Managing the Future the 1990s and beyond, Tullman Tattley*, New York.

Duarte, N. T., Goodson, J. R. and Dougherty, M. P. (2014) Managing innovation in hospitals and health systems: Lessons from the Malcolm Baldrige National Quality Award Winners, *International Journal of Healthcare Management*, 7:1, 21-34

Duman, S.A., Kalemci, R. A., ve Çakar, M., (2005) Türkiye'de Stratejik Yönetim Alanının Kapsamını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, *Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 2005, cilt 5, sayı 1, sayfa 57- 72

Dunford, R., Bramble, T. and Littler, C. (1998). Gain and pain: The effects of Australian public sector restructuring. *Public Productivity and Management Review*, 21, 386-402.

Dunn, R. (2006). Haimann's healthcare management. *Health Administration Press*. pp.5

Dwyer, L., Teal, G., and Kemp, S. (1998) Organisational culture & strategic management in a resort hotel, *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 3:1, 27-36

Dyson, R. G. (1990) Strategic Planning: Models and Analytical Techniques, Chichester: Wiley. *Techniques, Planning Review.* 17: 6 pp 4–13.

Earl, M. (1996) The risks of outsourcing IT. *Sloan Management Review Spring*, 26–32.

Eckert, J. A. and Goldsby, T. J. (1997). Using the elaboration likelihood model to guide customer service-based segmentation. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 27(9/10), 600-615.

Eden, C., and Ackermann, F. (1998). *Making strategy: The journey of strategic management*. Sage. pp.1 – 475

Edwards, R. L, Wollner, S. B., Weddle, J., Zembrodt, J. W. and Birdwhistell, M. D. (2017) Diagnosing and Resolving Conflict Created by Strategic Plans: Where Outreach Strategies and Execution Meet at an Academic Health Center, *Hospital Topics*, 95:3, 72-78

Eisenhardt, K. M. (1989) Agency Theory: An Assessment and Review. *Academy of Management Review*, 14:1 pp57–74.

Eisenhardt, K.M. and Graebner, M.E. (2007). Theory building from cases: Opportunities and challenges. *Academy of Management Journal*, 50(1), 25–32.

Ekici, H, (2015) Stratejik Yönetim ve Örgüt Kültürü: İlişkisel Bir Analiz, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* Sayı 24.

Elliot, R. (2002) When Theories Become Tools: Toward a Framework for Pragmatic Validity, *Human Relations*. 55: 10 pp 1227–49.

Elliott, M.N., Lehrman, W.G., Goldstein, E.H., Giordano, L.A., Beckett, M.K., Cohea, C.W. and Cleary, P.D. (2010). Hospital survey shows improvements in patient experience. *Health Affairs*, 29(11), 2061–2067.

Elmuti, D., Jia, H. and Gray, D. (2009) Customer relationship management strategic application and organizational effectiveness: an empirical investigation, *Journal of Strategic Marketing*, 17:1, 75-96

Enz, C. A. (2009). *Hospitality strategic management: Concepts and cases*. John Wiley and Sons. pp.93

Eren, E., (2010) *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*, Beta Yayım, İstanbul ss.4-35

Erkut, H. (2009), *Stratejik Yönetimin Temelleri-Yönetimin Kanatları*, Birinci Basım, Yalın Yayıncılık, İstanbul.

Ernst, A.T., Jiang,H., Krishnamoorthy, M.,Owens, B. and Sier,D. (2004) Anannotated bibliography of personnel scheduling and rostering. *Annals of Operations Research*, 127, 21–144.

Eryiğit, B. H. (2013) Stratejik Planlama, Stratejik Planlamaya İlişkin Alternatif Yaklaşımlar ve Stratejik Yönetim Okulları, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, C.4, S.9., ss.152-172

Fahey, L. and Randall, R.M., editors, 1997. *Learnirıg From the Future: Competitive Foresight Scenarios*. John Wiley & Sons, New York.

Fahy, J. (2000) The Resource-Based View of the Firm: Some Stumbling-Blocks on the Road to Understanding Sustainable Competitive Advantage. *Journal of European Industrial Training*, 24: 94-106.

Fanelli, S., Lanza, G., & Zangrandi, A. (2017) Management Tools for Quality Performance Improvement in Italian Hospitals, *International Journal of Public Administration*, 40:10, 808-819

Farjoun, M. and Starbuck, W.H. (2007). Organizing at and beyond the limits. *Organization Studies*, 28(4), 541–566.

Ferna´ndez A, and Trullenque F. (2010) ?Por que´ una Direccio´n Estrate´ gica? In: Libro de Blanco de la Planificacio´n Estrate´ gica en Espan˜a 2007-2009. *Madrid: Enlaze 3 Print Management*. p. 19–44.

Ford, E. W., Wells, R., & Capper, S. A. (2003). High Performance Public Health: Assessing Agencies'Strategic Management Capabilities. *Journal of health and human services administration*, 407-431.

Freeman, S. (1999). The gestalt of organizational downsizing: Downsizing strategies as packages of change. *Human Relations*, 52, 1505-1541.

Freeman, S. J. (1999). The gestalt of organizational downsizing: Downsizing strategies as packages of change. *Human Relations*, 52(12), 1505-1541.

Frenkel, S., Korczynski, M., Shire, K. and Tam, M. (1999) *On the Front-line: Organization of Work In the Information Economy. Ithaca, NY*: Cornell University Press.

Friedman S. and Draper A. (2001) Strategic planning: going beyond the basics. *Trustee;*54(2):17–20.

Fritzen, S. A. (2007). Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned?. *Human resources for health*, 5(1), 4.

Frost, F., A. (2003) The use of strategic tools by small and medium-sized enterprises: an Australasian study, *Strategic Change*, Jan–Feb, 12: 49–62

Fry, M. J., Magazine, M. J. and Rao, U. S. (2006) Firefighter staffing including temporary absences and wastage. *Operations Research*, 54(2), 353–365.

Gabutti, I. and Cicchetti, A. (2017). Translating strategy into practice: A tool to understand organizational change in a Spanish university hospital. An in-depth analysis in Hospital Clinic. *International Journal of Healthcare Management*, 1-14.

Gans, N. and Zhou, Y.P. (2002) Managing learning and turnover in employee staffing. *Operations Research*, 50(6), 991–1006.

Gans, N., Koole, G. and Mandelbaum, A. (2003) Telephone call centers: tutorial, review, and research prospects. *Manufacturing and Service Operations Management*, 5, 79–141.

Garvin, D. A. (1991) 'How ihe Baldridge Avvard Rcally Works\ *Harvard Business Review*, Nov.-Dec., pp.80-93.

Gass, S.I., Collins, R.W., Meinhardt, C.W., Lemon, D.M. and Gillette, M.D. (1988) The army manpower long-range planning system. *Operations Research*, 36, 5–17.

Geiger, D. (2008). *Jahrbuch Healthcare Marketing 2008. Hamburg*, Germany: New Business Verlag GmbH & Co. KG. pp. 34-35

Germain, R., Davis-Sramek, B., Lonial, S. C. and Raju, P. S. (2011). The impact of relational supplier exchange on financial performance: a study of the hospital sector. *J. Bus. Logist*. 32(3), 240–253.

Giles-Corti, B. and Whitzman, C. (2012) Active living research: partnerships that count, *Health & Place*, 18(1), pp. 118–120.

Gill, M. S., Vijay, T. S. and JHA, S. (2009). Corporate governance mechanisms and fi rm performance: a survey of literature. *The Icfai University Journal of Corporate Governance*, 8(1), 7-21.

Gillies, C. (1995), "Managing the management tools", *Management Accounting*, Vol. 73 No. 10, pp. 28-29.

Gilmore, F.F. and Brandenburg, R.G. (1962) Anatomy of corporate planning. *Harvard Business Review*, November–December, 61–9.

Gilmour, P., Borg, G., Duffy, P. A., Johnston, N. D., Limbek, B. E. and Shaw, M. R. (1994). Customer service: Differentiating by market segment. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 24(4), 18-23.

Gil-Saura, I. and Ruiz-Molina, M. E. (2009). Retail customer segmentation based on relational benefits. *Journal of Relationship Marketing*, 8(3), 253-266.

Ginter, P. M., Duncan, W. J. and Swayne, L. E. (2013). *Strategic management of health care organizations*. 7th ed. Under the Jossey-Bass imprint, Jossey-Bass, 989 Market Street, San Francisco CA 94103-1741, USA ss.7-187

Godbout, A. J. (2000). Managing core competencies: the impact of knowledge management on human resources practices in leading-edge organizations. *Knowledge and Process Management*, 7(2), 76-86.

Goldstein, E., Farquhar, M., Crofton, C., Darby, C. and Garfinkel, S. (2005). Measuring hospital care from the patients' perspective: An overview of the CAHPS hospital survey development process. *Health Services Researc*h, 40(6p2), 1977–1995.

Golin, C.E., DiMatteo, M.R. and Gelberg, L. (1996). The role of patient participation in the doctor visit: Implications for adherence to diabetes care. *Diabetes Care*, 19(10), 1153–1164.

Goold, M. and Quinn, J.J. (1990), "The paradox of strategic controls", *Strategic Management Journal*, Vol. 11 No. 1, p. 43.

Gouglidis, A. and Mavridis, I. (2012). domRBAC: an access control model for modern collaborative systems. *Computers & Security*, 31(4), p.540-556.

Grant, R. (1991) The Resource-Based Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation. *California Management Review*, 33(3): 114-135.

Grant, R. M., ve Jordan, J. (2014) *Stratejinin Temelleri*, (Çev. Sart, G.) Nobel Akademik Yayıncılık, (Eserin Orjinali 2012'de yayımlandı) Ankara ss. 24-414

Graves, J.M. (1994), "Management tools that work", *Fortune* 5/30/94, Vol. 129 No. 11, p. 15.

Green, D. (1994). What Is Quality in Higher Education?. *Taylor & Francis*, 1900 Frost Road, Bristol, PA 19007-1598.

Green, D.K. (1991) Quality improvement versus quality assurance, *Topics In Health Record Management*, 11, pp. 58 - 70.

Gregory, S., Tan, D., Tilrico, M., Edwardson,N. and Gamm, L. (2014). Bedside shift reports:What does the evidence say? *Journal ofNursing Administration*, 44(10), 541–545.

Grinold, R.C. (1976) Manpower planning with uncertain requirements. *Operations Research*, 24, 387–399.

Guimarães, C. M. and Carvalho, J. C. (2011) Outsourcing in Health Care Sector – A State of the Art Review. Supply Chain Forum- *An International Journal*.12(2): 140-148.

Guimarães, C. M. and de Carvalho, J. C. (2012). Outsourcing in Healthcare Through Process Modularization–A Lean Perspective. *International Journal of Engineering Business Management*, 4, 45.

Gunn, R. and Williams, W. (2007) Strategic tools: an empirical investigation into strategy in practice in the UK, *Strategic Change* 16: 201–216

H&HN Magazine Archives, (2016) Consumer Segmentation Has Hit Health Care. Here's How it Works. *H&HN magazine print or digital editions and H&HN Daily*, March, Lola Butcher, pp.38-42

Hall, R. (1994). A framework for identifying the intangible sources of sustainable competitive advantage. In G. Hamel & A. Heene (Eds.), Competence-based competition, Chichester, UK: *John Wiley & Sons Ltd*. pp. 150–165.

Hamel, G. (1996). Strategy as revolution, *Harvard Business Review*, pp. 69-71

Hamilton, H. R. (1981). Scenarios in corporate planning. *Journal of Business Strategy*, 2(1), 82-87.

Handfield, R. (2006), A Brief History of Outsourcing, Published online on: Jun, 01, 2006, https://scm.ncsu.edu/scm-articles/article/a-briefhistory-of-outsourcing. 19.11.2017 – 01:53

Hansen, R. D. (1999) Strategic planning: the basics and benefits. *Med Group Manage J*;46(3):28–35.

Harrigan, P., Soutar, G., Choudhury, M. M., and Lowe, M. (2015). Modelling CRM in a social media age. *Australasian Marketing Journal* (AMJ), 23(1), p.27-37.

Harrison, E.F. (1991), "Strategic control at the CEO level", *Long Range Planning*, Vol. 24 No. 6, p. 78.

Hartman, S. J. and Crow, S. M. (2002). Executive development in healthcare during times of turbulence: top management perceptions and recommendations. *Journal of management in medicine*, 16(5), 359-370.

Hassan, D. (2005). Measuring performance in the healthcare field: A multiple stakeholders' perspective. *Total Quality Management & Business Excellence*, 16(8–9), 945–953.

Hatta, T. (2017) Competition policy vs. industrial policy as a growth strategy, *China Economic Journal*, 10:2, 162-174

Hekman, D.R., Aquino, K., Owens, B.P., Mitchell, T.R., Schilpzand, P. and Leavitt, K. (2010). An examination of whether and how racial and gender biases influence customer satisfaction. *Academy of Management Journal*, 53(2), 238–264.

Henderson, B. D. (1989). The origin of strategy. *Harvard business review*, 67(6), 139-143.

Hendricks, K. B., Singhal, V. R. and Stratman, J. K. (2007). The impact of enterprise systems on corporate performance: a study of ERP, SCM, and CRM system implementations. *Journal of Operations Management*, 25(1), p.65-82.

Herzenberg, S., Alec, J. and Wial, H. (1998) *New Rules for a New Economy: Employment and Opportunity in Postindustrial America*. Ithaca, NY: Cornell University ILR Press.

Hillebrand, B., Nijholt, J.J. and Nijssen, E. J. (2011) Exploring CRM effectiveness: an institutional theory perspective, *Journal of the Academy Marketing Science* 39 (4); p.592–608.

Hodari, D. (2009). *Strategy tools-in-practice: contextual factors and practical use (Doctoral dissertation*, University of Surrey (United Kingdom)). pp.23-24

Hoecht, A. and Trott, P. (2006) Innovation risks of strategic outsourcing. *Technovation*, 26(5), 672-681.

Hofer, C.W. and Schendel, D. (1978) *Strategy Formulation: Analytical Concepts*, St. Paul, MN: West Publishing Co.

Holm, C. and Scholer, F. (2010). Reduction of asymmetric information through corporate governance mechanism the importance of ownership dispersion and exposure toward the international capital market. Corporate Governance: *An International Review*, 18(1), 32–47.

Hu, W., Lavieri, M. S., Toriello, A. and & Liu, X. (2016) Strategic health workforce planning, *IIE Transactions*, 48:12, 1127-1138

Huang, J. (1997) *The Effects of Strategic Planning: Perceptions of the Florida State Managers, doctoral dissertation*, Florida State University, Tallahassee, FL.

Huang, J. and Berry, F. (1995). *Strategic Planning in the Florida Department of Corrections. Tallahassee*: Florida Department of Corrections.

Hubbard, G. and Beamish, P. (2011), *Strategic Management: Thinking, Analysis*, Action 4e, Pearson, Frenchs Forest, NSW. ss.69-70

Hussey D. E. (1997) Glossary of techniques for strategic analysis. *Strategic Change* 6(5): 97–115.

Hussey, P. S., de Vries, H., Romley, J., Wang, M. C., Chen, S. S., Shekelle, P. G. And McGlynn, E. (2009). A systematic review of health care efficiency measures. *Health Services Research*, 44(3), 784–805

Iriana, R. and Buttle, F. (2007) Strategic, Operational, and Analytical Customer Relationship Management, *Journal of Relationship Marketing*, 5:4, 23-42

Isoraite, M. (2004). Theoretical Aspects of Benchmarking Theory. Viesoji *Politika ir Administravimas* 21-26.

İnternet: (http://sozluk.gov.tr)(Tıp Terimleri Kılavuzu- Türk Dil Kurumu)

İnternet: (http://sozluk.gov.tr)(Türkçede Batı Kökenli Kelimeler Sözlüğü- Türk Dil Kurumu)

İslamoğlu, A.H., & Alnıaçık, Ü., (2014). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (SPSS Uygulamalı), 4. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.

İzci, Ç. (2014) Muhasebe Verilerinin İşletmelerin Stratejik Yönetim ve Karar Alma Sürecinde Kullanımı ve Önemi, *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* – Sayı:23 ss. 192 – 193

Jack, E. P. and Powers, T. L. (2006) Managerial perceptions on volume flexible strategies and performance in health care services. *Management Research News*. 29: 228-241.

Jacob, R. (1992) 'How to Steal the Best Ideas Around', *Fortune*, 19 Oct., pp. 6-102.

Jain, K. C. (2000). Quality assurance and TQM. Dehli, *Khanna*, 203–210.

Jancic, Z. and Zabkar, V. (2002). Impersonal vs. personal exchanges in marketing relationships. *Journal of Marketing Management*, 18(7-8), p.657-671.

Jarzabkowski, P. and Julia Balogun, J. (2009) The Practice and Process of Delivering Integration through Strategic Planning, *Journal of Management Studies* 46:8 pp.1255-1288

Jarzabkowski, P., & Giulietti, M. (2007). Strategic Management as an Applied Science, but Not as We (Academics) *Know It.* ss.1-32

Jarzabkowski, P., & Wilson, D. (2006). Actionable Strategy Knowledge: A Practice Perspective. *European Management Journal*, 24 (5), 348-367.

Jennings, D. (1996) "Outsourcing Opportunities for Financial Services? *Long Range Planning* 29 (3): 393-405.

Jennings, D. (1997). Strategic guidelines for outsourcing decisions. *Journal of Strategic Change* 6, 85–96.

Jensen, M. C. and Meckling, W. H. (1976); Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure, *Journal of Financial Economics* 3, 305-360.

Jiang, N. (2017). Environmental performance evaluation combining environmental strategies—with balanced scorecard as a tool. In Service Systems and Service Management (ICSSSM), 2017 *International Conference on* (pp. 1-5). IEEE.

Jones, M. (1960). Evolving a business philosophy. *Journal of the Academy of Management*, 3(2), 93–98.

Josiassen, A., Assaf, A. G. and Cvelbar, L. K. (2014). CRM and the bottom line: do all CRM dimensions affect firm performance? *International Journal of Hospitality Management*, 36, p.130-136.

Jun, M., Cai, S. and Peterson, R. T. (2004). Obstacles to TQM implementation in Mexico's Maquiladora industry. *Total Quality Management*, 15(1), 59–72.

Kakabadse, A. and Kakabadse, N. (2002) Trends in outsourcing. *European Management Journal* 20 (2), 189–198.

Kalaycı, Şeref (2014). *SPSS Uygulamaları Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayıncılık.

Kandemir, A., (2013) Saglık Kurumlarında İç Çevre Analizi, *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, Cilt 5, Sayı 1, ss. 5

Kane, R. L. (1998). Downsizing and HRM strategy: Is there a relationship?. *International Journal of Employment Studies*, 6(2), 43.

Kanji, G.K. & Wallace, W. (2000) Business excellence through customer satisfaction, *Total Quality Management*, 7, pp. S979-S998.

Kanji, G.K. (1998) Measurement of business excellence, *Total Quality Management*, 7, pp. 633–643.

Kaplan, A. (2001). Sağlığın özellestirilmesi hakkındaki düşünceler, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı:40, 1527-1539.

Kaplan, R. and Norton, D. (1992), "Balanced scorecard – measures that drive performance", *Harvard Business Review*, January/February, pp. 71-9.

Kaplan, R. S. (2001). Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations. *Nonprofit Management and Leadership*, 11(3), 353–370.

Kaplan, R. S. ve Norton, D. P. (2010) *Strateji Haritaları – Gayrimaddi Varlıkları Maddi Sonuçlara Dönüştürmek*, (Çev. Öztürk, Ş.) Alfa Yayınları, (Eserin orjinali 2004'de yayımlandı) ss. 67

Kaplan, R.S. and Norton, D.P. (1996), *Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press, Boston, MA.

Kaplan, R.S. and Norton, D.P. (2001), *The Strategy Focused Organisation: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*, Harvard Business School Publishing Corporation, Boston, MA. (pp. 145–151).

Karahan, A. (2009) Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma), *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* Cilt 12 Sayı 21, Haziran, ss.185-199

Karaoğlu, B. (2010). *Stratejik yönetim*. İstanbul: Etap Yayınlan. ss.21

Katmon, N., and Al Farooque, O. (2017). Exploring the Impact of Internal Corporate Governance on the Relation Between Disclosure Quality and Earnings Management in the UK Listed Companies. *Journal of Business Ethics*, 142(2), 345-367.

Katz G. and Zavodnick L. (1983) Markezin E. Strategic planning in a restrictive and competitive environment. *Health Care Manage Rev*;8(11):7–12.

Kay, J. (1993). The structure of strategy. *Business strategy review,* 4(2), 17-37.

Kaya, İ. (2010). "Konaklama İşletmeciliğinde Stratejik Yönetim Süreci: Kavramsal Bir Yaklaşım", *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12 (18): 27–35, 22, 20, 64

Keller, G. (2011), "Comparing the affects of management practices on organizational performance between for-profit and not-for-profit corporations in Southeast Wisconsin", *Journal of Management Policy and Practice*, Vol. 12 No. 5, pp. 86-95.

Kendall-Raynor, P. (2012). Nurses just about got through 2011: This year will be even tougher. *Nursing Standard*, 26(19), 12–13.

Kendirli, S. ve Konak, F. (2014) Kurumsal Yönetişim Açısından İşletme Sermayesi Yönetimi ve İşletmelere Etkileri; Çorum Ölçeğinde Bir Araştırma, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt: 28, Sayı: 4

Kent, J. L. & Thompson, S. (2012) Health and the built environment: exploring foundations for a new interdisciplinary profession, *Journal of Environmental and Public Health*. Article ID: 958175, pp.10

Kent, P., Routledge, J. and Stewart, J. (2010). Innate and discretionary accruals quality and corporate governance. *Accounting and Finance*, 50, 171–195.

Ketokivi, M. and Castañer, X. (2004). 'Strategic planning as an integrative device'. *Administrative Science Quarterly*, 49, 337–68.

Kılıç, M. ve Erkan, V. (2006) Stratejik Planlama ve Dengeli Performans Yönetimi Yaklaşımları Bir Arada Olabilir mi?, *Ticaret ve Turizm Egitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 2, ss. 77-93

Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(1), 52–54.

Klazinga, N., Fischer, C. and ten Asbroek, A. (2011). Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(2), 38–47.

Klemm, M., Sanderson, S. and Luffman, G. (1991). Mission statements: Selling corporate values to employees. *Long Range Planning*, 24(3), 73–78.

Kline, Rex B. (2011), *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, 3rd Edition, The Guilford Press, New York.

Kohn, J. W. and McGinnis, M. A. (1997). Logistics strategy: a longitudinal study. J. *Bus. Logist*. 18 (2), 1–44.

Kolarik, W.J. (1995). *Creating quality: Concepts, systems, strategies, and tools*. Singapore : McGraw-Hill Book Company. ss.85

Konno, N., Nonaka, I. and Ogilvy, J. (2014) Scenario Planning: The Basics, *World Futures*, 70:1, 28-43

Kothari, A., Hovanec, N., Sibbald, S. L., Donelle, L., & Tucker, P. (2016). Process evaluation of implementing knowledge management tools in public health. *Knowledge Management Research & Practice*, 14(3), 401-411.

Kozlowski, S., Chao, G., Smith, E., Hedlund, J. (1993): Organizational downsizing: Strategies, interventions and research. In: C. L. Cooper/I. T. Robertson (Eds.): *International review of industrial and organizational psychology* (Vol. 8, 263-332): Chichester: Wiley.

Köse, A. (2008) *Stratejik Yönetim*, Kum Saati Yayınları, İstanbul ss:78-82

Köseoğlu, M. A., Karayormuk, K. ve Barca, M., (2013) Stratejik Yönetim Literatüründe İş Etiğinin Örüntüsü Nasıl Gelişiyor? Türkiye'deki Akademik Çalışmalar Üzerine Bir Araştırma*, İş Ahlakı Dergisi Turkish Journal of Business Ethics* • Mayıs May • 2013 • 6(1) 79-110

Kraatz M and Zajac E. (2001) How organizational resources affect strategic change and performance in turbulent environments: theory and evidence. *Organ Sci*; 12:632–57.

Kwok, K., Choy, K., Lau, H. and Kwok, S. (2007). A strategic customer relationship management system: A hybrid OLAP-neural approach. *International Journal of Enterprise and Network Management*, 1(4), 350–371.

Kwon, I. G., Kim, S. and Martin, D. G. (2016) Healthcare supply chain management; strategic areas for quality and financial improvement, *Technological Forecasting & Social Change*, p.422-428

Kwon, I. W., and Hong, S. J. (2011). Health care supply chain management in the United States: New paradigm for roles of distributors. *International Journal of Health Management and Information*, 2(2), 73-82.

Kyj, L. S. and Kyj, M. J. (1994). Customer service: Product differentiation in international markets. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 24(4), 41-49.

Laçin, C. L. ve Enginoğlu, D. (2016) Kurumsal Karnenin Bir Stratejik Yönetim Aracı Olarak İncelenmesi, *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1): 123-138

Lambe, C.J., Spekman, R.E. and Hunt, S.D. (2002), ''Alliance competence, resources, and alliance success: conceptualization, measurement, and initial test'', *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 30 No. 2, pp. 141-58.

Landry, S., Martin Beaulieu, M. and Roy, J. (2016) Strategy deployment in healthcare services: A case study approach, *Technological Forecasting & Social Change* 113;429–437

Laschinger, H.K.S. and Leiter, M.P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259–267.

Laudon, K. C. and Laudon, J. P. (2004). *Management information systems: Managing the digital firm.* New Jersey (p. 8).

Lawrie, G. and Cobbold, I. (2004) "Third-generation balanced scorecard: evolution of an effective strategic control tool", *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 53 Issue: 7, pp.611-623

Lawrie, G. J. G. and Cobbold, I. M. (2001). Strategic Alignment: Cascading the Balanced *Scorecard in a Multi-National company. 2GC Website (www. 2gc. co. uk)*. pp:57

Lee, H.L., Pierskalla,W.P., Kissick,W.L., Levy, J.H., Glick, H.A. and Bloom, B.S. (1987) Policy decision modeling of the costs and outputs of education in medical schools. *Operations Research*, 35, 667–683.

Lega, F., Prenestini, A. and Spurgeon, P. (2013). Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *Value in Health*, 16(1), S46–S51

Legge, K. (1989), "Humarı Resource Management: A Critical Analysis" in Storey, J. (ed), New Perspectives on Human Resource Management, London: *Routledge*, 19-40.

Lei, D., Hitt, M.A. and Bettis, R. (1996), "Dynamic core competences through meta-learning and strategic context", Journal of Management, Vol. 22 No. 4, pp. 549-69.

Lemon, K. N. and Mark, T. (2006). Customer lifetime value as the basis of customer segmentation: Issues and challenges. *Journal of Relationship Marketing*, 5(2-3), 55-69.

Lengnıck-Hall, A.C. (1995) The patient as the pivot point for quality in health care delivery, *The Journal of the Foundation of the American College of Health Executives*, 40, pp. 25- 39.

Lenz, R.T. (1980), "Strategic capability: a concept and framework for analysis", *Academy of Management Review*, Vol. 5 No. 2, pp. 225-334.

Li, G. and Dalton, D. (2003). "Balanced Scorecard for R&D," *Pharmaceutical Executive*, 23(10), 84- 90.

Liedtka, J. M. (1998) Strategic Thinking: Can It Be Taught?, *Long Range Planning*. 31: 1 pp 120–9.

Liff, K. and Bradford L. (1994) Management without frontiers: Health system convergence leads to health care management convergence. *Frontiers of Health Services Management*; Fall 1994; 11, 1; pg. 3

Lin, C. T., Wu, W. J. and Cheng, L. M., (2015). Toward understanding integration of heavyweightproduct managers and collaboration software in collaborative product development: an empirical study in Taiwan. Technol. *Forecast. Soc. Chang*. 99 (October), 156–167.

Lin, N., Devinney, M. T. and Holcomb, T. R. (2016) Examining Managerial Preferences and Choices: The Role of Value Creation and Value Appropriation Drivers in Strategic Outsourcing, *Long Range Planning* 49, 706-722

Lin, Y. and Su, H-Y (2003) Strategic analysis of customer relationship management—a field study on hotel enterprises, *Total Quality Management & Business Excellence*, 14:6, 715-731

Lindenau-Stockfisch, V. (2011). *Lean management in hospitals: Principles and key factors for successful implementation*. Bachelor Master Publication. Druck Diplomica Verlag GmbH, Hamburg, ss. 31-40

Llusar, J. C. B., Tena, A. B. E., Puig, V. R. and Martín, I. B. (2009). An empirical assessment of the EFQM excellence model: Evaluation as a TQM framework relative to the MBNQA model. *Journal of Operations Management*, 27, 1–22.

Lopez-Nicolas, C. and Molina-Castillo, F. J. (2008). Customer Knowledge Management and E-commerce: the role of customer perceived risk. *International Journal of Information Management*, 28(2), p.102-113.

Lorence, D. P. and Spink, A. (2004). Healthcare information systems outsourcing. *International Journal of Information Management*, 24(2), 131-145.

Lown, B. A., Rosen, J. and Marttila, J. (2011). An agenda for improving compassionate care: A survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Affairs*, 30(9), 1772–1778.

Luke, R.D., Begun, J.W., Waltson, S., (2000). Strategy Making in Health Care Organizations. Shortell, S.M.; Kaluzny, A.D. (Ed.). *Health Care Management* (pp.394-432).

Lundberg, C. (1984). Zero-In: A technique for formulating better mission statements. *Business Horizons*, 27(5), 30–33.

Luoa, C-M, A., Changb, H-F. and Suc, C-H. (2012)'Balanced Scorecard' as an operation-level strategic planning tool for service innovation, *The Service Industries Journal*, Vol. 32, No. 12, September, 1937–1956

Lynch, J.E. (1994) Only connect: the role of marketing and strategic management in the modern organization. *Journal of Marketing Management* 10, 27–42.

MacLeod, L. (2016) Aligning Mission, Vision, and Values:The Nurse Leader's Role, *Nurse Leader*, p.438-441

Mair, S. (2002). "A Balance Scorecard for a Small Software Group," *IEEE Sofmare*, 19(6), 21-27.

Malina, M.A. and Selto, F.H. (2001). "Communicating and Controlling Strategy," *Journal of Management Accounting Research*, 13,47-90.

Marcus, A. A., Goodman, R. S., and Grazman, D. N. (1995). The Diffusion of Strategic Management Frameworks. *Advances in Strategic Management*, 12B, 115-145.

Mariani, L. and Tieghi, M. (2016): Measuring effectively in healthcare: From the governance of the system to the management of the organizations, and back, *International Journal of Healthcare Management*, pg. 1 - 10

Marjit, S. and Mukherjee, A. (2008). International outsourcing and R&D: Long run implications for consumers. *Review of International Economics*, 16, 1010–1022.

Markóczy L. (2001) Consensus formation during strategic change. *Strateg Manage J*;22:1013–31.

Marşap, A. (2015) *Sağlıkta Stratejik Yönetim*, Beta Yayın, İstanbul, ss. 46-181

Martel, A. and Price,W. (1981) Stochastic programming applied to human resource planning. *Journal of the Operational Research Society*, 32, 187–196.

Martin, D.M. (1990) Total quality management for physicians: translating the new paradigm, *Quality Review Bulletin*, March, pp. 101-105.

Martin, V. Charlesworth, J. and Henderson, E. (2010). *Managing in health and social care*. New York, NY: Routledge. pp.36

Martinsons, M. Davison, R., and Tse, D. (1999). "The Balanced Scorecard: A Foundation For Strategic Management Of Information Systems," *Decision Support Systems*, (25), 71-88.

Mason-Jones, R., Naylor, B. and Towill, D. R. (2000) Engineering the leagile supply chain. *International Journal of Agile Management Systems*. 2 (1): 54-61.

Mayer, K. J. and Salomon, R. M. (2006) Capabilities, contractual hazards, and governance: integrating resource-based and transaction cost perspectives. *Academy of Management Journal* 49 (5), 942-959.

McGuire, T. and Chamberlain, P. (1984). Mission effectiveness study identifies, reinforces values. *Health Progress*, 65(10), 57–58.

McKee, M., Healy, J., Edwards, N. and Harrison, A. (2002). *Pressures for change. In M. McKee & J. Healy (Eds.), Hospitals in changing Europe* (pp. 36–58). World Health Organization (WHO): European Observatory on Health Care Systems Series. Philadelphia: Open University Press.

McKinley, W., Zhao, J. and Rust, K. (2000). A sociocognitive interpretation of organizational downsizing, *The Academy of Management Review*, 25, 227- 243.

Means, E. D., Patrick, R., Ospina, L., & West, N. (2005). Scenario planning: A tool to manage future water utility uncertainty. *Journal (American Water Works Association)*, 97(10), 68-75.

Meier, K. J., O'Toole Jr, L. J., Boyne, G. A. and Walker, R. M. (2006). Strategic management and the performance of public organizations: Testing venerable ideas against recent theories. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 17(3), 357-377.

Meliones, J. N. (1998). Practicing smarter using the balanced scorecard: A novel approach in the medical setting to operations improvement. *Critical Caw Medicine* 26 (IS): 43A.

Melnic, E. L. (2016). How to strengthen customer loyalty, using customer segmentation?. Bulletin of the Transilvania University of Brasov. *Economic Sciences. Series* V, 9(2), 51.

Mendoza, J. A., Salmon, J. ve Sallis, J. F. (2012) Partnerships for progress in active living: from research to action, *Health & Place*, 18(1), pp. 1–4.

Menteş, A. (2009). *Kurumsal yönetişim ve Türkiye analizi*. Derin Yayınları.

Mentzer, J. T., Myers, M. B. and Cheung, MS. (2004). Global market segmentation for logistics services. *Industrial Marketing Management*, 33, 15-20.

Meredith, B. H. (2004, December). *Seven secrets of fabulous businesses*. NZ Business, 18, 71.

Meyer, K. E. and Xin, K. R. (2017): Managing talent in emerging economy multinationals: integrating strategic management and human resource management, *The International Journal of Human Resource Management*, pp 1-29

Mikkal, V., Kamakura, W. A. and Govind, R. (2004). Geographic patterns in customer service and satisfaction: An empirical investigation. *Journal of Marketing*, 68(3), 48-62.

Miller, A. ve Dess, G. G. (1996). *Strategic management*, New York: The McGraw-Hill Companies.

Mintzberg H. and Waters J. A. (1982) Tracking strategy in an entrepreneurial firm. *Acad Manage J*;25:4 65–99.

Mintzberg, H. (1973). Strategy-making in three modes. *California management review*, 16(2), 44-53.

Mintzberg, H. (1994). *The rise and fall of strategic planning: Preconceiving roles for planning, plans, planners*. New York/Toronto. pp. 35

Mintzberg, H. (2000). *The rise and fall of strategic planning*. Pearson Education.

Mirzahosseinian, H. and Piplani, R. (2013). Impact of operational systems on supplier's response under performance-based contracts. *Procedia Computer Science*, 16, p. 639-647.

Mirze, S. K. (2014) *İşletmelerde Stratejik Planlama El Kitabı*, Nobel Yayın, Ankara, ss.6-7

Moczadlo, R., Strotmann, H. and Volkert, J. (2015) Corporate Contributions to Developing Health Capabilities, *Journal of Human Development and Capabilities*, 16:4, 549-566

Moffat, P. and Simon, A. (2011), "Strategic management capabilities that drive West Australian law firm success", *Academy of Taiwan Business Management Review*, Vol. 7 No. 1, pp. 1-12.

Montuori, A. (2003) From Strategic Planning to Strategic Design: Reconceptualizing the Future of Strategy in Organizations, *World Futures*, 59:1, 3-20

Moore, C., Rowe, B.J., and Widener, S.K. (2001). "HCS' Designing a Balanced Scorecard in a Knowledge-Based Firm," *Issues in Accounting Education*, 16(4), 569-601.

Moore, H. (2010) The Business Tree : Growth Strategies and Tactics for Surviving and Thriving. Franklin Lakes, NJ : Career Press, 2010. ISBN: 9781601630940. pp.26-35

Morecroft, J. D.W. (1983). System dynamics: Portraying bounded rationality. OMEGA: *The International Journal of Management Science*, 11(2), 131-142.

Moreira P. (2012) e-Health: Towards a new health management agenda?, *International Journal of Healthcare Management*, 5:2, 67-67

Moreira, P. (2014) Health and Medical Tourism: Health Management and Marketing Research challenges, *International Journal of Healthcare Management*, 7:4, 221-222

Mudambi, R. and Venzin, M. (2010) The Strategic Nexus of Offshoring and Outsourcing Decisions. *Journal of Management Studies*, 47:8 pp1510–33.

Mukherjee, A. and Tsai, Y. (2010). International outsourcing and welfare reduction: An entry-deterrence story. *Manchester School*, 78, 647–659.

Mullaney, A. (1989). Downsizing: How one hospital responded to decreasing demand. *Health Care Management Review*, 14, 41-48.

Murphy, P. R. and Daley, J. M. (1994). A framework for applying logistical segmentation. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 24(10), 13-19.

Myrna, J. W. (2009). Strategic downsizing—a new model for implementing workforce reductions. *Employment Relations Today*, 36(1), 41-47.

Naranjo-Gil, D. (2015) The role of top management teams in hospitals facing strategic change: effects on performance, *International Journal of Healthcare Management*, 8:1, 34-41

Nayar, P., Ozcan, Y. A., Yu, F. and Nguyen, A. T. (2013). Benchmarking urban acute care hospitals: Efficiency and quality perspectives. *Health Care Management Review*, 38(2), 137–145.

Neely, A., Mills, J., Platts, K., and Richards, H. (2000). "Performance Measurement System Design: Developing and Testing A Process-Based Approach," *International Journal of Operations & Production Management*, 20(10), 1 1 19-1 135.

Neilson, R. and Stouffer, D. (2005). Narrating the vision: scenarios in action. *The Futurist*, 39(3), 26-30.

Nellore, R. and Söderquist, K. (2000). Strategic outsourcing through specifications. *Omega*, 28(5), 525-540.

Nembhard, I.M., Alexander, J.A., Hoff, T. and Ramanujam, R. (2009).Why does health care continue to lag? Insights frommanagement research. *Academy ofManagement Perspectives*, 23(1), 24–42.

Ng, Nora Y., and Ruger, J. P.. 2014. "Ethics and Social Value Judgments in Public Health." *In Encyclopedia of Health Economics*, Vol 1. edited by Anthony J. Culyer, 287–291. San Diego, CA: Elsevier.

Ngai, E.W.T., Xiu, L. and Chau, D.C.K. (2009) Application of data mining techniques in customer relationship management: a literature review and classification, *Expert Systems with Applications* 36 (2) 2592–2602.

Nistor, C. S. (2009). An empirical research about the possibility of implementing balanced scorecard in Romanian Universities., Online at *http://mpra.ub.uni-muenchen.de/13208/ MPRA Paper No. 13208, posted 6. February 2009 15:13 UTC*, pp:11-11

Nobre, F. S. (2011). Core competencies of the new industrial organization. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 22(4), 422-443.

Nonaka, I. and Takeuchi, H. (1955) *The Knowledge Creating Comvany*, Oxford University Press, Oxford.

Nunnally, Jum C. ve Ira H. Bernstein (1994), *Psychometric Theory*, 3rd Edition, McGraw-Hill Inc., New York.

Ocaka, M. ve Arıkboğa, D. (2017) Kurumsal Yönetişim Bileşenlerinin Tahakkuk Esaslı Kâr Yönetimi Üzerine Etkileri: Bağımsız Üyelerin ve Kadın Üyelerin Önemi, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, Vol/Cilt: 46, No/Sayı:1, May/Mayıs, 98-116

Ogbonna, E. and Harris, L. C. (2000) Leadership style, organisational culture and performance; empirical evidence from UK companies. *Human Resource Management* 11(4): 766–788.

Ohno, T., (1988) *Toyota Production System: Beyond Uırge Scale Produaion*, Cambridge. Productivity Press,

Okumuş, F., Koyuncu, M. ve Günlü, E.(Editörler). (2012) *İşletmelerde Stratejik Yönetim*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, ss. 30 – 299

Oldroyd, R. G. J. B. (2005). The quest for customer focus. *Harvard Business Review*, 83(4), 92.

Oliveira, J. (2001). "The Balanced Scorecard: An Integrative Approach to Performance Management," *Healthcare Financial Management*, 55(5), 42-46.

Oliveira, M. D. and Pinto, C. G. (2005). Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Econ.* 14 (9), 203–220.

Ollila, S. (2013). Productivity in Public Welfare Services is Changing: The Standpoint of Strategic Competence-Based Management. *Social work in public health*, 28(6), 566-574.

Orndoff, K. (2002) Strategic Tools for RIM Professionals, *Information Management Journal*. 36: 6 pp 65–71.

Orton, J. D. and Weick, K. E. (1990). Loosely coupled systems: A reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15, 203-223

Othman, S. B., Zgaya, H., Hammadi, S., Quilliot, A., Martinot, A. and Renard, J-M. (2016) Agents endowed with uncertainty management behaviors to solve a multiskill healthcare task scheduling, *Journal of Biomedical Informatics*, p.25-43

Ödemiş, M. (2014). *Otel İşletmelerinin Stratejik Yönetim ve Araçlarını Uygulama Anlayışları Üzerine Bir Araştırma,* Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 15, 25–26

Pamuk, G., Erkut, H., Ülengin, F., Ülengin, B., Akgüç, Ö., Alpay, Y. ve Koşma, H. (1997) *Stratrejik Yönetim ve Senaryo Tekniği*, İrfan Yayıncılık, ss. 25

Panuš, J., Jonášová, H., Kantorová, K., Doležalová, M. and Horáčková, K. (2016, July). Customer segmentation utilization for differentiated approach. In Information and Digital Technologies (IDT), 2016 *International Conference on* (pp. 227-233). IEEE.

Patır. Sait (2009). "Faktör Analizi ile Öğretim Üyelerini Değerleme Çalışması," Erzurum: Atatürk Üniversitesi, *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23 (4), ss.69-86.

Paulauskas, S. and Paulauskas, A. (2008) The virtualics and strategic self-management as tools for sustainable development, *Ukio Technologinis ir Ekonominis Vystymas*, 14:1, 76-88

Payne, A and Frow, P. (2005).Astrategic framework for customer relationship management. *Journal of Marketing*, 69(4), 167-76.

Payne, A. and Frow, P. (2006). Customer relationship management: from strategy to implementation. *Journal of Marketing Management*, 22(1e2), p.135-168.

Pereraa, F. P. R. and Peiro, M. (2012) Strategic Planning in Healthcare Organizations, Focus on: *Healthcare Management* (II);65(8):749–754

Perkins, D. (1992) The strategic management of health services, *The Journal of Management Development*; 1992; 11, 6; ProQuest Central, pg. 31

Perlin, M. S. (1972) Current practices in long-range planning. *Hospitals*;46:62–5.

Perrott, B. (2002) Strategic implications of quality management in health care, *Journal of Change Management*, 3:2, 158-166

Peteraf, M. A., and J. B. Barney. 2003. "Unraveling the Resource-Based Tangle." *Managerial and Decision Economics* 24 (4): 309–323.

Peters, T. J. (1987) *Thriving on chaos: Handbook for a management revolution*. Harper and Row.

Peters, T.J. (1988) *Thriving on Chaos, a handbook for a management revolution*, Random House, New York.

Peters, T.J. and VVaterman, R.H. (1983) *In Search of Ezcellence Lessons from America s best run companies*, VVamer Books, Chicago.

Pfeffer, J. (1998): *The human equation. Boston, MA*: Harvard Business School Press.

Phillips, P. and Appiah-Adu, K. (1998) Benchmarking to Improve the Strategic Planning Process in the Hotel Sector, *Service Industries Journal*, 18:1, 1-17

Piening, E. P. (2013). Dynamic capabilities in public organizations: A literature review and research agenda. *Public Management Review*, 15(2), 209-245.

Piercy, N. F., Harris, L. C., Peters, L. D. and Lane, N. (1997) Marketing management, market strategy and strategic management: domain realignment and redefinition, *Journal of Strategic Marketing*, 5:1, 51-63

Pineno, C.J. (2002). "The Balanced Scorecard: An Incremental Approach Model To Health Care Management," *Journal OfHealth Care Financial Management*, 28(4), 69-80.

Pink, G.H., Mckillop, I., Schraa, E.G., Preyra, C., Montgomery, C., and Baker, G.R. (2001). "Creating A Balanced Scorecard For A Hospital System," *Journal Of Health Care Financial Management*, 27(3), 1-20.

Pinker, E.J. and Shumsky, R.A. (2000) The efficiency-quality trade-off of cross-trained workers. *Manufacturing and Service Operations Management*, 2, 32–48.

Pinkham, R., 1999.21 st *Century Water Systems: Scenarios, Visions, and Drivers*. Rocky Mountain Inst, Snowmass, Colo.

Pirttila, T. and Huiskonen, J. (1996). A framework for cost-service analysis in differentiation of logistics services. *International Journal of Production Economics* 45, 131-137.

Plum, D. M., Peters, D. and Shaw, D. (2017) Balancing the Vertical Integration vs. Out-Sourcing Decision for Quality and Continuity, *Strategic Management Quarterly*, June, Vol. 5, No. 1&2, pp. 1-4

Poister, H. T. (2005) Strategic Planning and Management in State Departments of Transportation, *International Journal of Public Administration*, 28:13-14

Porter ME, Lee TH. (2013) The strategy that will fix health care. *Harv Bus Rev* 91(10):50–70.

Porter ME. (2009) A strategy for health care reform – toward a value-based system. *N Engl J Med* ;361(2):109–12.

Porter, M. (1995) Competitiue Advantage—Creating and sustaining a superior advantage, Free Press, New York.

Porter, M. E. (1980) *Competitive Strategy Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. New York: Free Press.

Porter, M. E. (1985) *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: Free Press.

Porter, M. E. (1996) "What Is Strategy?" *Harvard Business Review* 74 (6): 61–78.

Porter, M.E. (1980), *Competİtive Strategy: Techniques for Analysing Industries and Competitors*, New York: Free Press.

Porter, M.E. (1985), *Competİtive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*, New York: Free Press.

Prahalad, C .K and Bettis, R. (1986) The dominant logic: A new linkage between diversity and performance. *Strategic Management Journal* 7, 485–501.

Prahalad, C.K. and Hamel, G. (1990), "The core competence of the corporation", *Harvard Business Review*, Vol. 68 No. 3, pp. 79-91.

Prašnikar, J., Debeljak, Z. and Ahčan, A. (2005) Benchmarking as a tool of strategic management, *Total Quality Management and Business Excellence*, 16:2, 257-275

Prescott J. E, and Grant J. H. (1988) A manager's guide for evaluating competitive analysis techniques. *Interfaces* 18(3): 10–23.

Priem, R.L., Butler, J.E. and Li, S. (2013). Toward reimagining strategy research: retrospection and prospection on the 2011 AMR decade award article. *Acad. Manag. Rev*. 38 (4), 471–489.

Pynes, J. E. and Lombardi, D. N. (2011). Human resources management for health care organizations: a strategic approach. *John Wiley & Sons*. pp. 32-33

Qehaja, A. B., Kutllovci, E., & Pula, J. S. (2017). Strategic Management Tools and Techniques Usage: a Qualitative Review. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*, 65(2), 585-600.

Quelin, B. and Duhamel, F. (2003). Bringing together strategic outsourcing and corporate strategy: outsourcing motives and risks. *European Management Journal* 21 (5), 647–661.

Quinn, J. (1992) The Intelligent Enterprise a New Paradigm. *Academy of Management Executive*, 6:4 pp48–63.

Quinn, J. B. and Hilmer, F. G. (1994) Strategic outsourcing. *Sloan Management Review* 35 (4), 43-55.

Quinn, L., Hines, T. and Bennison, D. (2007). Making sense of market segmentation: A fashion retailing case. *European Journal of Marketing*, 41, 439–465.

Rainey, H. and Steinbauer, P. (1999). Galloping elephants: Developing elements of a theory of effective government organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 9(1), 1–32.

Rao, P.P. (1990) A dynamic programming approach to determine optimal manpower recruitment policies. *Journal of the Operational Research Society*, 41, 983–988.

Rathert, C., Wyrwich, M.D. and Boren, S.A. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351–379.

Reeves, T. C. and FordStrategic, E. W. (2004) Management and Performance Differences: Nonprofit versus For-Profit, *Health Organizations, Health Care Manage Rev*, 29(4), 298-308

Rigby D. (2001) Management tools and techniques: a survey. *California Management Review* 41(2): 139–160.

Rigby, D. (2001). Putting tools to the test: Senior executives rate 25 top management tools. *Strategy & Leadership*, 29(3), 4–12.

Rigby, D. (2003) "Management tools survey 2003: usage up as companies strive to make headway in tough times", *Strategy & Leadership*, Vol. 31 Issue: 5, pp.4-11

Rigby, D. and Bilodeau, B. (2013) Management Tools & Trends 2013, *Bain & Company* ss. 1-13

Rigby, D. and Bilodeau, B. (2017) Management Tools & Trends 2017, *Bain & Company* ss. 1-15

Rigby, D. and Bilodeau, B. (2018) Management Tools & Trends, *Bain & Company* ss. 1-16

Rindler, M. E. (1984) *Towing the line: strategic cost management. In: Kaufman K, editor. Finance in brief: six key concepts for healthcare leaders. Chicago*: Health Administration Press; p 9-91.

Ring, P. and Perry, J. L. (1985) Strategic Management in Public and Private Organizations: Implications of Distinctive Contexts and Constraints. *Academic Management Review*, 10(2), 276–286.

Ringland, G., 1998. *Scenario Pianning: Managing forthe Future.* John Wiley & Sons, New York.

Ríos, A., Ríos, A., Zougagh, M. and Zougagh, M. (2013). Sample preparation for micro total analytical systems (m-TASs). *TrAC Trends in Analytical Chemistry*, 43, p.174-188.

Riquelme, J. M., and Montes, J. T. (2011). Planificación estratégica en hospitales. In Gestión hospitalaria. *McGraw-Hill Madrid*, p. 332–51.

Rivers, P. A. (1999) Aligning information systems for effective total quality management implementation in health care organizations, *Total Quality Management*, 10:2, 281-289

Roberts, V. (2001) Managing strategic outsourcing in the healthcare industry. *Journal of Healthcare Management*, 46(4), 239.

Rohrich, R. J. (2000) Strategic planning in plastic surgery: what it can do for you. *Plast Reconstruct Surg*;105:2497–8.

Rondeau, K. and Wagar, T. (1998).*Workforce reduction practices in Canadian hospitals*. Kingston, Ontario: IRC Press, Queen's University. ss. 1-20

Ruger, J. P. (2015) Health Economics and Ethics and the Health Capability Paradigm, *Journal of Human Development and Capabilities*, 16:4, 581-599

Ruger, J. P. 2010. "Health Capability: Conceptualization and Operationalization." *American Journal of Public Health* 100: 42–49.

Saklı A. R. (2012) *Stratejik Kurumsal Yönetim*, Nobel Yayıncılık, Ankara.

Saltaji, I. M. F. (2017) Corporate Governance: The Impacts On The Firm Value, *Internal A uditins & Risk Management*, Amil XII, Nr,2(46), June, p.36-43

Sancar, G. A. (2013). Kurumsal Sürdürülebilirlik Bağlamında Kurumsal Yönetişim: Kavramın Doğuşu, Gelişimi ve Değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 8(1), 71-84.

Sanchez, R. (2001). *Managing knowledge into competence: The five learning cycles of the competent organization*. In R. Sanchez (Ed.), Knowledge management and organizational competence, Oxford, UK: Oxford University Press. pp. 3–37

Sanchez, R. and Heene, A. (1997).Competence-based strategic management: *Concepts and issues for theory, research, and practice* (pp. 3-42).

Sanchez, R., & Heene, A. (1997). *Competence-based strategic management: Concepts and issues for theory, research and practice*. In A. Heene & R. Sanchez (Eds.), Competence-based strategic management, Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd. pp. 3–42

Sapriel, C. (2003) "Effective crisis management: Tools and best practice for the new millennium", *Journal of Communication Management*, Vol. 7 Issue: 4, pp.348-355

Sarasvathy, S.D. and Dew, N. (2013), "Without judgement: an empirically based entrepreneurial theory of the firm*", Review of Austrian Economics*, Vol. 26 No. 3, pp. 277-296.

Satia, J. and Dohlie, M. B. (1999) Achieving total quality management in public health systems. *Journal of Health Management*, 1(2), 301-322.

Sayed, N. (2013) "Ratify, reject or revise: balanced scorecard and universities", *International Journal of Educational Management*, Vol. 27 Issue: 3, pp.203-220

Scheier, R. L. (1997) "Businesses Outsourcing More but less Thrilled with Results." Computer World (July): 14.

Schiemann, W. A. and Lingle, J. H. (1997). Seven greatest myths of measurement. *Management Review*, 86(5), 29.

Schriefer, J., L. D. Urden, and S. Rogers. 1997. Report cards: Tools for managing pathways and outcomes. *Outcomes Managmentfor Nursing Practice* 1 (1): 1419.

Schriefer, J., Urden, L. D. and Rogers, S. (1997). Report cards: tools for managing pathways and outcomes. *Outcomes management for nursing practice*, 1(1), 14-19.

Schwartz, P., 1991. *TheArtofthe Long 1/iew. Penguin Group*, New York.

Schwartz, R. W. and Cohn, K. C. (2002) The necessity for physician involvement in strategic planning in healthcare organizations, *The American Journal of Surgery* 184 269–278

Scott-Martinet, K. (2006). *Strategic contingency planning. In Masters Abstracts International*, Presented to the Professional Studies Department California State University, Long Beach, pp. 34-38

Seçer, İ. (2013). *SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi*. Anı Yayıncılık. Ankara.

Seçer, İ. (2013). *SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi*. Anı Yayıncılık. Ankara.

Sen, A. and Sinha, A. P. (2011) IT alignment strategies for customer relationship management, *Decision Support Systems* 51; 609–619.

Senge, P. (1990) *The Fifth Discipline, The Art and Practice of the Learning Organization*, Doubleday, New York.

Sevim, Ş. Akdemir, A. ve Vatansever, K. (2008). "Lojistik Faaliyetlerinde Dış Kaynak Kullanan İşletmelerin Aldıkları Hizmetlerin Kalitesinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir İnceleme" *Süleyman Demirci Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 13, 1: 1-27.

Shanahan, M., Brownell, M.D. and Roos, N.P. (1999). The unintended and unexpected impact of downsizing: Costly hospitals become more costly. *Medical Care*, 37, 123–134.

Shang, S. S. C. and Lin, S. F. (2010) People-driven processes in customer relationship management, *The Service Industries Journal*, 30:14, 2441-2456

Sharma, A. and Lambert, D. M. (1994). Segmentation of markets based on customer service. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 24(4), 50-8.

Sharma, S. (1999) Trespass or symbiosis? Dissolving the boundaries between strategic marketing and strategic management, *Journal of Strategic Marketing*, 7:2, 73-88

Sharp, N.D., Greiner, G.T., Li, Y., Mitchell, P.H., Sochalski, J.A., Courneoyer, P.R., et al. (2006). Nurse executive and staff nurse perceptions of the effects of reorganization in veterans health administration hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 36(10), 471–478.

Sharp, P. (1995) '*Competition as opposed to Outsourcing: The Commercial Support Program in the Defence Science and Technology Organisation' in How to Run a Business within Government*, Sydney, IIR Conferences Pty Ltd.

Sheth, J. N., Sisodia, R. S. and Sharma, A. (2000). The antecedents and consequences of customer-centric marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(1), p.55-66.

Shetty, Y. (1993) 'Aiming High: Competitive Bcnchmarking for Superior Performance', *Long Range Planning*, Vol.26, No.l, pp.39-44.

Shleifer, A. and Vishny, R. (1997); A survey of corporate governance, *Journal of Finance* 52, 737-783.

Short, P. J. (1995) Total quality management in hospitals, *Total Quality Management*, 6:3, 255-264

Shoshkes, E. And Adler, S. (2009) Planning for healthy people/healthy places: lessons from mid-twentieth century global discourse, *Planning Perspectives*, 24:2, 197-217

Siess, J. A. (2005) Strategic Planning for Hospital Libraries, *Journal of Hospital Librarianship*, 5:4, 37-49

Siess, J. A. (2005) Strategic Planning for Hospital Libraries, *Journal of Hospital Librarianship*, 5:4, 37-49

Simon, A. and Power, D. (2004), "Strategic capabilities affecting advertising agency success in Australia", *CD Proceedings, 3rd Global Conference on Business and Economics (GCBE)*, Amsterdam, 9-11 July.

Simon, A., Bartle, C., Stockport, G., Smith, B., Klobas, J. E. and Sohal, A. (2015). Business leaders' views on the importance of strategic and dynamic capabilities for successful financial and non-financial business performance. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 64(7), 908-931.

Simon, C. F., Hu, Y. H. and Lu, Y. H. (2015). Customer segmentation issues and strategies for an automobile dealership with two clustering techniques. *Expert Systems*, 32(1), 65-76.

Simon, S. J. (2005) Balanced Scorecard: A Tool to Improve IS Department Planning and Evaluation, *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 7:4, 7-29

Sink, D.S. and Smith, G.L. (1999). "Reclaiming Process Measurement," *IIE Solutions*, 3 1(2), 41-46.

Sofaer, S. and Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, 26, 513–559.

Soltani, Z. and Navimipour, N. J. (2016) Customer relationship management mechanisms: A systematic review of the state of the art literature and recommendations for future research *Computers in Human Behavior* 61 p.667-688

Song, H. and Huang, H.C. (2008) A successive convex approximation method for multistage workforce capacity planning problem with turnover. *European Journal of Operational Research*, 188(1), 29–48.

Soysa, I. B., Jayamaha, N. P. and Grigg, N. P. (2017). Validating the balanced scorecard framework for nonprofit organisations: an empirical study involving Australasian healthcare. *Total Quality Management & Business Excellence*, 1-21.

Söyler, İ., (2007) Kamu Sektöründe Stratejik Yönetim Uygulanabilir mi? (Engeller/Güçlükler), *Maliye Dergisi* Sayı 152 Ocak- Haziran 2007 114

Söyler, S. ve Zekioğlu, A. K. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımı: Bir Alan Araştırması, *Sağlık Yönetimi Dergisi*,1(1), 11-20.

Spanos, Y., and S. Lioukas. 2001. "An Examination into the Causal Logic of Rent Generation: Contrasting Porter's Competitive Strategy Framework and the Resource-Based Perspective." *Strategic Management Journal* 22 (10): 907–934.

Spendolini, M. J. (1992). *The benchmarking book*. New York: American Management Association.

Spreitzer, G., Mishra, A. (2002): To stay or to go: Voluntary survivor turnover following an organizational downsizing. In: *Journal of Organizational Behavior*, 23, 707-729.

Sreenu., N. (2017) Correlations among the Corporate Finance Decision, Governance and Financial Performance in Emerging Market Value : the Study in Indian Context, *Journal of Commerce & Management Thought* Vol. 8-3, pp 616-638

Srinivasan, R., and Moorman, C. (2005). Strategic firm commitments and rewards for customer relationship management in online retailing. *Journal of Marketing*, 69(4), p.193-200.

Stanslowski, J. (2008). *Überleben durch Strategische Allianzen*. Munich. Germany. Official Report of Sana Hospital AG retrieved

States: new paradigm for roles of distributors. *Int. J. Health Manag*. Inf. 2, 73–82.

Steele, J. (2001), "Transforming the balanced scorecard into your strategy execution system", *Manage*, Vol. 1, pp. 22-3.

Storbacka, K. (1994), "*The Nature of Customer Relationship Profitability. Analysis of Relationships and Customer Bases in Retail Banking*", Publications of the Swedish School of Economics and Business Administration, no.55, Helsingfors.

Storbacka, K. (1997). Segmentation based on customer profitability—retrospective analysis of retail bank customer bases. *Journal of Marketing Management*, 13(5), 479-492.

Subramony, M. and Pugh, S.D. (2015). Services management research review, integration, and future directions. *Journal of Management*, 41(1), 349–373.

Sveiby, K.-E. (1997). *The new organizational wealth: Managing and measuring knowledge-based assets*. San Francisco, CA: Berret-Koehler.

Swales, J. M. and Rogers, P. S. (1995). *Discourse and the projection of corporate culture: The mission statement*. Discourse & Society, 6, 223-242

Swayne, L. E., Duncan, W. J., and Ginter, P. M., (2008) *Strategic Management of Health Care Organizations*, John VViley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, VVest Sussex PÜ19 8SQ, England ss 7 - 13

Şantaş, F., Uğurluoğlu, Ö. ve Kandemir, A. (2013) Saglık Kurumlarında Yönlendirme Stratejileri, *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi* Cilt 5, Sayı 2, ss. 65

Tassabehji, R. and Isherwood, A. (2014) Management Use of Strategic Tools for Innovating During Turbulent Times, *Strategic Change*, 23: 63–80

Teece, D.J., Pisano, G. and Shuen, A. (1997), "Dynamic capabilities and strategic management", *Strategic Management Journal*, Vol. 18 No. 7, pp. 509-533.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2014). *Sağlik işletmeleri yönetimi*. Nobel publication, Ankara. ss.365

Thompson, J. D. (1967). *Organizations in action: social science bases of administrative theory*. New York: McGraw-Hill.

Thompson, S. and McCue, P. (2016) Healthy Planning: An Evolving Collaborative Partnership, *Urban Policy and Research*, 34:1, 73-89

Tombaugh, J. and White, L. (1990) 'Dovvnsizing: An empirical assessment of survivors' perceptions in a post layoff environment', *Organization Deve Jopment Journal*, 8(2), pp 32-43

Topping S. and Hernandez SR. (1991) Health care strategy research, 1985–1990: a critical *review. Med Care Res Rev* 1;48:47–89.

Tosti, D.T. and Jackson, S.F. (2001) Organizational Alignment. *iChangeWorld Consulting.* p.1-7

Trinh H. Q. and O'Connor SJ. (2002) Helpful or harmful? The impact of strategic change on the performance of U.S. urban hospitals. *Health Serv Res;*37(1): 143–69.

Trullenque F. (2007) Dirigiendo estrate´gicamente hacia el futuro. *Harv-Deusto Bus Rev.*;153:62–7.

Truskie, S. (1984). The driving force of successful organizations. *Business Horizons*, 27(4), 43–48.

Tsai, W. and Ghoshal, S. (1998). Social capital and value creation: The role of infrafirm networks. *Academy of Management Journal*, 41, 464-476.

Tsang, A.H., Jardine, A.K., and Kolodny, H. (1999). "Measuring Maintenance Performance: A Holistic Approach," *International Journal of Operations & Production Management*, 19(7), 69 1-7 14.

Tuar, H. (2013) İşletme & Yönetim Terimleri Ansiklopedik Sözlük, Detay Yayıncılık, Ankara ss.358

Turner, J.,Mehrotra, S. and Daskin, M. S. (2010) Perspectives on health-care resource management problems, in A Long View of Research and Practice in Operations *Research and Management Science,* Springer, New York, NY, pp. 231–247.

Turunç, Ö., (2015) Stratejik Yönetim Örgütsel Performans İlişkisinde Kişi-Örgüt Uyumunun Rolü, *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 1, 16-30

Uğurluoğlu, Ö. ve Sönmez, S. (2017) Sağlık Kurumlarında Paydaş Analizi, *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, Cilt 13, Sayı 1, ss.2

Uğurluoğlu, Ö., (2013) Sağlık Kurumlarında Dış Çevre Analizi, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, ss. 174

Useem, M. (2000) "Leading Laterally in Company Outsourcing." *Sloan Management Revievo* 41 (2): 25-37.

Ülgen, H. ve Mirze, K., (2013) *Stratejik yönetim*, İstanbul: Beta Yayıncılık, s. 57-200.

Vairaktarakis, G. and Winch, J.K. (1999) Worker cross-training in paced assembly lines. *Manufacturing and Service Operations Management*, 1, 112–131.

van Atteveld, L., Broeders, C. and Lapre, R. (1987) "International Comparative Research in Health Care: A Study of the Literatüre." *Health Policy* 8, no. 1: 105-36.

Van der Heijden, K., (1996). *Scenarios: The Art of Strategic Conversation*. John Wiley & Sons, New York.

Van Der Zee, J.T. and De Jong, B. (1999). "Alignment is Not Enough: Integrating Business and Information Technology Management with the Balanced Business Scorecard," *Journal of Management Information Systems*, 16(2), 137- 156.

Vanderby, S.A., Carter, M.W., Latham, T. and Feindel, C. (2014) Modeling the future of the Canadian cardiac surgery workforce using system dynamics. *Journal of theOperational Research Society*, 65.9, 1325–1335.

Vanderby, S.A., Carter,M.W., Latham, T., Ouzounian,M.,Hassan,A., Tang, G.H., Teng, C.J., Kingsbury, K. and Feindel, C.M. (2010) Modeling the cardiac surgery workforce in Canada. *The Annals of Thoracic Surgery*, 90, 467–473.

Varadarajan, P.R. (1992) Marketing's contribution to strategy: the view from a different looking glass. *Journal of the Academy of Marketing Science* 20(4), 335–43.

Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O.A. and Guisset, A.L. (2005). A performance assessment framework for hospitals: The WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal of Quality in Health Care*, 17, 74–87.

Verhoef, P.C. and B. Donkers (2001) Predicting customer potential value an application in the insurance industry, *Decision Support Systems*, 32, 189–199.

Vetter L.P., Carden R. and Wilkinson D. S. (2001) Strategic planning in a clinical environment. Clin Leadersh Manag Rev;15(1):34–8.

Voelker, K. E., Rakich, J. S. and French, G. R. (2001). The balanced scorecard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology. *Hospital topics*, 79(3), 13-24.

Vogus, T. J. and McClelland, L. E. (2016) When the customer is the patient: Lessons from healthcare research on patient satisfaction and service quality ratings, *Human Resource Management Review* 26 p.37–49

Vural, B. (2004). *Eğitim-öğretimde planlama-ölçme ve stratejiler*. İstanbul: Hayat Yayıncılık. ss.113

Wagner, R. and Paton, R. A. (2014) "Strategic toolkits practice and performance: a German SME perspective", VINE: The *journal of information and knowledge management systems*, Vol. 44 Issue: 4,pp.470-495

Wang, M. (2013) An evaluation of customer relationship management in hospital-based and privately run nursing homes in Taiwan, *Total Quality Management & Business Excellence* 24 (9–10) 1004–1021.

Waterman, R. H. (1987). *The renewal factor*. How the best get and keep the competitive edge.

Way, C., Gregory, D., Baker, N., Lefort, S., Barrett, B. and Parfrey, P. (2005). Attitudes and perceptions of registered nurses during and shortly after acute care restructuring in Newfoundland and Labrador. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(S2), 22–30.

Webster, F.E. (1991). *Industrial marketing strategy*. New York: John Wiley.

Webster, J. L., Reif, W. E., & Bracker, J. S. (1989). The manager's guide to strategic planning tools and techniques. *Planning review*, 17(6), 4-48.

Wechsler, B., Berry, F., Park, W. S. and Jill Tao, J. (1997) .Determinants of Strategic Choice: Proactive, Political and Defensive Models. Paper at the Fourth National *Management Research Conference at the University of Georgia*, Athens, GA, October 29.

Wedel, M. and Kamakura, W. (2000). *Market segmentation: Conceptual and methodological foundations*. Boston: Kluwer.

Weech-Maldonado, R., Elliott, M., Pradhan, R., Schiller, C., Hall, A. and Hays, R.D. (2012). Can hospital cultural competency reduce disparities in patient experiences with care? *Medical Care*, 50(11 Supplement 3), pp.48–55.

Weeks WB and Weinstein JN. (2014) Value creation strategies for health care. *Healthc Financ Manage* ;68(1): 112–3.

Wende, S. (2008). *Strategische Allianzen in Deutschen Krankenhäusern. Eine empirische Analyse. Saarbrücken*, Germany: VDM Verlag Dr. Müller AG & Co. KG. pp. 78-80

Weng, M.-H. (2011), "The application of balanced scorecard to performance evaluation for engineering educational systems", *International Journal of Organizational Innovation (Online)*, Vol. 4 No. 2, pp. 64-76.

Werker, G.R., Sauré A., and Puterman, M.L. (2016) *Strategic workforce planning in healthcare under uncertainty*.Working paper.

Wettermann, R. (2007). Driving CRM value in healthcare. *Health Management Technology*, 28(9), 48–50.

Williams, W. and Lewis, D. (2008) Strategic management tools and public sector management, *Public Management Review*, 10:5, 653-671

Williamson, O. E. (1979) Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations. *Journal of Law and Economics*, 22 pp233–61.

Willis, C.D., Stoelwinder, J.U. and Cameron, P.A. (2008). Interpreting process indicators in trauma care: Construct validity versus confounding by indication. *International Journal of Quality in Health Care*, 20, 1–8.

Wind, Y. (1978). Issues and advances in segmentation research. *Journal of Marketing Research*, 15, 317–337.

Withrow, B. (1995), "Manage the management tools", *Canadian Business Review*, Vol. 22 No. 2 pp. 38-41.

World Health Organisation (WHO) (1994). *Report of the WHO working group on quality assurance. District Health Systems*, Division of Strengthening Health Services, May. Geneva: WHO.

Worren, N., Moore, K. an Wil Williams & Duncan Lewis (2008) Strategic management tools and public sector management, *Public Management Review*, 10:5, 653-671

Worster, D. (2000) An EAP Approach to Managing Organizational Downsizing, *Employee Assistance Quarterly*, 16:1-2, 97-115

Wu, J., Guo, B. and Shi, Y. (2013). Customer knowledge management and IT-enabled business model innovation: a conceptual framework and a case study from China. *European Management Journal*, 31(4), p.359-372.

Xiang, Z., Kothari, T., Hu, C. and Fesenmaier, D. R.(2007) Benchmarking as a Strategic Tool for Destination Management Organizations, *Journal of Travel &Tourism Marketing*, 22:1, 81-93

Xiong, J., He, Z., Ke, B. and Zhang, M. (2015). Development and validation of a measurement instrument for assessing quality management practices in hospitals: An exploratory study. *Total Quality Management & Business Excellence*, 27(5–6), 465–478

Xu, M. and Walton, J. (2005). Gaining customer knowledge through analyticalCRM. *Industrial Management and Data Systems*, 105(7), 955-71.

Xu, S. and Qiu, M. (2008) A Privacy Preserved Data Mining Framework for Customer Relationship Management, *Journal of Relationship Marketing*, 7:3, 309-322

Yalçın, İ., Akın, M. ve Şeker, M. (2011) Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 13 (20): 83-92

Yankovic, N. and Green, L.V. (2011) Identifying good nursing levels: a queuing approach. *Operations Research*, 59(4), 942–955.

Yarbrough, A. K. and Powers, T. L. (2006) A Resource-Based View of Partnership Strategies in Health Care Organizations, Journal of Hospital Marketing & Public Relations, 17:1, 45-65

Young, S. (2002). Outsourcing and downsizing: processes of workplace change in public health. *The economic and labour relations review*, 13(2), 244-269.

Young, S. and Macinati, M. S. (2012) Health Outsourcing/ Backsourcing, *Public Management Review*, 14:6, 771-794

Young, T. (2007). Hospital CRM: Unexplored frontier of revenue growth? *Healthcare Financial Management*, 22(8), 86–90.

Yüzbaşıoğlu, Nedim (2004), *2000'li Yıllarda Strateji ve Planlama,* Çizgi Kitabevi, 2004. ss.80

Zairi, M. (1992). The art of benchmarking: Using customer feedback to establish a performance gap. *Total Quality Management*, 3(2), 177-188.

Zeffane, R. (1995) The downsizing paradox: Problems in the quest for leaner organisations', *Journal of Industrial Affairs*, 4(1), pp 45-47.

Zegveld, M. A. (2006) Corporate strategy and technology. In Verburg RM, Ortt JR, Dicke WM (eds), *Managing Technology and Innovation. Routledge*: Abingdon; pp. 210–227.

Zeithaml, V. A., Rust, R. T. and Lemon, K. N. (2001). The customer pyramid: creating and serving profitable customers. *California Management Review*, 43(4), 118-142.

Zeithaml, V.A. and Bitner M.J. (2000) *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*, 2rd. edn, London: McGraw-Hill.

Zellars, J. (2016). Does Scenario Planning Have a Role in US Graduate Business Schools' Curriculum?. *Journal of Higher Education Theory and Practice*, 16(6), 11.

Zelman, W.N., Pink, G.H., and Matthias, C.B. (2003). "Use Of The Balance Scorecard In Health Care," *Journal Of Health Care Financial Management*, 19(4), 1 - 16.

Zinszer, P. H. (1997). Segmenting logistical service offering using the extended buy grid model. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 27(9/10), 588-599.

Zuckerman, A. M. (2005). *Healthcare strategic planning*. Health Administration Press. pp.3-4

EKLER

EK – 1. Uygulanan Anket Örneği

STRATEJİK YÖNETİM ARAÇLARI KULLANIMI ADINA GÖRÜŞ ANKETİ

Değerli Yönetici,

Cevaplamanızı rica edeceğimiz bu anket yöneticisi bulunduğunuz yerin stratejik açıdan yönetim durumu ve stratejik araçlar hakkında bilgi düzeylerinizin ne olduğuna ilişkin bir araştırmayı içermektedir. Bu çalışma Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında "KAMU VE ÖZEL HASTANELERDEKİ YÖNETİCİLERİN STRATEJİK YÖNETİM ARAÇLARI KULLANIM GÖRÜŞLERİ HAKKINDA KARŞILAŞTIRMALI BİR ARAŞTIRMA" adlı Doktora tezinde kullanılacaktır. Vereceğiniz bilgiler ile bilime ve yöneticisi olduğunuz faaliyet camiasına katkıda bulunacağınızı bilmenizi istiyor, verdiğiniz bilgiler kesinlikle başka bir yerde kullanılmayacaktır. Anketimiz 10 dk sürecek olup, yardımlarınız ve değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ediyoruz.

Öğr. Gör. Altuğ ÇAĞATAY

Gazi Üniversitesi Doktora Öğrencisi

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Öğretim Elemanı

Almus Meslek Yüksek Okulu, Tokat/Almus
Tel : (0356) 2521616/5516
e-posta : altug.cagatay@gop.edu.tr

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Zekai ÖZTÜRK

Gazi Üniversitesi Öğretim Üyesi

I. BÖLÜM - KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz: □ Kadın □ Erkek
2. Yaşınız: .....
3. Eğitim Durumunuz: □ Lise □ Önlisans □ 4 Yıllık Fakülte/Y.O □ 6 Yıllık Fakülte
   □ Tıpta Uzmanlık □ Yüksek Lisans □ Doktora
4. Yönetici Olduğunuz Hastanenin Türü: □ Genel Hastane □ Üniversite Hastanesi
   □ Özel Hastane □ Eğitim ve Araştırma Hastanesi
5. Hastanedeki Göreviniz: .....
6. Toplam Çalışma süreniz (Yıl): □ 1-5 □ 6-10 □ 11-15 □ 16 – 20 □ 21 ve üzeri
7. Şuan bulunduğunuz hastanedeki çalışma süreniz (Yıl):
   □ 1-5 □ 6-10 □ 11-15 □ 16 – 20 □ 21 ve üzeri
8. Daha önce stratejik yönetim eğitimi aldınız mı?
   □ Evet (Lütfen belirtiniz)
   □ Hayır
9. Yönetici olduğunuz hastanenin bulunduğu çevrenin rekabet durumunu nasıl değerlendirirsiniz?
   □ Hiç rekabet yoktur
   □ Rekabet vardır

10. Çevrede faaliyette bulunan başka hastane(ler) var mı?

□ Yok □ Bir Hastane daha var □ İki hastane daha var □ Üç ve daha fazla hastane var

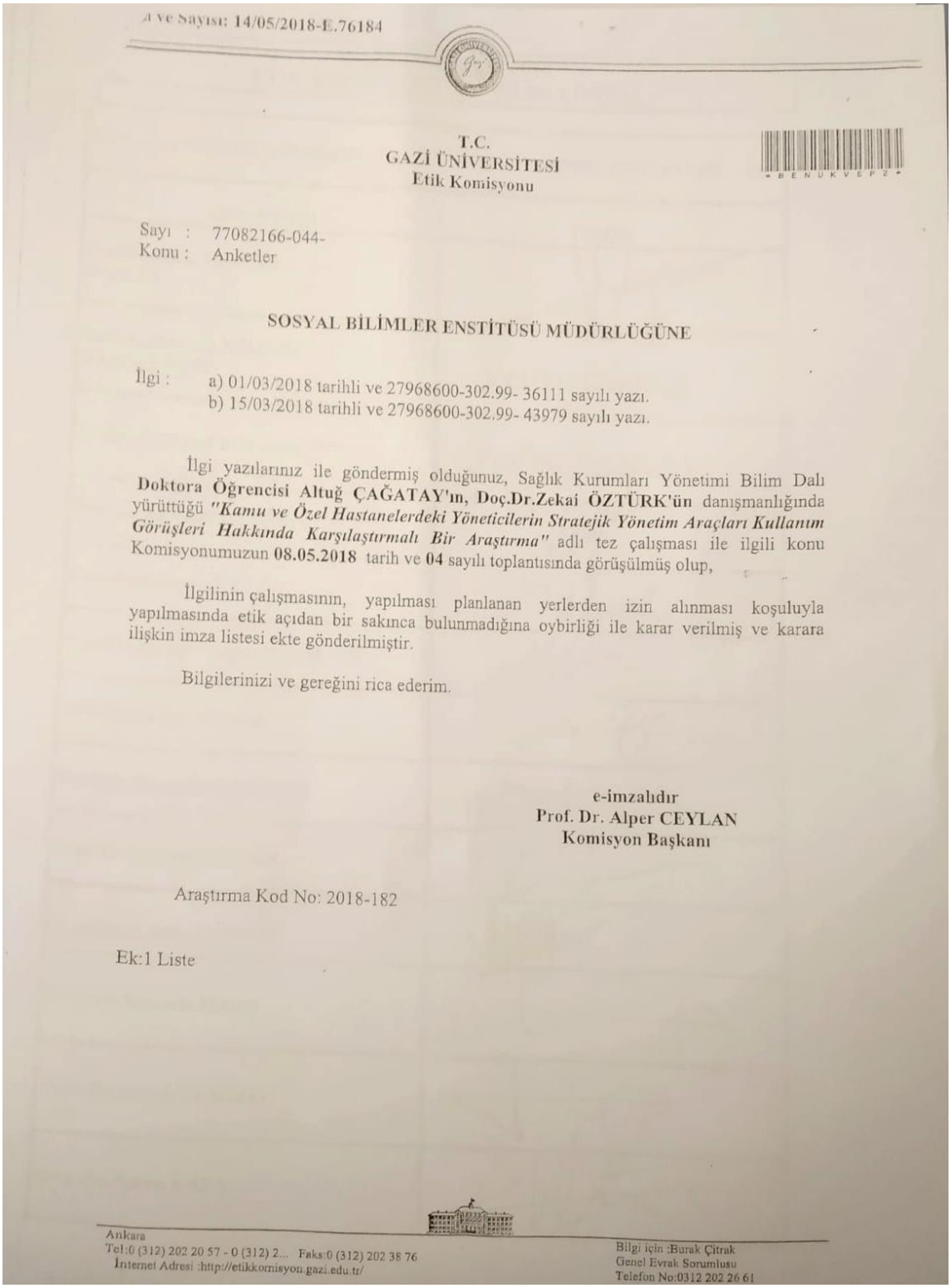
II. BÖLÜM: Bu bölüm, stratejik yönetim araçları bilgi düzeyini, kullanımını ve bu araçların kullanımından doğan memnuniyet düzeyini anlamaya çalışmaktadır. Lütfen size en uygun kutucuğu (X) ile işaretleyiniz.

STRATEJİK YÖNETİM ARAÇLARI	**Bilgi Düzeyiniz**	**Kullanım Düzeyiniz**	**Son 1 yılda kullanılma durumu**			**Memnuniyet Düzeyiniz**				
	Bu stratejik yönetim aracı hakkında bilgim var	**Son 5 yılda kullanıldı**	**Hiç kullanılmadı**	**Sınırlı olarak kullanıldı**	**Etkin olarak kullanıldı**	**Son derece memnunum**	**Memnunum**	**Kararsızım**	**Memnun değilim**	**Hiç memnun değilim**
18. Stratejik Planlama	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
19. Misyon ve Vizyon İfadeleri	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
20. Kurumsal Yönetişim ve Müşteri ilişkileri yönetimi	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
21. Dış kaynak kullanımı	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
22. Kurumsal Karne	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
23. Müşteri (Hasta) Bölümlemesi	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
24. Temel yeterlilik (Core Competencies)	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
25. İttifak, Birleşme ve Devralmalar	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
26. Tedarik zinciri yönetimi	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
27. Bilgi Yönetimi, Değerlendirme ve Kontrol	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
28. Büyüme Stratejisi Araçları	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
29. Toplam Kalite Yönetimi	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
30. Küçülme	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
31. Stratejik İnsan Kaynakları (Strategic Human Resources)	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
32. Kıyaslama	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
33. İşletme Yetenekleri	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
34. Senaryo ve Acil Durum Planlaması	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

III. BÖLÜM: Bu bölümün amacı hastanenizin stratejik yönetim araçları seçiminde önceliklerini ve ihtiyaçlarını belirlemektir. Lütfen aşağıda belirtilen ifadeleri hastaneniz açısından değerlendirerek ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı (X) ile belirtiniz.

ÖNERMELER	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
İş başarısında örgüt kültürü, strateji kadar önemli bir faktördür	□	□	□	□	□
Hasta veya Hasta yakınlarının görüşlerine yeterli önemin verilmemesi performansımıza zarar verecektir	□	□	□	□	□
Hastanemizin gelişimi açısından yenilikçi faaliyetler çok önemlidir	□	□	□	□	□
Yenilikçi faaliyetler ile hastanemizin tüm çalışanları aktif şekilde ilgilidir	□	□	□	□	□
Kararlarımızı kısa vadeli mali getirilere göre alırız	□	□	□	□	□
Karar alırken geleceğe yönelik olası değişiklikleri hesaba katarız	□	□	□	□	□
Değişime uyum sağlayabiliyor olmamız bize önemli bir rekabet avantajı sağlamaktadır	□	□	□	□	□
Çalışanlarımıza ve hastalarımıza kendimizi daha iyi tanıtmak için onlarla hayallerimizi paylaşırız	□	□	□	□	□
Uzun vadeli kararlar alırken üst düzey yönetimin düşüncelerini en ön sırada tutarız	□	□	□	□	□
Üst yöneticilerimiz kazanımlarını artırabilmek için daha yüksek riskler almaktan kaçınmazlar	□	□	□	□	□
Hastanemiz için gerekli olan mal ve hizmetlerin tedariğinde seçici davranırız	□	□	□	□	□
Hastanemiz tüm faaliyetlerini kendi başına gerçekleştirebilecek bir yapıya sahiptir	□	□	□	□	□
Hastanemiz sahip olduğu yeteneklerin farkında olarak faaliyet göstermektedir	□	□	□	□	□
Performans değerlendirme sürecinin temelini çalışanlarımızın performansı oluşturmaktadır	□	□	□	□	□
Hastanemiz ihtiyaç duyduğu alanlarda dış kaynak kullanımına gitmekte bir sakınca görmemektedir	□	□	□	□	□
Karlılığımızı olumsuz etkilese bile sürdürülebilirliğe yönelik çalışmalarımıza devam ederiz	□	□	□	□	□
Günümüzde müşterilerin markaya olan sadakati eskiden olduğunda daha azdır	□	□	□	□	□
Bugünün pazar liderlerinin 5 yıl sonrasında da hala lider olması beklenmektedir	□	□	□	□	□
Önümüzdeki üç yıl içinde maliyetlerimizi azaltmaktan ziyade gelirlerimizi artırmaya odaklanacağız	□	□	□	□	□
Sektörümüzde ekonomik koşulların iyileştiği hissediliyor	□	□	□	□	□

EK – 2. Etik Kurul Yazısı



Tarih ve Sayısı: 14/05/2018-E.76184

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : 77082166-044-
Konu : Anketler

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 01/03/2018 tarihli ve 27968600-302.99- 36111 sayılı yazı.
b) 15/03/2018 tarihli ve 27968600-302.99- 43979 sayılı yazı.

İlgi yazılarınız ile göndermiş olduğunuz, Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı **Doktora Öğrencisi Altuğ ÇAĞATAY'ın, Doç.Dr.Zekai ÖZTÜRK'ün** danışmanlığında yürüttüğü ***"Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaştırmalı Bir Araştırma"*** adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **08.05.2018** tarih ve **04** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2018-182

Ek:1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Burak Çitrak
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:0312 202 26 61

EK – 3. Hastanelerden Alınan İzin Belgeleri

Çalışmaya izin veren hastaneler:

Amasya, Çorum, Tokat, Samsun ve Ordu illerinde bulunan İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı tüm 2. ve 3. Basamak Kamu Hastanelerinin tamamından izin alınmış ve komisyon kararları ile tasdik edilmiştir.

Örneklem dahilindeki Üniversite Hastaneleri;

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Samsun On dokuz Mayıs Üniversite Hastanelerinden yazılı izin onayı alınmıştır.

Örneklem dahilindeki Özel Hastaneleri;

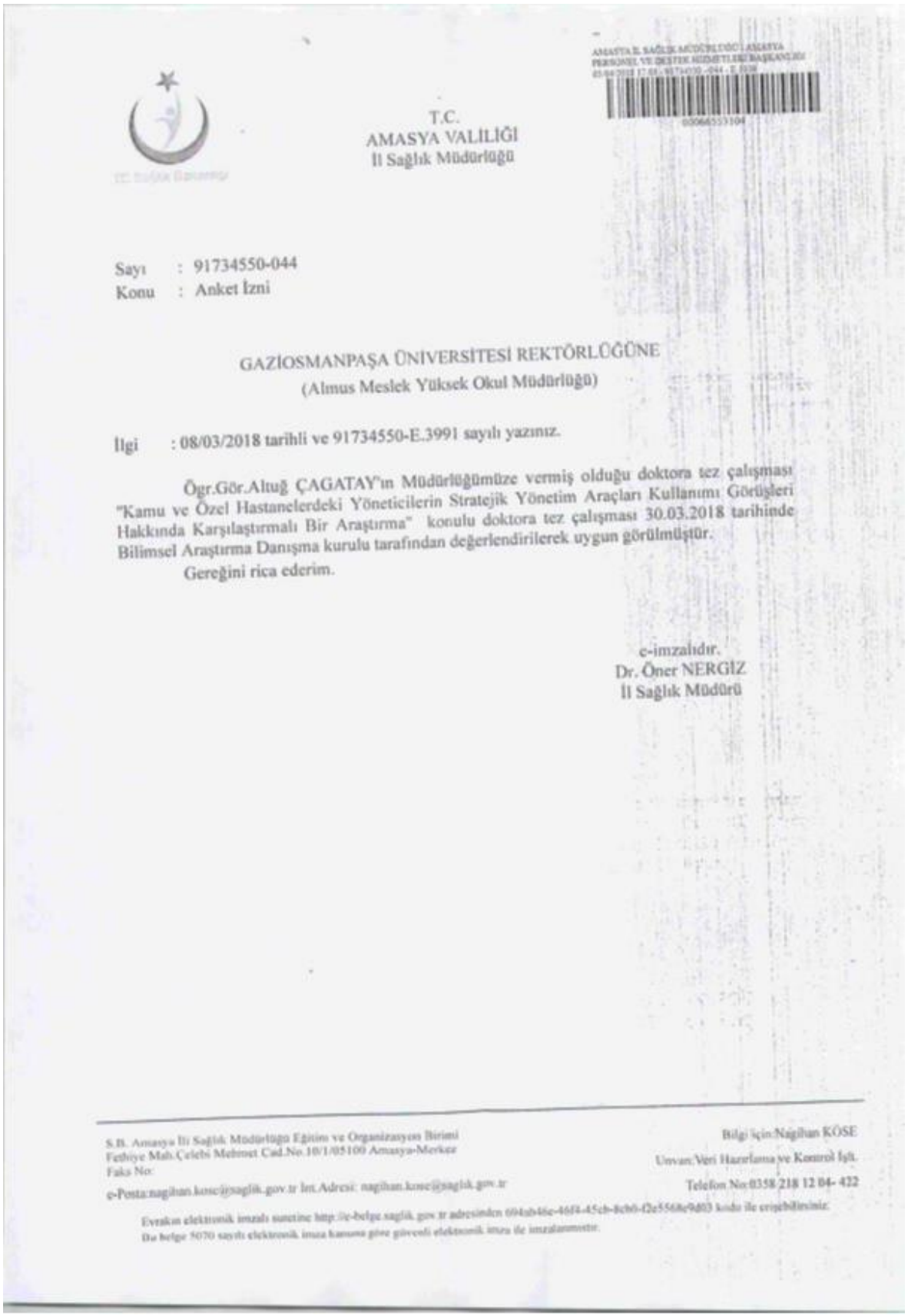
Samsun İli Özel Hastanelerinin tamamına resmi kanalla yazı yazılmış izin talebi sonrası çalışma izni yazılı olarak alınmıştır. Bu hastaneler; Liman Hastanesi, Özel Medicana Hastanesi, Büyük Anadolu Hastanesi, Atasam Hastanesi, Liv Hospital, Özel Medibafra Hastanesi, Özel Medicalpark Samsun Hastanesi, Özel Romatem Fiz. Ted. ve Reh. Dal Hastanesi, Özel Samsun Büyük Anadolu Medyan Hastanesi dir.

Çorum İlinde bulunan Özel Hastaneye resmi kanalla yazı yazılmış izin talebi sonrası çalışmaya Çorum Özel Hastanesi izin vermiştir.

Tokat İli Özel Hastanesi olan Medical Park Tokat Hastanesinden resmi kanalla yazı yazılmış izin talebi sonrası çalışma izni yazılı olarak alınmıştır.

Ordu İli Özel Hastanelerinin tamamına resmi kanalla yazı yazılmış izin talebi sonrası çalışma izni yazılı olarak alınmıştır. Bu Hastaneler; Özel Avrasya Medi-Tech Hastanesi, Özel Ordu Umut Hastanesi, Özel Ordu Sevgi Hastanesi, Medical Park Ordu Hastanesi dir. Bu ilde yer alan Özel Ünye Çakırtepe Hastanesinden çalışma için izin alınamamıştır.

EK – 3. Devamı



T.C.
AMASYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 91734550-044
Konu : Anket İzni

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Almus Meslek Yüksek Okul Müdürlüğü)

İlgi : 08/03/2018 tarihli ve 91734550-E.3991 sayılı yazınız.

Öğr.Gör.Altuğ ÇAGATAY'ın Müdürlüğümüze vermiş olduğu doktora tez çalışması "Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanımı Görüşleri Hakkında Karşılaştırmalı Bir Araştırma" konulu doktora tez çalışması 30.03.2018 tarihinde Bilimsel Araştırma Danışma kurulu tarafından değerlendirilerek uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Öner NERGİZ
İl Sağlık Müdürü

S.B. Amasya İli Sağlık Müdürlüğü Eğitim ve Organizasyon Birimi
Fethiye Mah.Çelebi Mehmet Cad.No:10/1/05100 Amasya-Merkez
Faks No:
e-Posta:nagihan.kose@saglik.gov.tr İnt.Adresi: nagihan.kose@saglik.gov.tr

Bilgi için:Nagihan KÖSE
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşl.
Telefon No:0358 218 12 04- 422

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 694ab46e-46f4-45cb-8cb0-f2e5568e9d03 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK – 3. Devamı

T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 23418205/
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı
(Öğr.Gör. Altuğ ÇAĞATAY)

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi: 08.03.2018 tarih ve E.3991 sayılı yazınız.

İlgi tarih sayılı yazınıza istinaden; Almus Meslek Yüksek Okulu Müdürlüğünde görev yapan Öğretim Görevlisi Altuğ ÇAĞATAY'ın "Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaştırılmalı Bir Araştırma" isimli çalışmaya Ön İzin verilmesi hakkında alınan Müdürlük Makamının 09.07.2018 tarih ve 23418205-799-E. 494/72539716 sayılı Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı, Ön İzin Formu ve Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu yazımız ekinde sunulmuştur.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Finans Hizmetleri Başkanlığının 20.02.2013 tarih ve 1488 sayılı Onayı ile yürürlüğe giren "Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkındaki Yönergenin 7. Maddesinde "Çalışma, ön izin alınmasına müteakip destekleyici tarafından sağlık tesisinden alınacak hizmetleri değerlendirmek üzere "Araştırma/Proje Bütçe Formu" ve ekleri ile birlikte Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna gönderilir. Eğer sağlık tesisinden alınacak hizmet yoksa çalışma Kuruma bilgi amaçlı gönderilir denilmekte olup, ilgili madde doğrultusunda işlem yapılmasının sağlanması, destekleyici veya bilimsel çalışmayı yapan kişiler tarafından kurumla yapılan yazışmalardan tarafımıza bilgi verilmesi, çalışmanın başlayış ve bitiş tarihlerinin Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bildirilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Arif PİLGİR
İl Sağlık Müdür V.

EKLER:
1- Onay (1 Sayfa)
2- Ön İzin Formu (1 Sayfa)
3-Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu (4) Sayfa)
4- Etik Kurulu Karar Formu (1 Sayfa)
5- Anket Formu (3 Sayfa)
6- Örneklem Olarak Seçilen Hastane Listesi (1 Sayfa)

Çorum İl Sağlık Müdürlüğü
Belge Elektronik İmzalıdır
13/07/2018

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
Adr: Bahçelievler Mah. Çamlık Sok. No : 86 / A Merkez / ÇORUM Tel:0 364 219 55 00 Dahili No:7456-7457-7458 Ayrıntılı Bilgi İçin:Birim Sorumlusu:Yeliz YELEN AKPINAR E-Posta: corumism.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 4b6de723-c074-481b-b0db-4dad974c3144 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK – 3. Devamı

Tarih ve Sayı: 15/03/2018-8345

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Dairesi Başkanlığı

Sayı : 16574162-900-E.16034
Konu : Anket İzni

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 08.03.2018 tarihli ve 3987 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği Üniversiteniz Almus Meslek Yüksekokulu Büro Yönetimi Programı Öğr. Gör. Altuğ ÇAĞATAY'ın "Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaştırılmalı Bir Araştırma" konulu çalışması için anket uygulama talebi Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

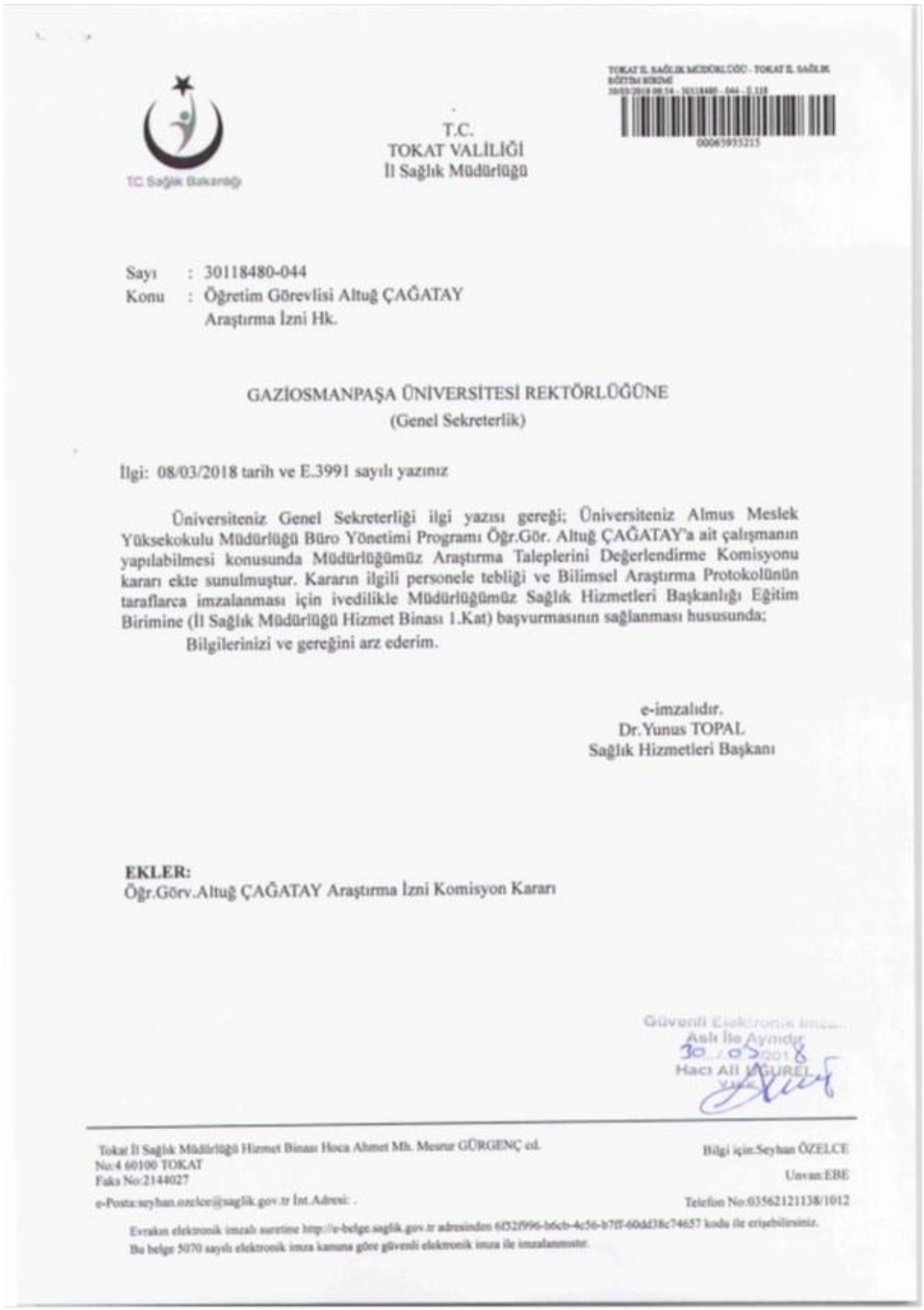
Prof. Dr. Reha Metin ALKAN
Rektör

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Hitit Üniversitesi Kuzey Kampüsü Çevre Yolu Bulvarı 19030 ÇORUM
Tel: 0(364) 219 20 90 Faks: 0(364) 219 21 19
e-posta: personel@hitit.edu.tr İnternet Adresi: www.personel.hitit.edu.tr

Bilgi için:Ömer KALKAN
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No:(364) 219 19 19-2110

EK – 3. Devamı



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 30118480-044
Konu : Öğretim Görevlisi Altuğ ÇAĞATAY
Araştırma İzni Hk.

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi: 08/03/2018 tarih ve E.3991 sayılı yazınız

Üniversiteniz Genel Sekreterliği ilgi yazısı gereği; Üniversiteniz Almus Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü Büro Yönetimi Programı Öğr.Gör. Altuğ ÇAĞATAY'a ait çalışmanın yapılabilmesi konusunda Müdürlüğümüz Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu kararı ekte sunulmuştur. Kararın ilgili personele tebliği ve Bilimsel Araştırma Protokolünün taraflarca imzalanması için ivedilikle Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Birimine (İl Sağlık Müdürlüğü Hizmet Binası 1.Kat) başvurmasının sağlanması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Yunus TOPAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

EKLER:
Öğr.Görv.Altuğ ÇAĞATAY Araştırma İzni Komisyon Kararı

Güvenli Elektronik İmza
Aslı İle Aynıdır
30../05/2018
Hacı Ali İĞUREL

Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Hizmet Binası Hoca Ahmet Mh. Mesrur GÜRGENÇ cd. No:4 60100 TOKAT
Faks No:2144027
e-Posta:seyhan.ozelce@saglik.gov.tr İnt.Adresi: .

Bilgi için:Seyhan ÖZELCE
Unvan:EBE
Telefon No:03562121138/1012

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 6f52f996-b6cb-4c56-b7ff-60dd38c74657 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK – 3. Devamı

T.C. Sağlık Bakanlığı

TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYON KARAR TUTANAĞI			
	KARAR TARİHİ	TOPLANTI NO	KARAR NO
	29/ 03 /2018	01	14
KONUNUN ÖZETİ	Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında doktora yapmakta olan, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Almus Meslek Yüksek Okulu Öğretim Görevlisi Altuğ ÇAĞATAY ' ın ilimiz il ve İlçe Devlet Hastaneleri,Özel Hastane ve Üniversite hastanesinde yapmayı planladığı ''Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Strateji Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaştırmalı Bir Araştırma'' başlıklı doktora tez çalışması.		
KONU : Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Strateji Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaştırmalı Bir Araştırma			
KARAR: Komisyon üyelerinin oy birliği ile kabul edilmiştir.			

BAŞKAN	ÜYE	ÜYE
İmza	İmza	İmza
Dr.Cihat ZÜLFÜOĞULLARI Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Başkan Yardımcısı	Dr.Zeynel KALLİ Kamu Hast.Hizmt. Başkanlığı Başkan Yardımcısı	Dr.Nilay ELİBOL Halk Sağlığı Hizmt. Başkanlığı Başkan Yardımcısı
ÜYE	ÜYE	YEDEK ÜYELER
İmza	İmza	İmza
Mustafa ABBAS Personel ve Destek Hizmt. Başkanlığı Başkan Yardımcısı	Uzm.Dr.N.Pınar BAYSAN Halk Sağlığı Hizmt. Başkanlığı Halk Sağlığı Uzmanı	Canan DOĞAN Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Uzman

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 6f52f996-b6cb-4c56-b7ff-60dd38c74657 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK – 3. Devamı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/04/2018-E.20017

T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :38473544-044/
Konu :Anket İzin İsteği

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Genel Sekreterlik)

İlgi : Yazı İşleri Şube Müdürlüğü; 11/04/2018 Tarihli, 19056 sayılı yazı.

Almus Meslek Yüksekokulu öğretim elemanı Öğr.Gör.Altuğ ÇAĞATAY'ın doktora tez çalışması kapsamında anket çalışması uygulama talebi Dekanlığımızca uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ertan BÜLBÜLOĞLU
Dekan

Kaleardı Mahallesi Muhittin Fisunoğlu Caddesi Ali Şevki Erek Yerleşkesi Tıp Fakültesi-Merkez/Tokat
Tel: 0 (356) 214 94 44 Faks: 0 (356) 213 31 79
E-Posta: dekanliktip@gop.edu.tr Elektronik ağ: http://tipfak.gop.edu.tr
Ayrıntılı bilgi için irtibat: E.Yelli Şef

EK – 3. Devamı

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/03/2018-E.14572

T.C.
GAZİOSMAN PAŞA ÜNİVERSİTESİ
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı

Sayı :32319748-044/
Konu :Anket İzin İsteği

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Genel Sekreterlik)

İlgi : Yazı İşleri Şube Müdürlüğü; 08/03/2018 Tarihli, 12918 sayılı yazı.

İlgi yazı gereği Almus Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü Büro Yönetimi Programı Öğr. Gör. Altuğ ÇAĞATAY'ın " Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaştırılmalı Bir Araştırma" konulu anketi Fakültemizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mücahit EĞRİ
Dekan V.

Ali Şevki Erek Yerleşkesi Diş Hekimliği Fakültesi, Merkez/Tokat
Tel: 0 (356) 212 42 22 Faks: 0 (356) 212 42 25
E-Posta: dis.hekimligi@gop.edu.tr Elektronik ağ: http://disfak.gop.edu.tr
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Z.Polat Büro Personeli

EK – 3. Devamı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/03/2018-E.15972

T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı :21979232-044/
Konu :Anket İzin İsteği

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Genel Sekreterlik)

İlgi : Yazı İşleri Şube Müdürlüğü; 23/03/2018 Tarihli, 15738 sayılı yazı.

İlgi yazı ekinde gönderilen anket çalışmasının Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğümüz de yapılması uygun görülmektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ertan BÜLBÜLOĞLU
Merkez Müdürü

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ali Şevki Erek Yerleşkesi Merkez Tokat
Tel: 2129500 Faks: 2122142
E-Posta: hastane@gop.edu.tr Elektronik ağ: http://hastane.gop.edu.tr
Ayrıntılı bilgi için irtibat: K.Zabun Yazı İşleri ve Evrak Kayıt Birimi Sorumlusu

EK – 3. Devamı

MLPCARE

Tarih :24.07.2018

Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Almus Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'ne
Tokat

Üniversiteniz öğretim görevlilerinden Sn. Altuğ Çağatay, 'Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaştırmalı Bir Araştırma' adlı doktora tez çalışması için anket çalışması yapmak istediğini, bunun için gerekli iznin verilmesini talep etmiştir.

Çalışmanın yapılacağı coğrafi bölge olarak Orta Karadeniz Bölgesi'nin seçilmiş olması gereği olarak bu bölgede faaliyette bulunan Tokat, Samsun ve Ordu Medicalpark/Liv hastanelerimizdeki yöneticilerimizin bu bilimsel çalışmaya destek verebilmelerinde sakınca görülmemiş olup, gerekli izin bu yazı marifeti ile verilmiştir.

Yararlı bir çalışma olmasını umuyor, kolaylıklar diliyorum.

Dr. Şerif Köksal
MLPCARE Hastaneler Grubu
Hekimlik Hizmetleri Direktörü

Flatofis Haliç, Defterdar, Ortakçılar Cd.
No:78, 34050 Eyüp / İSTANBUL
T. +90 212 227 55 55 F. +90 212 227 23 28
www.mlpcare.com

İSÜ | LIV HOSPITAL | MEDICALPARK | VM MEDICALPARK

EK – 3. Devamı

T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 61646299-604.02
Konu : Öğr.Gör. Altuğ ÇAĞATAY'ın Anket İzin İsteği

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 22/03/2018 tarihli ve 61646299-4762 sayılı yazı.

Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nin İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Gaziosmanpaşa Üniversitesi Almus Meslek Yüksek Okulu Müdürlüğü Büro Yönetimi Programı Öğr.Gör.Altuğ ÇAĞATAY'ın "Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaşmalı Bir Araştırma" konulu araştırmalarını, Müdürlüğümüz tüm İl ve İlçe Hastanelerinde, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinde ve Eğitim Araştırma Hastanesi ve Ek Binalarında çalışan yöneticilere uygulaması Müdürlüğümüz komisyon incelemeleri doğrultusunda uygun görülmüş olup, araştırmanın yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğümüz ile ilgili kişi arasında "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanarak Ek'te sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Öğr.Üyesi Muhammet Ali ORUÇ
İl Sağlık Müdürü

EK:
Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

Dağıtım:
Samsun Tüm İl ve İlçe Devlet Hastaneleri

Samsun Bafra Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi

Samsun Vezirköprü Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Rektörlüğü

Adalet Mah.100.yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN
Faks No:
e-Posta:seda.hakyemez@saglik.gov.tr İnt.Adresi: S.HAKYEMEZ (0362)239 00 41/2310
Bilgi için:SEDA HAKYEMEZ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:

EK – 3. Devamı

Tarih ve Sayı: 22/03/2018-8939

TASNİF DIŞI
T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Sayı : 49933177-044-E.6986 21/03/2018
Konu : Anket İzin İsteği

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 08/03/2018 tarihli ve 23845617-3987 sayılı yazınız..

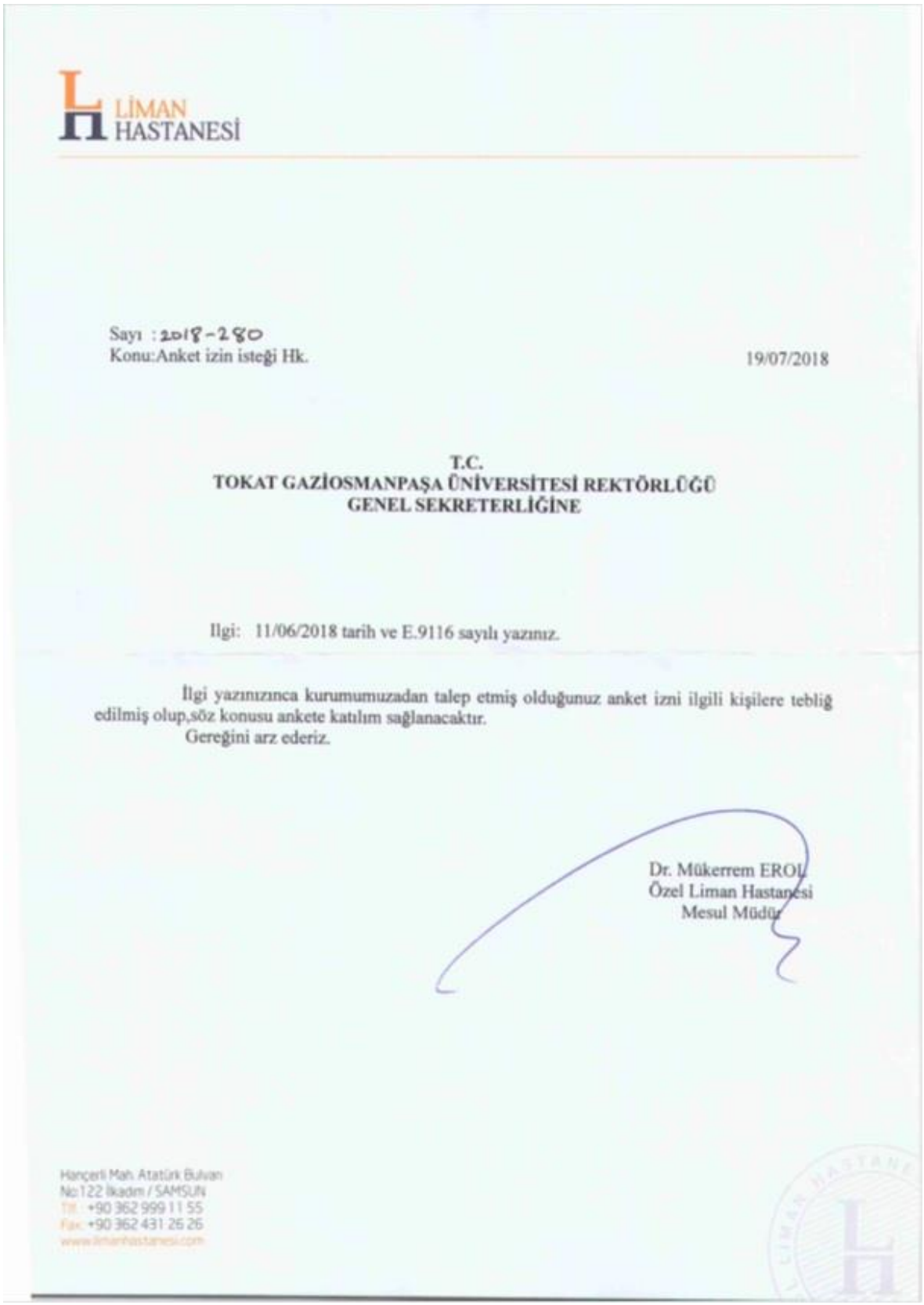
İlgide kayıtlı yazınızda belirtilen Üniversiteniz Almus Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü Büro Yönetimi Programı Öğr.Gör.Altuğ ÇAĞATAY'ın "Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkındaki Karşılaştırmalı Bir Araştırma" konulu çalışmasını Üniversitemiz hastanesinde uygulama isteği Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehmet KURAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlük Binası Ayhan Can SARAÇ
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: 0362 457 60 91 ayhancan.sarac@omu.edu.tr
Elektronik Ağ: http://www.omu.edu.tr/ Kep Adresi: omu@hs01.kep.tr Dahili Tel : 7014
5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi https://ebyssorgu.omu.edu.tr adresinden 0MHB-7MV1-0LMT kodu ile yapılabilir.

EK – 3. Devamı



LİMAN HASTANESİ

Sayı : 2018-280
Konu:Anket izin isteği Hk.

19/07/2018

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GENEL SEKRETERLİĞİNE

Ilgi: 11/06/2018 tarih ve E.9116 sayılı yazınız.

İlgi yazınızınca kurumumuzadan talep etmiş olduğunuz anket izni ilgili kişilere tebliğ edilmiş olup,söz konusu ankete katılım sağlanacaktır.
Gereğini arz ederiz.

Dr. Mükerrem EROL
Özel Liman Hastanesi
Mesul Müdür

Hançerli Mah. Atatürk Bulvarı
No:122 İlkadım / SAMSUN
Tel: +90 362 999 11 55
Fax: +90 362 431 26 26
www.limanhastanesi.com

EK – 3. Devamı

Özel MEDİBAFRA HASTANESİ

Sayı : 1304 **29.06.2018**
Konu : Anket İzin İsteği Hk.

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Genel Sekreterliği'ne)

İlgi : 23845617 – 044 – E.9116 sayı ve 11.06.2018 tarihli yazı.

İlgi yazınızda adı geçen Almus Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü Büro Yönetimi Programı Öğr. Gör. Altuğ ÇAĞATAY'ın '' Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri'' hakkında yapacak olduğu anket hastanemiz yönetimince uygun görülüp, izin verilmiştir.

Gereğini Bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Figen LOKUMCU
Mesul Müdür

Özel MEDİBAFRA HASTANESİ
Tesis Kodu
12555014

Tel. : 0.362 542 80 00 Fax : 0.362 543 22 22 Altınyaprak Mah. Hastane Sk. No. 27/33 BAFRA www.medibafra.com.tr

EK – 3. Devamı

MEDICANA

Sayı : 4681 **26.06.2018**
Konu: Anket İzin İsteği Hk.

T.C.
TOKAT
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GENEL SEKRETERLİK
TOKAT

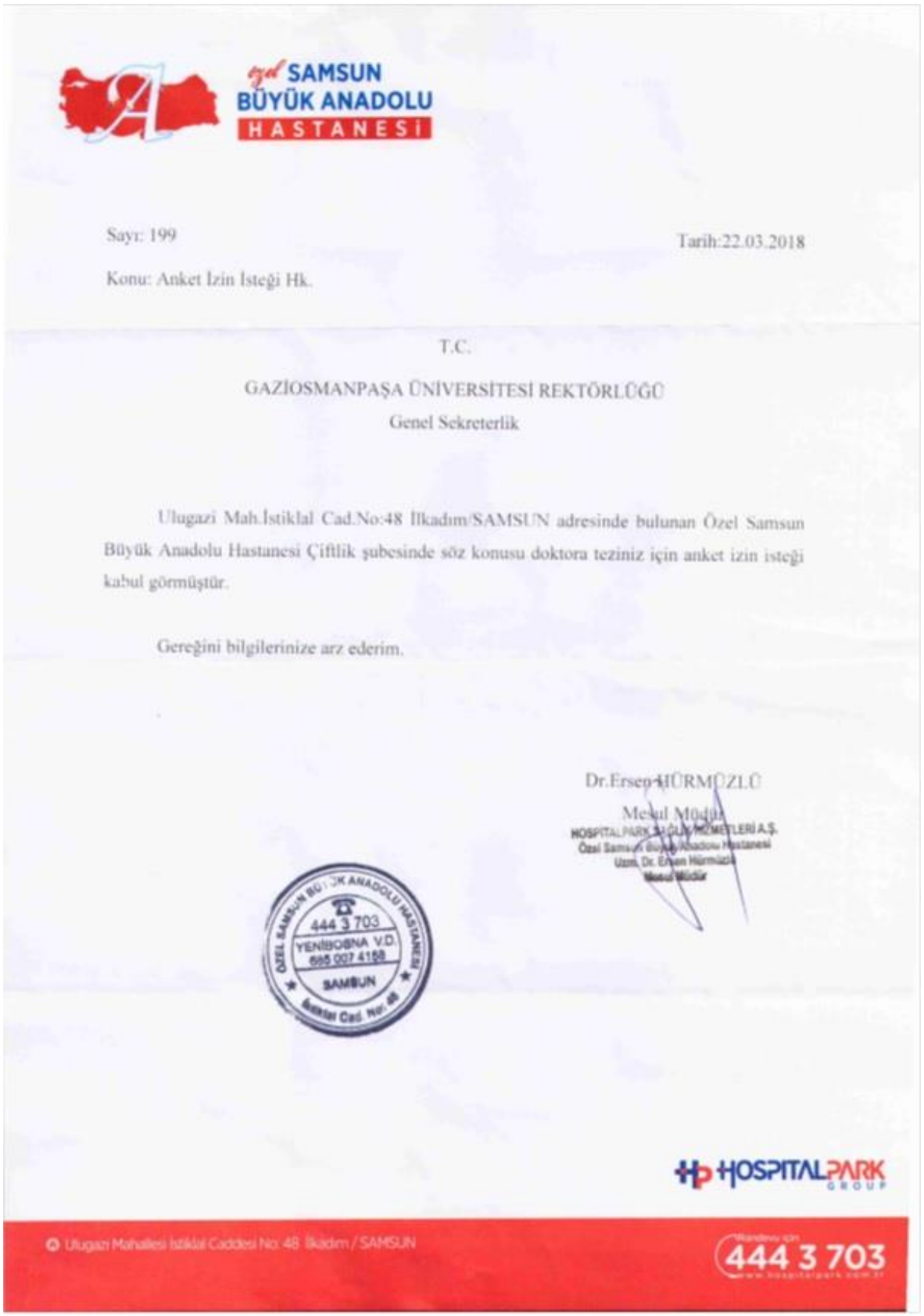
İlgi: 11.06.2018 tarih ve E.9116 sayılı yazınız.

İlgili yazınıza istinaden; söz konusu anket uygulaması için izin verilmiş olup,

Bilgilerinize rica ederim.

Özel Medicana International Samsun Hastanesi
Yeni Mah. Şehit Mesut Birinci Cad. No: 85, 55030 Canik / Samsun
T: +90 362 311 05 05 F: +90 362 240 20 40
www.medicana.com.tr

EK – 3. Devamı



Özel SAMSUN BÜYÜK ANADOLU HASTANESİ

Sayı: 199

Tarih:22.03.2018

Konu: Anket İzin İsteği Hk.

T.C.

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Genel Sekreterlik

Ulugazi Mah.İstiklal Cad.No:48 İlkadım/SAMSUN adresinde bulunan Özel Samsun Büyük Anadolu Hastanesi Çiftlik şubesinde söz konusu doktora teziniz için anket izin isteği kabul görmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr.Ersen HÜRMÜZLÜ

Mesul Müdür

HOSPITAL PARK SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş.

Özel Samsun Büyük Anadolu Hastanesi

Uzm. Dr. Ersen Hürmüzlü

Mesul Müdür

ÖZEL SAMSUN BÜYÜK ANADOLU HASTANESİ

444 3 703

YENİBOSNA V.D.

595 007 4158

SAMSUN

İstiklal Cad. No: 48

HOSPITAL PARK GROUP

Ulugazi Mahallesi İstiklal Caddesi No: 48 İlkadım / SAMSUN

Randevu için 444 3 703

EK – 3. Devamı

Tarih ve Sayı: 11/06/2018-E.9116

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

19.06.2018
Pr.:3917

Sayı :23845617-044/
Konu :Anket İzin İsteği(Öğr.Gör.Altuğ ÇAĞATAY)

SAMSUN ÖZEL BÜYÜK ANADOLU MEDYAN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Üniversitemiz Almus Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü Büro Yönetimi Programı Öğr. Gör. Altuğ ÇAĞATAY'ın "Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaştırılmalı Bir Araştırma" konulu çalışmasını Hastanenizde çalışmakta olan yöneticilere (Dekan, Dekan Yardımcısı, Genel Müdür, Müdür, Müdür Yardımcısı, Başhekim, Baş Hekim Yardımcısı, Baş Hemşire vb.) uygulamak istemektedir.

Söz konusu anket için izin verilip verilemeyeceğinin Rektörlüğümüze bildirilmesi hususunda gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr.Mücahit EĞRİ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER :
Anket Yazı ve Evrakları

DAĞITIM
SAMSUN ÖZEL BÜYÜK ANADOLU MEDYAN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
SAMSUN ÖZEL ROMATEM FİZ.TED. VE REH. DAL HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
SAMSUN LİMAN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
SAMSUN ÖZEL MEDİCANA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
SAMSUN ATASAM HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
SAMSUN ÖZEL GATO HOSPİTAL HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
SAMSUN ÖZEL MEDİBAFRA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
SAMSUN ÖZEL MEDİCALPARK HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

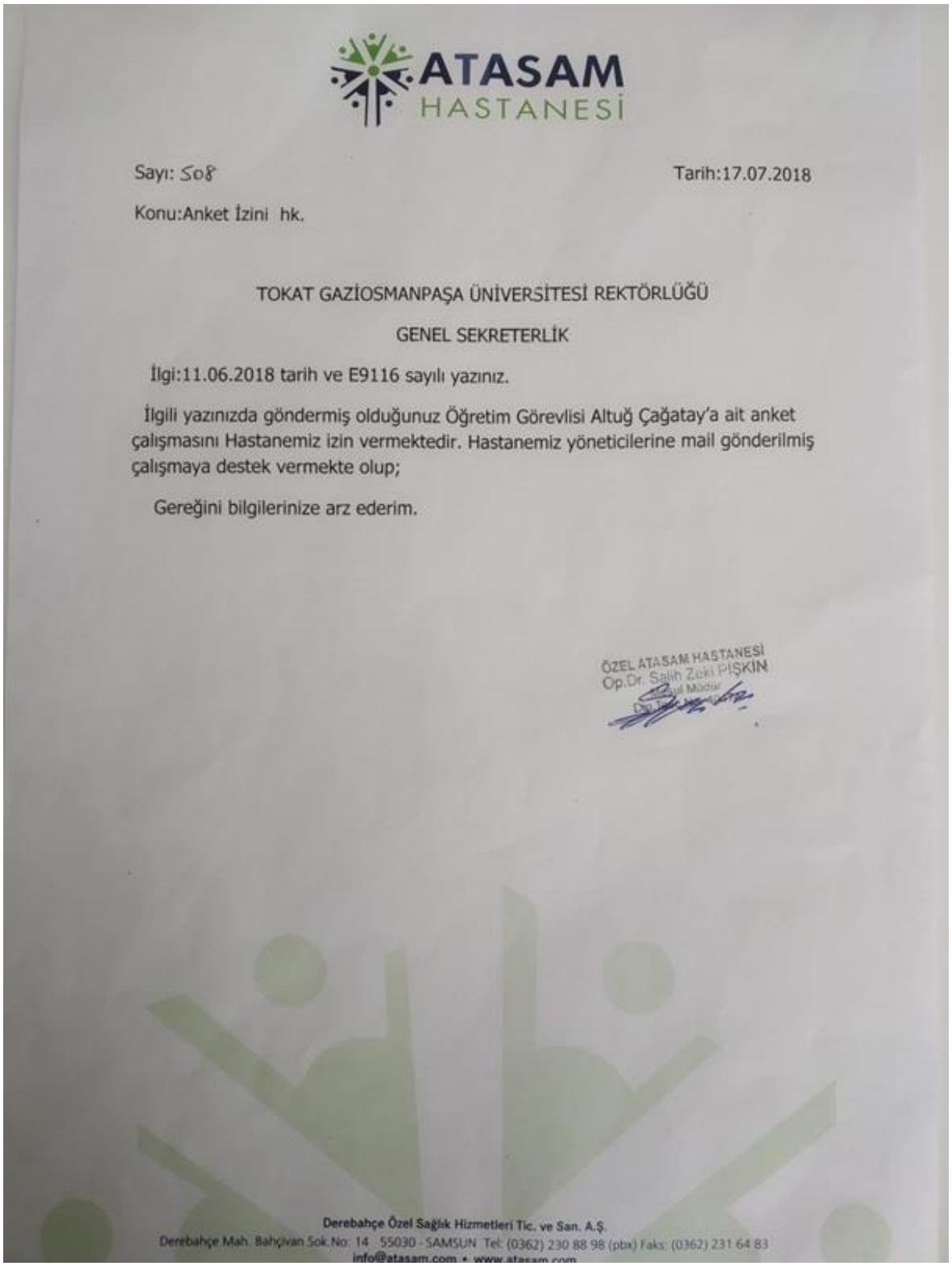
BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR
Ali DÖKER
V.H.K.İ.

Evrakı Doğrulamak İçin : https://ebys.gop.edu.tr/enVision/Validate_doc.aspx?V=BEA9423YH

Taşlıçiftlik Yerleşkesi 60150 Tokat/Türkiye
Tel: (0356)2521616
Faks: (0356)2521625
E-Posta: gensek@gop.edu.tr
Elektronik ağ: gensek.gop.edu.tr
Bilgi için: E.YALÇIN Sağlık Teknisyeni
Kep Adresleri :
gaziosmanpasa.universitesi@hs03.kep.tr
gou@hs01.kep.tr (tebligat adresi)
gaziosmanpasaun.hastane@hs03.kep.tr

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak Doğrulaması https://ebys.gop.edu.tr/enVision/Validate_doc.aspx?V=BEA9423YH adresinden yapılabilir.

EK – 3. Devamı



ATASAM HASTANESİ

Sayı: 508 Tarih:17.07.2018

Konu:Anket İzini hk.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

GENEL SEKRETERLİK

İlgi:11.06.2018 tarih ve E9116 sayılı yazınız.

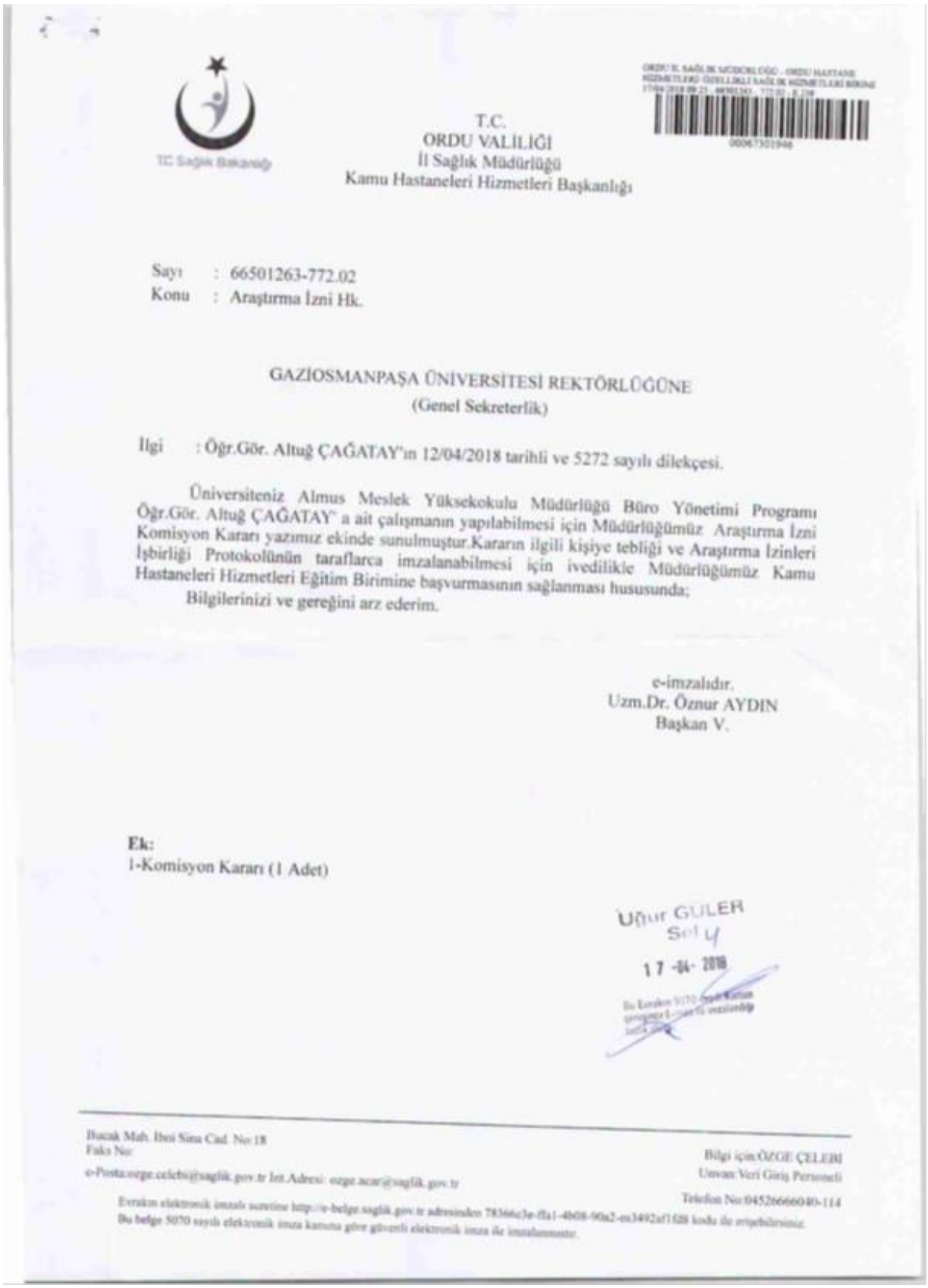
İlgili yazınızda göndermiş olduğunuz Öğretim Görevlisi Altuğ Çağatay'a ait anket çalışmasını Hastanemiz izin vermektedir. Hastanemiz yöneticilerine mail gönderilmiş çalışmaya destek vermekte olup;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖZEL ATASAM HASTANESİ
Op.Dr. Salih Zeki PIŞKİN
Başhekim

Derebahçe Özel Sağlık Hizmetleri Tic. ve San. A.Ş.
Derebahçe Mah. Bahçıvan Sok.No: 14 55030 - SAMSUN Tel: (0362) 230 88 98 (pbx) Faks: (0362) 231 64 83
info@atasam.com • www.atasam.com

EK – 3. Devamı



T.C.
ORDU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

Sayı : 66501263-772.02
Konu : Araştırma İzni Hk.

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi : Öğr.Gör. Altuğ ÇAĞATAY'ın 12/04/2018 tarihli ve 5272 sayılı dilekçesi.

Üniversiteniz Almus Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü Büro Yönetimi Programı Öğr.Gör. Altuğ ÇAĞATAY' a ait çalışmanın yapılabilmesi için Müdürlüğümüz Araştırma İzni Komisyon Kararı yazımız ekinde sunulmuştur.Kararın ilgili kişiye tebliği ve Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolünün taraflarca imzalanabilmesi için ivedilikle Müdürlüğümüz Kamu Hastaneleri Hizmetleri Eğitim Birimine başvurmasının sağlanması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Öznur AYDIN
Başkan V.

Ek:
1-Komisyon Kararı (1 Adet)

Uğur GÜLER
Sol y
17 -04- 2018

Bucak Mah. İbni Sina Cad. No:18
Faks No:
e-Posta:ozge.celebi@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ozge.acar@saglik.gov.tr

Bilgi için:ÖZGE ÇELEBİ
Unvan:Veri Giriş Personeli
Telefon No:04526666040-114

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 78366a3e-ffa1-4b08-90a2-ea3492af1fd8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI
ORDU VALİLİĞİ

ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ARAŞTIRMA İZNİ KOMİSYON KARARI

UNVAN	AD/SOYAD	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI TARİH	ARAŞTIRMA KONUSU
Öğr.Gör.	Altuğ ÇAĞATAY	Gaziosmanpaşa Üniversitesi (Gazi Üni. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi)	Müdürlüğümüze Bağlı İl ve İlçe Devlet Hastaneleri		Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetimi Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaştırmalı Bir Araştırma

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılımlarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edindiği verilerin Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla **12/04/2018** tarih 48162032/**5272** sayılı dilekçe ve ekinde bulunan evraklara istinaden uygun görülmüştür.../.../20..

Uzm.Dr. Öznur AYDIN
Kamu Hast. Hiz. Bşk. V.
Uygundur/Uygun Değildir.

Uzm.Dr.Arzu SÜMER ORIAÇ
Kamu Hast.Hiz.Bşk.Yrd.
Uygundur/Uygun Değildir.

Dr.Begüm GÜRDAL ÖZ
Acil Sağ.İlaç veTıb.Cih.Hiz.Bşk.Yrd.
Uygundur/Uygun Değildir.

.../.../2018
Dr.Ergün YANMAZ
İl Sağlık Müdürü
Uygundur/Uygun Değildir.

EK – 3. Devamı

ÖZEL ORDU
UMUT HASTANESİ

Sayı: UH.G.ORDU.2018 / 249
Konu: Anket İzni Hk.

19.03.2018

T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Genel Sekreterlik)
TOKAT

İLGİ : 23845617-044-E.3992 Sayılı ve 08.03.2018 tarihli yazınız.

Göndermiş olduğunuz ilgili yazınıza istinaden, Üniversiteniz Almus Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü Büro Yönetimi Programı Öğr. Gör. Altuğ ÇAĞATAY'ın 'Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaştırılmalı Bir Araştırma'' konulu çalışmasını Hastanemizde yapması uygundur.

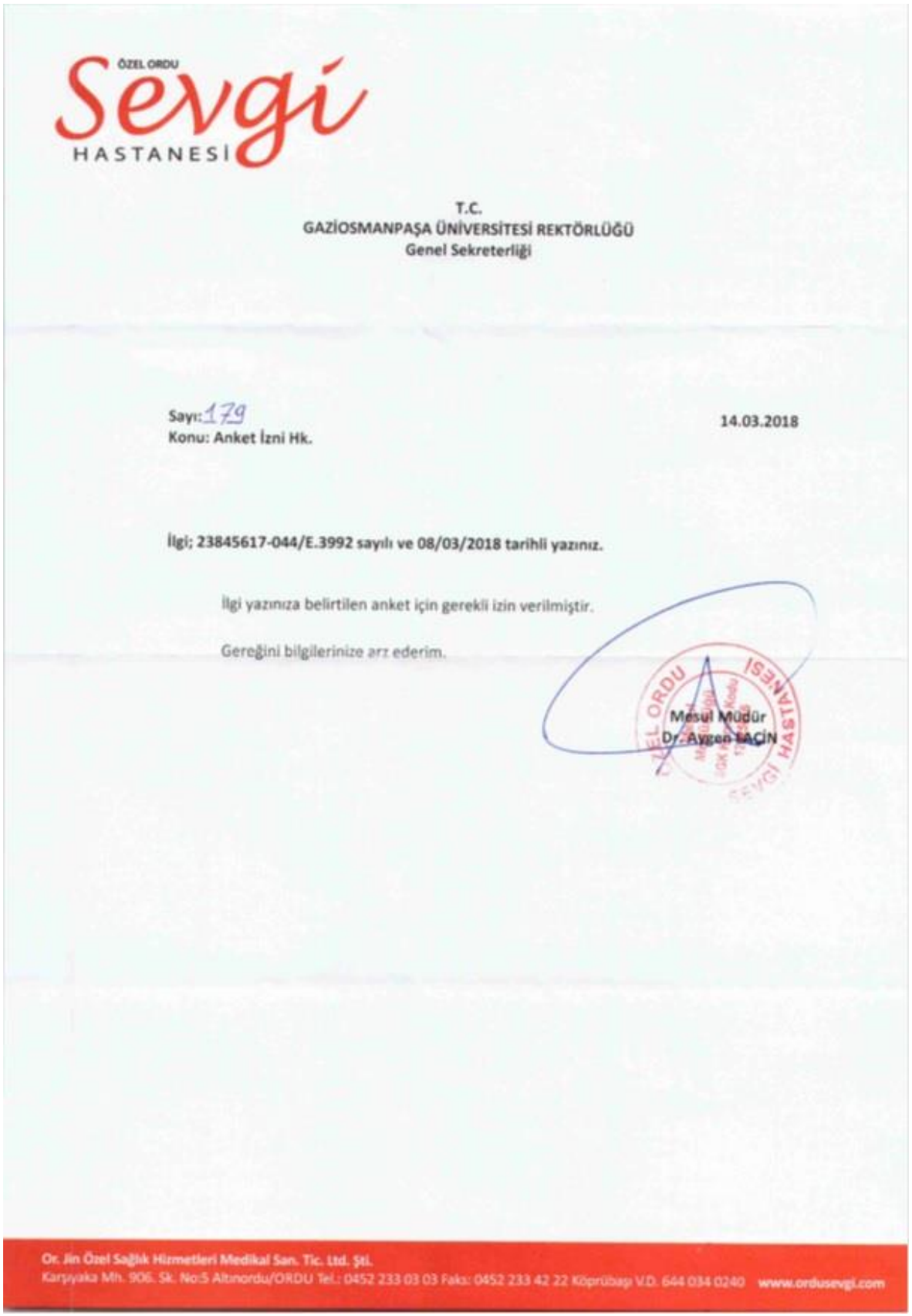
Gereğini bilgilerinize rica ederiz.

ORDU UMUT HAST... 2006

444 9 052
umuthastanesi.com.tr

Tel : +90 452 234 90 30 Faks : +90 452 234 34 97
Şahincili Mah. Zübeyde Hanım Cad. No: 218 Altınordu/ORDU, TR

EK – 3. Devamı



ÖZEL ORDU
Sevgi
HASTANESİ

T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterliği

Sayı: 179
Konu: Anket İzni Hk.

14.03.2018

İlgi; 23845617-044/E.3992 sayılı ve 08/03/2018 tarihli yazınız.

İlgi yazınıza belirtilen anket için gerekli izin verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖZEL ORDU İŞ ANESİ SEVGİ HASTANESİ

Mesul Müdür
Dr. Aygen SAÇIN

Or. Jin Özel Sağlık Hizmetleri Medikal San. Tic. Ltd. Şti.
Karşıyaka Mh. 906. Sk. No:5 Altınordu/ORDU Tel.: 0452 233 03 03 Faks: 0452 233 42 22 Köprübaşı V.D. 644 034 0240 www.ordusevgi.com

EK – 3. Devamı

ÖZEL
MEDITECH
HASTANESİ

Sayı : 2018/ 350
Konu : Anket İzin İsteği

19.03.2018

T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

İlgi : 08.03.2018 tarih ve E.3992 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden Üniversiteniz Almus Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü Büro Yönetimi Programı Öğr. Gör. Altuğ ÇAĞATAY' ın "Kamu ve Özel Hastanelerdeki Yöneticilerin Stratejik Yönetim Araçları Kullanım Görüşleri Hakkında Karşılaştırmalı Bir Araştırma" konulu çalışmasını Orta Karadeniz bölgesindeki Hastanelerde çalışmakta olan yöneticilere uygulamak isteği değerlendirilmiş olup söz konusu anketin yapılması için izin verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. İsmail BALCIOĞLU
Mesul Müdür

İ.K.SOR. HACER ŞİMŞEK

Evkaf Mh. Kumru - Korgan Asfaltı Cad. No. 30 / 52400 Fatsa - ORDU, TR
T:+90 (452) 423 76 76 F: +90 (452) 424 01 11
www.medi-tech.com.tr iletisim@medi-tech.com.tr
Çağrı Merkezi 424 1 424

Çalışmaya izin vermeyen hastaneler:

Çalışmaya Örneklem kapsamında ki illerden Çorum İli Özel Elitpark Hastanesi ile Ordu İli Özel Ünye Çakırtepe Hastanelerine gerekli resmi yazışmalar yapılarak kendilerinden resmi kanalla olumsuz cevap alınarak çalışmaya izin vermemişlerdir.

EK – 3. Devamı

Tarih ve Sayı: 22/11/2018-31444

ÖZEL ÜNYE ÇAKIRTEPE HASTANESİ

SAYI:1106 20.11.2018

KONU:Anket İzin İsteği Hk.

T.C.

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Genel Sekreterlik

İlgi;23845617-044 sayılı yazınıza istinaden , hastanemizde yapmak istediğiniz anket için Genel Müdür, Müdür,Müdür Yardımcısı , Başhekim , Başhekim Yardımcısı Başhemşire vb. kişilerin iş temposu yoğunluğundan böyle bir ankete katılamayacaklarını üzülerek belirtmek isteriz.

Bilgilerinize arz ederiz.

Op.Dr.Ufuk ERCAN
MESUL MÜDÜR

ÇAKIRTEPE HASTANESİ
Op. Dr. Ufuk ERCAN
Özel Ünye Çakırtepe Hastanesi
Mesul Müdürü

Atatürk Mahallesi Tepeyolu Sokak No: 43 Ünye/Ordu
T. +90 (452) 324 1 324 – F. +90 (452) 324 74 74
W. www.cakirtepehastanesi.com.tr

EK – 3. Devamı

ÖZEL ELİTPARK hastanesi
Sağlıklı Yaşamın Adresi

SAYI : Per.Şb.01/ 062
KONU : Anket İzin İsteği.

14.03.2018

T.C.
GAZİOSMANPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik
TOKAT

İLGİ: 23845617-0444/ Sayılı Yazınız

İlgide kayıtlı yazınız ile belirtilen Üniversitenizin Almus Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü Büro Yönetimi Programı Öğr. Gör. Altuğ ÇAĞATAY' ın Hastanemizde yapmak istediği Anket Çalışması uygun görülmemiştir.
Bilgilerinizi arz ederim.

Op. Dr. Mehmet DUYAR
Mesul Müdür Yardımcısı

Sevgiye Sağlığa Nazar Değmesin

Tel : (0364) 444 35 07
Fax : (0364) 223 07 64

Bahçelievler Mah. 7. Dumlupınar Sok No: 1 ÇORUM
www.elitpark.com.tr

EK – 4. Evrende yer alan Kamu ve Özel Hastaneler ile bu hastanelerde çalışan Yönetici Sayıları

AMASYA İLİ KAMU VE ÖZEL HASTANELERİ

	İl ve İlçe Devlet Hastaneleri	**Araştırma Hastanesi ve Diğer Hastaneler**	**Özel Hastaneler**
1	Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi	Sabuncuoğlu Şerafeddin Eğitim Araştırma Hastanesi	
2	Suluova Devlet Hastanesi		
3	Taşova Devlet Hastanesi		
4	Gümüşhacıköy Devlet Hastanesi		
5	Amasya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi		

Amasya İli Kamu Hastanelerinde Çalışan Toplam Yönetici Sayısı: 29

Amasya İli Özel Hastanelerinde Çalışan Toplam Yönetici Sayısı: 0

EK – 4. Devamı

SAMSUN İLİ KAMU VE ÖZEL HASTANELERİ

	İl ve İlçe Devlet Hastaneleri	**Araştırma Hastanesi ve Diğer Hastaneler**	**Özel Hastaneler**
1	Bafra Devlet Hastanesi	Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Özel Atasam Hastanesi
2	Çarşamba Devlet Hastanesi	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	Özel Liman Hastanesi
3	Vezirköprü Devlet Hastanesi		Özel Medibafra Hastanesi
4	Terme Devlet Hastanesi		Özel Medicana İnternational Samsun Hastanesi
5	Havza Devlet Hastanesi		Özel Medicalpark Samsun Hastanesi
6	Alaçam Devlet Hastanesi		Özel Romatem Fiz. Ted. Ve Reh. Dal Hastanesi
7	19 Mayıs Devlet Hastanesi		Özel Samsun Büyük Anadolu Hastanesi
8	Kavak Devlet Hastanesi		Özel Samsun Büyük Anadolu Meydan Hastanesi
9	Salıpazarı Devlet Hastanesi		Özel Liv Hospital
10	Asarcık Devlet Hastanesi		
11	Ladik Devlet Hastanesi		
12	Samsun Gazi Devlet Hastanesi		
13	Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Has.		
14	Samsun Dr.Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi		
15	Samsun Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi		
16	Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi		
17	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastanesi		

Samsun İli Kamu Hastanelerinde Çalışan Toplam Yönetici Sayısı: 108

Samsun İli Üniversite Hastanesinde Çalışan Toplam Yönetici Sayısı: 15

Samsun İli Özel Hastanelerinde Çalışan Toplam Yönetici Sayısı: 58

EK – 4. Devamı

ÇORUM İLİ KAMU VE ÖZEL HASTANELERİ

	İl ve İlçe Devlet Hastaneleri	**Araştırma Hastanesi ve Diğer Hastaneler**	**Özel Hastaneler**
1	Sungurlu Devlet Hastanesi	Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Çorum Özel Hastanesi
2	Osmancık Devlet Hastanesi		Özel Elitpark Hastanesi
3	İskilip Devlet Hastanesi		
4	Alaca Devlet Hastanesi		
5	Bayat Devlet Hastanesi		
6	Mecitözü Devlet Hastanesi		
7	Kargı Ahmet Hamdi Aypınar Devlet Hastanesi		
8	Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi		
9	Çorum Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi		

Çorum İli Kamu Hastanelerinde Çalışan Toplam Yönetici Sayısı: 55

Çorum İli Özel Hastanelerinde Çalışan Toplam Yönetici Sayısı:13

EK – 4. Devamı

ORDU İLİ KAMU VE ÖZEL HASTANELERİ

	İl ve İlçe Devlet Hastaneleri	**Araştırma Hastanesi ve Diğer Hastaneler**	**Özel Hastaneler**
1	Akkuş Devlet Hastanesi	Ordu Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	Özel Avrasya Medi-Tech Hastanesi Fatsa/ORDU
2	Aybastı Devlet Hastanesi		Özel Ordu Umut Hastanesi
3	Fatsa Devlet Hastanesi		Özel Ordu Sevgi Hastanesi
4	Gölköy Devlet Hastanesi		Medical Park Ordu Hastanesi
5	Gürgentepe Devlet Hastanesi		Özel Ünye Çakırtepe Hastanesi
6	Korgan Devlet Hastanesi		
7	Kumru Devlet Hastanesi		
8	Mesudiye Devlet Hastanesi		
9	Ordu Devlet Hastanesi		
10	Ordu Ağız ve Diş Hastanesi		
11	Ulubey Devlet Hastanesi		
12	Ünye Devlet Hastanesi		

Ordu İli Kamu Hastanelerinde Çalışan Toplam Yönetici Sayısı: 85

Ordu İli Özel Hastanelerinde Çalışan Toplam Yönetici Sayısı: 23

EK – 4. Devamı

TOKAT İLİ KAMU VE ÖZEL HASTANELERİ

	İl ve İlçe Devlet Hastaneleri	**Araştırma Hastanesi ve Diğer Hastaneler**	**Özel Hastaneler**
1	Erbaa Devlet Hastanesi	Gaziosmanpaşa Üniversitesi - Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	Medical Park Tokat Hastanesi
2	Turhal Devlet Hastanesi		
3	Niksar Devlet Hastanesi		
4	Zile Devlet Hastanesi		
5	Reşadiye Devlet Hastanesi		
6	Almus Devlet Hastanesi		
7	Pazar Devlet Hastanesi		
8	Başçiftlik Devlet Hastanesi		
9	Yeşilyurt Devlet Hastanesi		
10	Artova Devlet Hastanesi		
11	Sulusaray Devlet Hastanesi		
12	Tokat Devlet Hastanesi		
13	Tokat Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi		
14	Tokat Ağız ve Diş Hastanesi		

Tokat İli Kamu Hastanelerinde Çalışan Toplam Yönetici Sayısı: 69

Tokat İli Üniversite Hastanesinde Çalışan Toplam Yönetici Sayısı: 15

Tokat İli Özel Hastanelerinde Çalışan Toplam Yönetici Sayısı:8

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ÇAĞATAY, Altuğ
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti
Doğum tarihi ve yeri : 1986/Kars
Medeni hali : Evli
Telefon : 0356 252 16 16-5516
e-mail : altug.cagatay@gop.edu.tr

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi, Büro Yönetimi Eğitimi	2012
Lisans	Gazi Üniversitesi, TTEF Büro Yön. Öğt.	2009
Lise	Atatürk Anadolu Meslek Lisesi, Büro Yönetimi	2003

Görevler:

2012 – devam ediyor. GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ/ALMUS MESLEK YÜKSEKOKULU/BÜRO HİZMETLERİ VE SEKRETERLİK BÖLÜMÜ/BÜRO YÖNETİMİ VE YÖNETİCİ ASİSTANLIĞI PR.)

Verdiği Dersler

HASTANE YÖNETİMİ VE ORGANİZASYONU	Türkçe
KALİTE YÖNETİMİ VE GÜVENCESİ	Türkçe
YÖNETİCİ ASİSTANLIĞI	Türkçe
ÖRGÜTSEL DAVRANIŞ	Türkçe
TIP SEKRETERLİĞİ	Türkçe
ÇATIŞMA YÖNETİMİ	Türkçe
BİLGİ YÖNETİMİ	Türkçe
YÖNETİM VE ORGANİZASYON	Türkçe

Eserler

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

- ÇAĞATAY ALTUĞ (2017). Managers' Opinions on Effects of Corporate Entrepreneurship Factors on the Performances of Health Institutions: Tokat Sample. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 6(4), 627-637. (Yayın No: 3926389)

- KENDİRLİ SELÇUK, ÇANKAYA MUHAMMET, ÇAĞATAY ALTUĞ (2017). THE EFFECTS OF GLOBAL ECONOMIC CRISIS OF 2008 TO FINANCIAL STATEMENTS AND LIQUIDITY RATIOS WHICH COMPANIES ARE SETTLED IN BIST ENERGY SECTOR (2005-2013 TERM REVIEW). Journal of Economic Development, Environment and People, 6(1), 6-21. (Yayın No: 4113256)

- KENDİRLİ SELÇUK, ÇANKAYA MUHAMMET, ÇAĞATAY ALTUĞ (2017). ANALYSIS OF CAUSALITY OF THE FOREIGN DIRECT INVESTMENT WITH ECONOMIC GROWTH: APPLICATION OF TURKEY. PEOPLE: International Journal of Social Sciences, 3(1), 612-628., Doi: 10.20319/pijss.2017.s31.612623
- ÖZTÜRK ZEKAİ, Kızılkaya Selman, ÇAĞATAY ALTUĞ (2016). Students'xx Opınıons Regardıng Strategıc Management Course's Instructed In The Graduate Programs Level Of Gaınıng Qualıfied Employee To Busıness: A Study At Gazı Unıversıty. International Online Journal of Education and Teaching, 3(3), 173-184.
- UYGUR AKYAY, ÇAĞATAY ALTUĞ (2015). Nepotism in Impact Employee Performance Evaluation Form with Family Business. International Journal of Management Sciences, 5(2), 136-146. (Yayın No: 4193982)

- ÇAĞATAY ALTUĞ, IŞIK YUSUF, KARSLIOĞLU İDRİS (2014). Bireylerin Yaşadığı İş – Aile Çatışmasının Iş Performansına, Aile Tatminine Ve Aile Ortamina Etkisi. Elektronik Mesleki Gelişim Ve Araştırmalar Dergisi, 2(1), 64-83. (Yayın No:

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler :

- KENDİRLİ SELÇUK, ÇAĞATAY ALTUĞ, KARSLIOĞLU İDRİS (2014). A case Study on SME'xxs Financial Problems Study in Kars Province. EBES Eurasia Business and Economics Society (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4193996)
- ÇAĞIRAN KENDİRLİ HÜLYA, ÇAĞATAY ALTUĞ (2014). in enterprises the conflicts effect on the administrator and employee job satisfaction and productivity. Eurasia Business and Economics Society EBES (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4193997)

Yazılan ulusal/uluslararası kitaplardaki bölümler:

- Sağlık Kurumlarında Yönetim, Bölüm adı:(3. Sağlık Kurumlarında Yönetim, Temel Kavram ve Yaklaşımlar) (2019)., ÇAĞATAY ALTUĞ, Siyasal Yayınevi - Ünal SEVİNDİK, Editör: Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 639, ISBN:9786059221986, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 4902860)

- Eğitimciler İçin Bilişim Teknolojileri, Bölüm adı:(9. Bölüm Tablolama ve Entegre Programları) (2014)., ERYILMAZ SELAMİ, ÇAĞATAY ALTUĞ, Pegem Yayıncılık, Editör:Selami Eryılmaz, Hüseyin Çakır, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 628, ISBN:9786053647232, Türkçe(Ders Kitabı), (Yayın No: 4193993)

- Eğitimciler İçin BİLİŞİM TEKNOLOJİLERİ, Bölüm adı:(7. Bölüm Kelime İşlemci) (2014)., POYRAZOĞLU OĞUZ, ÇAĞATAY ALTUĞ, Pegem, Editör:Selami Eryılmaz, Hüseyin Çakır, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 628, ISBN:9786053647232,

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

- ÇAĞATAY ALTUĞ (2014). AİLE İŞLETMELERİNDEKİ ÇALIŞANLARA NEPOTİZM ETKİSİ İLE PERFORMANS DEĞERLENDİRME ŞEKLİ. 13. Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4193999)

- ÇAĞATAY ALTUĞ, DAL BERRİN,DAL TARIK (2014). İŞ YERİNDE YAŞANAN ÇATIŞMALARIN BÜRO ÇALIŞANLARINDAKİ İŞ TATMİN DÜZEYİ. 13. Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4194001)

Projelerde Yaptığı Görevler:

- Türkiye de Mesleki ve Teknik Eğitimin Geliştirilmesi METEK Projesi, Avrupa Birliği, Uzman, 2012 (Devam Ediyor) (ULUSLARARASI)

- GOP Üniversitesi Öğretim Birimlerinin Bilgisayar Temelli Teknolojik Alt Yapısının Geliştirilmesi, Diğer (Ulusal), Araştırmacı: KÜÇÜKALİ İSMAİL, Araştırmacı: ÖZTEKİN TEKİN, Araştırmacı: AKBULUT EKREM, Araştırmacı: ÇAĞATAY ALTUĞ, Araştırmacı: ÖZSEVEN TURGUT, Yürütücü: TURAN BÜLENT, Araştırmacı: ÇITAK OKAN,Araştırmacı: SÖNMEZ OĞUZHAN, Araştırmacı:ERGEN HALİL İBRAHİM,Araştırmacı: POLAT HIDIR, Araştırmacı:AKPINAR HAKAN, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Başkanlığı, 02/05/2017 - 26/12/2017 (ULUSAL)

Üniversite Dışı Deneyim

2011-2012	**Danışman ve Eğitimci**	Çağatay Bilgisayar ve Eğtim Danışmanlık, Eğitmenlik ve Eğitim Koordinatörlüğü, (Ticari (Özel))
2009-2011	**Bilgi İşlem Sorumlusu ve Proje Yöneticisi**	EBS Teknoloji, Sistem mimarlığı, server yapımı, ağ oluşturma, avrupa birliği projeleri yöneticisi., (Ticari (Özel))
2009-2012	**Danışman**	Kagikader, Proje Danışmanı ve Eğitim Koordinatörü, (Sivil Toplum Kuruluşu)

Hobiler

Ekonomi, Siyaset, Enstrumantel Müzik

GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR...