

T.C.  
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KURUMSAL KARNE  
(BALANCED SCORECARD) UYGULAMASI VE  
KAMU HASTANELERİNİN KAPASİTESİ ÜZERİNE  
ETKİLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Yeliz ALACAĞAN**

**Enstitü Anabilim Dalı: İşletme Yönetimi**

**Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Fatih ANIL**

**HAZİRAN - 2016**



T.C.  
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

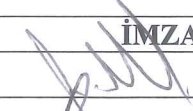


SAĞLIK HİZMETLERİNDE KURUMSAL KARNE  
(BALANCED SCORECARD) UYGULAMASI VE  
KAMU HASTANELERİNİN KAPASİTESİ ÜZERİNE  
ETKİLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yeliz ALACAHAN

Enstitü Anabilim Dalı: İşletme Yönetimi

“Bu tez 08 / 06 /2016 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Fatih Anıl	Basarılı	
Yrd. Doç. Dr. Rıza Yolcu	Basarılı	
Yrd. Doç. Dr. Özgür ERGÜN	Basarılı	

## **BEYAN**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

**Yeliz ALACAHAN**

**08.06.2016**

## ÖNSÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı sahiplenerek titizlikle takip eden danışmanım Yrd. Doç. Dr. Fatih ANIL'a değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Bu vesileyle tüm hocalarıma ve tezimin son okumasında yardımlarını esirgemeyen meslektaşım ve eşim Engin ALACAHAN'a teşekkürlerimi borç bilirim. Son olarak bu günlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim aileme şükranlarımı sunarım.

**Yeliz ALACAHAN**

**08.06.2016**

## İÇİNDEKİLER

<b>BEYAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>GRAFİKLER LİSTESİ</b> .....	<b>xiv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>xv</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>xvi</b>
<b>GİRİŞ.</b> .....	<b>xvii</b>
<b>BÖLÜM 1: PERFORMANS ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ VE BALANCED SCORECARD UYGULAMASI</b> .....	<b>1</b>
1.1. Performans Kavramı.....	1
1.1.1. Bireysel ve Kurumsal Performans .....	1
1.1.2. Kurumsal Performansın Ölçümü .....	3
1.2. Performansın Finansal Yöntemlerle Ölçümü .....	5
1.2.1. Dupont Modeli ve Öz Sermaye Karlılığı.....	7
1.2.2. Hissedar Katma Değeri (SVA-Shareholder Value Added).....	10
1.2.3. Toplam Hissedar Getirisi (TSR- Total Shareholders Return).....	10
1.2.4. Ekonomik Katma Değer (EVA- Economic Value Added).....	11
1.2.5. Nakit Katma Değer (CVA-Cash Value Added) .....	13
1.2.6. Nakit Akımı Getiri Oranı (CFROI- Cash Flow Return on Investment) .....	14
1.3. Performansın Finansal Olmayan Yöntemlerle Ölçümü .....	16
1.3.1. Kalite Ölçütleri .....	17
1.3.2. Etkinlik Ölçütleri.....	19
1.4. Birleşik Performans Yöntemleri .....	24
1.4.1. Performans Piramidi Yaklaşımı (Performance Pyramid) .....	24
1.4.2. Paydaş Temelli Performans Değerleme Yaklaşımı (Stakeholder Scorecard).....	26
1.4.3. Performans Prizması Yaklaşımı (TPP- Performance Prism) .....	28
1.4.4. EFQM Mükemmellik Modeli .....	30
1.5. Kurumsal Karne (Balanced Scorecard) Yöntemi .....	32

1.5.1. Yönetim Sistemi Olarak Kurumsal Karne.....	33
1.5.2. Kurumsal Karnenin Tanımlanması Ve Oluşturulması .....	34
1.5.3.1. Finansal Boyut.....	36
1.5.3.2. Müşteri Boyutu.....	37
1.5.3.3. İç Süreçler Boyutu.....	37
1.5.3.4. Öğrenme ve Gelişme Boyutu .....	38
<b>BÖLÜM 2: SAĞLIK HİZMETLERİNDE KURUMSAL KARNE (BALANCED SCORECARD) UYGULAMASI .....</b>	<b>40</b>
2.1. Sağlık Hizmeti .....	40
2.1.1. Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi .....	41
2.1.2. Sağlık Bakanlığı .....	42
2.1.3. Kamu Hastaneleri .....	47
2.2. Kamu Hastanelerinin Değerlendirilmesinde Kurumsal Karne .....	49
2.2.1. Kurumsal Karne Modeline Geçiş - Verimlilik Karnesi .....	49
2.2.2. Kurumsal Karne Temelli Verimlilik Karne Modelinin Oluşturulması.....	51
2.2.3. Verimlilik Modelinin Boyutları ve Kurumsal Karneyle İlişkisi .....	54
2.2.3.1. Sağlık Hizmetleri Boyutu.....	56
2.2.3.2. İdari Hizmetler Boyutu .....	59
2.2.3.3. Mali Hizmetler Boyutu .....	60
2.2.3.4. Yerinde Değerlendirme Boyutu .....	62
2.3. Verimlilik Karne Modelinin Analizi.....	63
2.3.1. Temel Değerlendirme Metodolojisi.....	63
2.3.2. Sağlık Tesisi Karnesi ve Puanlama Yöntemi .....	65
2.3.3. Birlik Karnesi ve Puanlama Yöntemi .....	69
2.3.4. Karnelerin Değerlendirme Kriterleri .....	71
2.4. Seçilmiş Sağlık Tesisi Performans Göstergeleri .....	74
2.4.1. Sağlık Hizmetleri Göstergeleri .....	74
2.4.1.1. Acil Servis Müracaat Yoğunluğu .....	74
2.4.1.2. Acil Servis Hasta Memnuniyet Oranı .....	75
2.4.1.3. Hastaların Ortalama Muayene Bekleme Süresi .....	77
2.4.1.4. Yatak Kullanımı .....	78
2.4.1.5. Yoğun Bakım Yatak Kullanımı .....	80
2.4.1.6. Ameliyat Masası Başına Düşen Ameliyat Sayısı.....	81
2.4.1.7. Sezaryen Oranı .....	82

2.4.1.8. Görüntüleme Tetkik İstem Oranı .....	83
2.4.1.9. Kanal Tedavisi Uygulama Oranı.....	83
2.4.1.10. Flor Uygulama Oranı .....	84
2.4.2. İdari Göstergeler.....	84
2.4.2.1. Hizmet İçi Eğitimler.....	84
2.4.2.2. Çalışan Memnuniyet Oranı .....	85
2.4.2.3. Sağlık Bilgi Sistemlerine Entegrasyon ve Veri Gönderimi .....	86
2.4.3. Mali Göstergeler.....	87
2.4.3.1. Net Borç / Net Hizmet Tahakkuk Geliri (Finansal Risk Oranı).....	87
2.4.3.2. Bütçe Gerçekleşme Oranları .....	88
2.4.3.3. Borçluluk Süresi.....	89
2.4.4. Verimlilik Yerinde Değerlendirme .....	90
2.5. Birlik Hedefleri.....	93
2.6. Verimlilik Karne Modelinin Değerlendirilmesi .....	94
2.6.1. Kurumsal Kapasite Üzerine Etkileri .....	94
2.6.1.1. Sağlık Kurumlarında Kapasite Değerleme.....	94
2.6.1.2. Kamu Hastanelerinde Sayısal Artış.....	95
2.6.1.3. Yatak Kapasitesinin Gelişimi.....	96
2.6.1.4. Cihaz Kapasitesinin Gelişimi .....	97
2.6.2. Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkileri .....	98
2.6.2.1. Sağlık Kurumlarına Başvurular.....	98
2.6.2.2. Ameliyatlara İlişkin Bilgiler.....	100
2.6.2.3. Ortalama Kalış Günü Sayısı .....	102
2.6.2.4. Yatak Doluluk Oranları .....	103
2.6.2.5. Yatak Devir Hızı .....	104
2.6.2.6. Acil Servis Müracaat Oranları.....	105
2.6.2.7. Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranları .....	107
2.6.2.8. Doğum Hizmetleri ve Sezaryen Çalışmaları.....	108
2.6.2.9. Özellikli Sağlık Hizmetleri .....	110
2.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümleri .....	111
<b>SONUÇ VE DEĞERLENDİRME .....</b>	<b>115</b>



## KISALTMALAR

- ADSH** : Ağız Diş Sağlığı Hastanesi
- ADSM** : Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
- AMATEM** : Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi
- BPM** : Business Prosess Management (İşletme Süreç Yönetimi)
- BSC** : Balanced Scorecard (Dengeli Kurumsal Karne)
- BT** : Bilgisayarlı Tomografi
- CEO** : Chief Executive Officer (Yönetim Kurulu Başkanı)
- CFROI** : Cash Flow Return On Investment (Nakit Akım Getiri Oranı)
- CLV** : Customer Lifetime Value (Müşteri Hayat Boyu Değeri)
- CSU** : California State University (California Eyalet Üniversitesi)
- CVA** : Cash Value Added (Nakit Katma Değer)
- ÇEMATEM** : Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılıkları Tedavi Merkezi
- DPT** : Devlet Planlama Teşkilatı
- EFQM** : European Foundation Of Quality Management (Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı)
- EVA** : Economic Value Added (Ekonomik Katma Değer)
- GCF** : Gross Cash Flow (Brüt Nakit Akışı Getirisi)
- GI** : Gross Investment (Brüt Yatırım)
- HBYS** : Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
- HKS** : Hastane Hizmet Kalite Standartları
- IC** : Intellectual Capital (Entelektüel Sermaye)
- ICHI** : International Classification of Health Interventions

(Uluslararası Sağlık Girişimleri Sınıflandırması)

**ICPM** : International Classification of Procedures in Medicine

(Uluslararası Tıbbi Süreç Sınıflandırması)

**KHB** : Kamu Hastaneler Birliği

**KHK** : Kanun Hükmünde Kararname

**KOM** : Kapsamlı Onkoloji Merkezi

**MR** : Manyetik Rezonans

**MVA** : Pazar katma değer

**NOPLAT** : Net Operating Profit Less Adjusted Taxes (Vergiden Ve

Faiz Giderinden Arındırılmış Net Faaliyet Karı)

**OTTM** : Onkoloji Tanı ve Tedavi Merkezleri

**OKGS** : Ortalama Kalış Gün Süresi

**PYS** : Performans Yönetim Sistemi

**RI** : Residual Income (Artık Kar)

**ROA** : Return On Assets (Aktif Karlılık)

**ROE** : Return On Equity (Öz Sermaye Karlılığı)

**ROIC** : Return On Invested Capital (Yatırılan Sermayenin Geri

Dönüş Oranı)

**ROP** : Prematüre Retinopatisi

**SAM** : Strategic Assessment Model (Stratejik Değerlendirme

Modeli)

**SB** : Sağlık Bakanlığı

**SVA** : Shareholder Value Added (Hissedar Katma Değeri)

**THSK** : Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

**TKHK** : Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

**TNSA** : Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

<b>TPP</b>	: Performance Prism (Performans Prizması)
<b>TRSM</b>	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
<b>TSR</b>	: Total Shareholders Return (Toplam Hissedar Getirisi)
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>USG</b>	: Ultrasonografi
<b>WACC</b>	: Weighted Average Cost Of Capital (Ağırlıklı Ortalama Sermaye Maliyeti)
<b>YDH</b>	: Yatak Devir Hızı
<b>YDO</b>	: Yatak Doluluk Oranı
<b>YÖK</b>	: Yüksek Öğretim Kurulu

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Tarihsel Süreç içerisinde Kullanılan Finansal Performans Değerlendirme Modelleri.....	6
<b>Tablo 2:</b> Sağlıkta Kalite İndikatörleri ve Formları.....	18
<b>Tablo 3:</b> Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Ölçütleri .....	21
<b>Tablo 4:</b> Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Performans Çalışmalarının Tarihçesi.....	21
<b>Tablo 5:</b> İşletmedeki Paydaş Gruplarına Yönelik Temel ve İkincil Performans Göstergeleri.....	27
<b>Tablo 6:</b> Sağlık Hizmeti Sunan Kurum ve Kuruluşlar .....	42
<b>Tablo 7:</b> 663 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında Yaşanan Değişim ..	46
<b>Tablo 8:</b> HKS Kapsamında Pilot Çalışma Yapılan Hastaneler.....	53
<b>Tablo 9:</b> Sağlık Hizmeti Bileşenleri.....	65
<b>Tablo 10:</b> Sağlık Hizmeti Göstergeleri.....	66
<b>Tablo 11:</b> Mali Hizmet Göstergeleri .....	67
<b>Tablo 12:</b> İdari Hizmet Göstergeleri .....	67
<b>Tablo 13:</b> Yerinde Değerlendirme Göstergeleri.....	68
<b>Tablo 14:</b> Birlik Hedefi Göstergeleri .....	69
<b>Tablo 15:</b> Verimlilik Karnesi Sağlık Tesisi Ağırlık Katsayıları .....	70
<b>Tablo 16:</b> Verimlilik Karnesi Başarı Grupları .....	71
<b>Tablo 17:</b> Yerinde Değerlendirme Boyutları .....	91
<b>Tablo 18:</b> Yerinde Değerleme Alanları.....	92
<b>Tablo 19:</b> Sağlık Bakanlığı Muayene Verileri .....	99
<b>Tablo 20:</b> Sağlık Bakanlığı ABC Grubu Ameliyatlar .....	101
<b>Tablo 21:</b> KHB Acil Başvuru Verileri .....	106
<b>Tablo 23:</b> Özellikli Hizmetlerin Gelişimi .....	111
<b>Tablo 24:</b> Sağlık Çalışanı Memnuniyet Anketi Soruları.....	113
<b>Tablo 25:</b> Kamu Hastane Birlikleri Yönetici Başarı Gruplarına Göre Dağılım.....	117
<b>Tablo 26:</b> Başarı Grupları Puan Ortalaması .....	118

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Dupont Mali Kontrol Modeli.....	8
Şekil 2. Lynch Cross Performans Piramidi.....	25
Şekil 3. Performans Prizması Modeli .....	29
Şekil 4. EFQM Modelin İşleyişi .....	30
Şekil 5. The Balanced Scorecard .....	33
Şekil 6. Kurumsal Karnenin Oluşturulması Süreci.....	35
Şekil 7. BSC 4 Temel Kavram.....	35
Şekil 8. Kurumsal Karnenin 4 Boyutu .....	36
Şekil 9. KHB Organizasyon Yapısı .....	50
Şekil 10. Kurumsal Karne ve Verimlilik Karne Modeli Boyutları.....	56
Şekil 11. KHB Değerlendirme Sistematiği.....	63
Şekil 12. Sağlık Tesisi Başarı Puanı Hesaplama .....	68
Şekil 13. KHB Karne Puanı Hesaplama .....	71
Şekil 14. KHB Verimlilik Karnesi Hesaplama Algoritması.....	72

## GRAFİKLER LİSTESİ

<b>Grafik 1.</b> Sağlık Tesisleri 2012- 2014 .....	95
<b>Grafik 2.</b> Yatak Sayıları .....	96
<b>Grafik 3.</b> Nitelikli Yatak Sayıları .....	97
<b>Grafik 4.</b> Tıbbi Cihazlara Ödenen Miktar .....	98
<b>Grafik 5.</b> KHB Muayene Sayıları .....	99
<b>Grafik 6.</b> KHB Kişi Başına Müracaat .....	100
<b>Grafik 7.</b> TKHK ABC Grubu Ameliyatlar 2010- 2014 .....	101
<b>Grafik 8.</b> TKHK ABC Grubu Toplam Ameliyat 2010- 2014 .....	101
<b>Grafik 9.</b> ABC Grubu Ameliyat Toplamı % Değişim .....	102
<b>Grafik 10.</b> KHB Ortalama Kalış Gün Süreleri .....	103
<b>Grafik 11.</b> KHB Yatak Doluluk Oranları .....	104
<b>Grafik 12.</b> KHB Yatak Devir Hızı .....	105
<b>Grafik 13.</b> KHB Muayene Sayıları .....	106
<b>Grafik 14.</b> KHB Muayene Yüzdesel Değişim Tablosu .....	107
<b>Grafik 15.</b> Yoğun Bakım Yatak Sayıları 2002-2014 .....	107
<b>Grafik 16.</b> Aralık Ayları YB- YDO 2011-2014 .....	108
<b>Grafik 17.</b> Ağustos Ayları YB- YDO 2011-2014 .....	108
<b>Grafik 18.</b> TKHK Doğum Verileri 2010- 2014 .....	109
<b>Grafik 19.</b> TUİK Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti .....	112
<b>Grafik 20.</b> Karne Puanlarının Değişim Oranları .....	118

## Nişantaşı Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

<b>Tezin Başlığı:</b> Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Karne Uygulaması ve Kamu Hastanelerinin Kapasitesi Üzerine Etkileri	
<b>Tezin Yazarı:</b> Yeliz ALACAHAN	<b>Danışman:</b> Yrd. Doç. Dr. Fatih ANIL
<b>Kabul Tarihi:</b>	<b>Sayfa Sayısı:</b> xvi (ön kısım) + 120 (tez)
<b>Anabilim dalı:</b> İşletme Yönetimi	
<p><b>KONU</b> Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Karne Uygulaması ve Kamu Hastanelerinin Kapasitesi Üzerine Etkileri</p> <p><b>TEMEL AMAÇ</b> Kamu Hastanelerinde uygulanan Kurumsal Karne Temelli Verimlilik Karnesi Uygulamasının kapasite üzerindeki etkilerini nicelik ve nitelik yönünden analiz etmek.</p> <p><b>ANA ÖNERME</b> Sağlıkta yeniden yapılanma sonrası kamu hastanelerinde Verimlilik Karnesi Uygulamasının ile kamu hastanelerinin kapasiteleri niceliksel ve niteliksel olarak artmıştır.</p> <p><b>YAN ÖNERMELER VE DESTEKLEYİCİ KANITLAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kurumsal Karne Temelli Verimlilik Karnesi Uygulaması, sağlık işletmelerinin kurumsal kapasitelerini etkin ve verimli kullanımını olumlu etkilemiştir.</li><li>• Kurumsal Karne Temelli Verimlilik Karnesi Uygulaması, sağlık işletmelerinin performansının ölçümünde, finansal analizlerin yanında, hizmet kalitesi, verimlilik, etkinlik ve etkililik, müşteri memnuniyeti gibi finansal olmayan unsurların ölçümü ile uygun bir seçenektir.</li><li>• Kurumsal Karne Temelli Verimlilik Karnesi Uygulaması, kamu hastanelerinde performans ölçmenin yanı sıra stratejik performans yönetim aracı olarak kullanılabilir.</li><li>• Kamu hastanelerinde Kurumsal Karne Temelli Verimlilik Karnesi Uygulamasına geçildikten sonraki dönemde sağlık hizmetleri niceliksel ve niteliksel olarak iyileşmiştir.</li><li>• Yayımlanmış Sağlık İstatistikleri (TUİK, SB VE TKHK verileri)</li></ul>	
<b>Anahtar Kelimeler:</b> (Sağlık, Performans, Verimlilik, Kurumsal Karne, Verimlilik Karnesi, )	

**Nişantaşı University Institute of Social Sciences Abstract of Master's Theis**

<b>Title of the Thesis:</b> Balanced Scorecard Implementation In Healthcare and Effects On The Capacity Of Public Hospitals	
<b>Author:</b> Yeliz ALACAHAN	<b>Supervisor:</b> Assist. Prof. Fatih ANIL
<b>Date:</b>	<b>Nu. of pages:</b> xvi (pre text) + 120 (main body)
<b>Department:</b> Business Management	
<b>SUBJECT</b> Capacity Effects of Balanced Scorecard Implementation of Public Hospitals and Health Care	
<b>MAIN PURPOSE</b> Balanced Scorecard applied in Public Hospitals Based Practice Efficiency Ratings their impact on the capacity to analyze the quantity and in quality.	
<b>BASIC PROPOSITION</b> After restructuring the Health public hospitals with the capacity of public hospitals it has increased qualitatively and quantitatively Application Efficiency Ratings .	
<b>ADDITIONAL PROPOSITIONS AND SUPPORTING EVIDENCE</b>	
Balanced Scorecard Based Practice Efficiency Ratings has affected the institutional capacity of the health care business effectively and positively productive use.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Balanced Scorecard Ratings Based Productivity Application, to measure the performance of health institutions , among financial analysis, service quality, productivity, efficiency and effectiveness , is a viable option to measure non-financial factors such as customer satisfaction</li><li>• Balanced Scorecard Ratings Based Productivity Applications is available in public hospitals as well as performance measurement of strategic performance management tool.</li><li>• Health services in the years after he passed the Balanced Scorecard Ratings Based Productivity Applications in public hospitals has improved qualitatively and quantitatively .</li><li>• Published Health Statistics ( TUIK , SB andTKHK data)</li></ul>	
<b>Keywords:</b> (Health , Performance , Productivity, Balanced Scorecard , Efficiency Ratings )	



## GİRİŞ

Ülkemizde sağlık sistemin iyileştirilmesi çalışmaları uzun bir geçmişe sahiptir. Türkiye Cumhuriyetinin kuruluş yıllarında bu güne devam eden bu çalışmaların sonuncusu 2003 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığınca ilan edilen “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adlı reform programıdır.

Bu program ile sağlık sektörünün hizmet sunumu, organizasyon yapısı, bürokratik işleyişi, hizmete erişim, sağlık eğitimi, sağlık insan gücü yetiştirilmesi, sağlık personelinin ekonomik şartlarının iyileştirilmesi, hasta haklarının geliştirilmesi, kalitenin geliştirilmesi gibi birçok alanda amaçlar konulmuştur.

Program çerçevesinde kamu hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi, kamu hastane işletmeciliğinde desantralizasyona gidilmesi gibi sistemin işleyişinde önemli farklar yaratan birçok değişiklik uygulamaya konulmuştur. Söz konusu reform programları çerçevesinde genel olarak sağlık hizmeti sunumunun iyileştirilmesi kalite ve performans açısından yeni uygulamalar gündeme gelmiştir.

Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlar 2011 yılında yaşanan mevzuat değişikliği sonrasında geçmişe oranla rekabetin daha yoğun olduğu bir ortamda faaliyet göstermeye başlamışlar ve gereksinimleri karşılamak, rekabet edebilmek, değişimleri zamanında başarmak, maliyetleri düşürmek ve verimliliği artırmak amacıyla uygulamada kurumsal performans ölçümü çalışmalarına daha fazla yer vermeye başlamışlardır. Bu çerçevede sistemin verimlilik, etkililik, tüketici memnuniyeti gibi unsurların yanı sıra etkinlik, mali yapının sağlamlığı, refansman gibi konularda izlenmesi gündeme gelmiştir.

Sağlık sektörü dinamik ve zaman içerisinde kendisini yenileyen alandır. Dünya üzerindeki teknolojik ve sosyal gelişmelere bağlı olarak sağlık sektörü de gelişmektedir. Karar alıcılar ve politika yapıcılar sağlık sistemlerini daha iyi bir duruma getirmek için diğer alanlarda yaşanan gelişmeler doğrultusunda çalışmalar yürütmektedirler.

Bu bağlamda kurumsal yönetim alanında son yıllarda yaşanan gelişmeler çerçevesinde; sağlık hizmetlerinde nicelik olarak artışın yanı sıra kalite ve içerik yönünden iyileştirilmesi ile hesap verilebilirlik gibi konularda ön plana çıkmıştır.

Bu çerçevede sağlık sistemlerin işleyişinde bir anlayiş değişikliği yaşanmış ve sağlık hizmeti araz ve talep noktasında da incelenmeye tabii tutulmuştur. Bu durum piyasa anlayişı çerçevesinde geliştirilen birçok uygulama ve modelin sektöre uyarlanması sonucunu da beraberinde getirmiştir. Öte yandan sağlık hizmetine yönelik talep artışıyla birlikte tüketicilerin beklentileri de yükselmiştir.

Bir işletmenin işleyişine baktığımızda finansal ve finansal olmayan birçok gösterge ile karşılaşırız; sağlık işletmelerinin de kendilerine özđü yönleri ve dikkate alındığında bu temel ayırım çerçevesinde klinik ölçüler, tüketicilerin beklentileri, iç süreçlerin performansı ve finansal performansa ilişkin ölçüleri de içeren bir performans ölçüm sistemi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda alanda yaygın olarak kullanılan ve önemli bir performans ölçüm uygulaması ve yönetim aracı olarak Dengeli Kurumsal Karne “Balanced Scorecard (BSC)” yöntemi ön plana çıkmıştır.

Dengeli Kurumsal Karne “Balanced Scorecard (BSC)” 1990’larda Kaplan ve Norton tarafından geliştirilmiş bir performans değerleme yöntemidir. Uygulamada organizasyonu çok boyutlu süreçler olarak ele alır ve yöntemin ilgilendiği ana alanlar strateji yönetimi, süreç yönetimi, finans, insan kaynakları ve bilgi yönetimidir.

Sağlık işletmelerinin performansının ölçümünde, finansal analizlerin yanında, hizmet kalitesi, verimlilik, etkinlik ve etkililik, müşteri memnuniyeti gibi finansal olmayan alanlarda değerlendirmeye tabii tutulmaktadır. Bu anlamda BSC aynı zamanda bütünleşik bir stratejik performans yönetim sistemi olarak kullanılmaktadır.

Çalışmanın ilk bölümünde; öncelikle genel anlamda performans ölçümüne ve kurumsal anlamda performans ölçümünün önemine değinilmiş daha sonra çeşitli performans ölçüm yöntemlerinde bahsedilmiştir. Performans ölçüm yöntemlerinde finansal ve finansal olmayan şeklinde temel bir ayırımına gidilmiş ve tarihsel süreç içerisinde bu bağlamda geliştirilmiş performans ölçüm yöntemleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Birinci bölüm sonunda ise finansal ve finansal olmaya yöntemlerin beraber kullanıldığı yöntemlere değinilmiş ve ülkemizde sağlık alanında pratiğinin sergilendiği Kurumsal Karne uygulamasının teorik altyapısı, tarihsel gelişimi ile genel özellikleri, temel boyutları ana hatları ile ele alınmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise kurumsal anlamda sağlık hizmetinin genel bir tanımı yapıldıktan sonra sağlık organizasyonda yaşanan değişimler ile ülkemizde sağlık alanında performans ölçümünün gelişimi verilmiş. Ulusal ve uluslararası alanda performans çalışmalarından örnekler verilmiştir. Bu bölümde kurumsal karnenin uygulandığı organizasyon yapısının gelişimi ve oluşumu anlatılmış, daha sonra Kurumsal Karnenin sağlık kurumları üzerinde uygulanabilirliği ve yönetim üzerinde etkileri tüm boyutlarıyla ele alınmıştır.

Kurumsal karne uygulaması organizasyonun tüm düzeylerinde görev alanların ölçüm sisteminin bir parçası olması gerektiğini vurgular bu yönüyle bakıldığında ülkemizde sağlık sisteminde performans değerlendirme çalışmalarında uygulama alanı bulmuştur. Bu bağlamda çalışmanın bu bölümünde spesifik olarak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bünyesinde yer alan kamu hastanelerinde Balanced Scorecard Uygulaması ayrıntılı olarak incelenmiş ve uygulamanın kamu hastanelerinin hizmet kapasitesi üzerindeki nicelik ve nitelik yönünden etkilerini analiz edilmiştir.

2011 yılında yaşanan sağlıkta yeniden yapılanma sonrası kamu hastanelerinde verimlilik ve performans ölçümünde Balanced Scorecard Uygulaması ile sağlık yöneticileri uzun vadeli değerlendirmeler yapma olanağına kavuşmuş böylelikle sağlık işletmelerinin, esnek, şeffaf, verimli ve etkili bir örgütsel yapı içerisinde yönetilmesine katkı sağlanmıştır.

Çalışmada ikinci bölümde veri analizi yöntemi ile yerli ve yabancı kaynaklardan yararlanma yoluna gidilmiştir. Söz konusu bu kaynaklardaki veriler değerlendirme yöntemi çerçevesinde ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerde niceliksel ve niteliksel artış istatistiksel veriler ile de ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Sonuç olarak, elde edilen bulgulara dayalı olarak performans yönetiminin kamu kurumlarının yönetsel işlevlerine katkı sağlayacağı yargısına ulaşılmış ve TKHK bünyesinde yer alan Kamu Hastanelerinde Balanced Scorecard Uygulamasının kamu hastanelerinin hizmet kapasitesi üzerindeki nicelik ve nitelik yönünden pozitif etkilediği ortaya konmuştur.

# BÖLÜM 1

## PERFORMANS ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ VE BALANCED SCORECARD UYGULAMASI

### 1.1. Performans Kavramı

#### 1.1.1. Bireysel ve Kurumsal Performans

İş dünyasında sıkça kullanılan “Performans” kavramı Fransızca “performance” sözcüğünden dilimize aktarılmıştır. Oldukça geniş kapsamlı ve kullanıldığı alana göre farklı anlamlar yüklenebilen bir kavramdır. Türk Dil Kurumunun Türkçede Batı Kökenli Kelimeler Sözlüğü’ ne göre performans; “yapılan iş, uygulama, icraat, herhangi bir olayı veya durumu başarma isteği ve gücü, kişinin yapabileceği en iyi derece ve herhangi bir eseri, oyunu, işi vb.ni ortaya koyarken gösterilen başarı” olmak üzere dört farklı şekilde tanımlanmıştır (tdk.gov.tr).

Literatüre baktığımızda ise performansla ilgili birden çok tanımlama ile karşılaşırız. Bireysel anlamda amaçlar doğrultusunda oluşturulan günlük programların uygulanarak amaçların adım adım gerçekleştirilmesi, diğer bir ifade ile görevin gereği olarak önceden belirlenen standartlara uygun davranışların gösterilmesi ve beklenen amaçlara ulaşma derecesi olarak tanımlanabilir.

Bir başka tanımlamaya göre ise; önceden belirlenen koşullara göre bir işin yerine getirilme (başarım) düzeyi veya iş görenin davranış biçimi olarak tanımlanabilir. Performans, “bir çalışanın belirli bir zaman kesiti içerisinde kendisine verilen görevi yerine getirmek suretiyle elde ettiği sonuçlardır.” Bu sonuçlar olumlu ise, personelin kendisine verilen görev ve sorumlulukları başarıyla yerine getirdiği ve dolayısıyla yüksek bir performansa sahip olduğu anlaşılır. Sonuçlar olumsuz ise, iş görenin başarılı olmadığı veya performans düzeyinin düşük olduğu kabul edilir. En yalın deyişle “bireyin iş yapma düzeyi” olarak tanımlanabilir (Uzoğlu, 2011 : 2,3 ).

Tanımdan da anlaşıldığı üzere performans, bireysel olarak ele alındığında belirli bir amacın, görevin veya fonksiyonun yürütülmesiyle ya da gerçekleşmesine ilişkindir. Aynı yaklaşım kurumlar açısından da geçerli bir yaklaşımdır. Kurumsal bağlamda da performans, amaçlı ve planlanmış bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ya

da nitel olarak belirleyen bir kavramdır. Bir iş sisteminin performansı ise belirli bir zaman sonucundaki çıktısı ya da çalışma sonucudur. Bu durumda performans, işletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için gösterilen tüm çabaların değerlendirilmesi olarak da tanımlanabilir (Cihangir, 2014 : 38,39).

Performans yönetimi, tespit, ölçme ve performans geliştirmeye dayanan bir süreçtir. Bu çerçevede organizasyonda görevli her bireyin performansını ve amaçlarını kurumsal performans ve amaçlara bağlamak süreç yönetimi ve bireysel amaçları kurumsal misyon ve vizyona bağlamakla olanaklıdır. Performans yönetimini kesintisiz bir süreç olarak ele almak gerekir. Bu süreç, amaç ve hedefleri belirleme, performansını gözlemlemek, ölçme geri bildirim ve yönetme olarak tanımlanabilir (Aguinis, 2011: 1,2).

Kurumların hedef ve stratejilerine göre farklılık gösteren performans anlayışında önemli olan, belirlenen hedefler doğrultusunda uygun stratejilerin tanımlanmasıdır. Bu bağlamda performans, hedeflere ulaşmada çıktıların ve üretimde kullanılan kaynakların ölçülmesi; belirlenen bir amaca ulaşma düzeyi; amaçlı bir faaliyetin verimliliği, etkililiği olarak tanımlanabilir. Ayrıca etkililik, verimlilik, kalite, çalışma hayatının kalitesi, müşteri memnuniyeti esneklik, yenilik, kârlılık, gibi bazı performans göstergeleri arasındaki karşılıklı ve karmaşık ilişkiler bütünü olarak da tanımlanmaktadır (Ağca ve Tuncer, 2006: 175,176).

Kurumların tümü belirli bir amaç doğrultusunda kurulumlar ve organizasyon yapılarını amaçları çerçevesinde kurgularlar. Bu bağlamda kurum yöneticileri organizasyonun amaçlarını ve görevlerini en iyi şekilde gerçekleştirmek ve maksimum başarı oranını yakalamak için çalışırlar. Bu kapsamda kurum için en iyi olanın belirlenmesinde performans anlayışı devreye girer. Kurumsal performans için kabul edilebilir ve tatmin edici düzey zaman içinde değişiklik gösterebilir. Kurumun başarısı bu değişimde temel belirleyicidir. Başarı durumunda, kabul edilebilirlik ve tatmin edici başarı düzeyi artarken aksi durumda yöneticiler ve paydaşlar beklentilerini aşağı çekebilirler (Aydın ve Demir, 2006: 5,6). Bu durumda öncelikli olan kurumların performans ölçümünde beklentileri ile performansın ne şekilde ve hangi metotla ölçüleceğidir.

### 1.1.2. Kurumsal Performansın Ölçümü

Performans genel olarak, görev ve stratejilere göre farklılık gösterebilen, firma stratejisine uygun belirlenen hedefler doğrultusunda kullanılan kaynakların ölçülmesi, belirlenen hedefe ulaşma düzeyi, hedefli bir faaliyetin verimliliği, etkinliği, kalitesi, müşteri memnuniyeti, esnekliği, yeniliği, kârlılığı gibi unsurların arasındaki ilişkiler bütünü olarak tanımlanmaktadır (Ağca ve Tuncer, 2006: 175,176).

Kurumsal performans, tanımlanmış bir dönem sonunda, etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak belirleyen ve amacın gerçekleşme başarısını gösteren göstergedir. Kurumsal yapı içerisindeki kişilerin ayrı ayrı performansları, totalde kurumsal performansa yansır. Bireysel performanslarının değerlendirilmesi kurumun amaçlarına ne ölçüde katkıda bulduklarını belirler. Bu çerçevede bireysel performans düzeylerini belirleyebilmek için ölçme, karşılaştırma veya değerlendirme gibi yöntemler kullanılır.

Sağlıklı bir performans ölçümü ve değerlendirmesi için öncelikle iyi tanımlanmış ölçülebilir hedefler tespit etmek gerekir. Bu noktada karşılaşılan en önemli sorunların başında objektiflik ölçütü gelir.

Çalışanların performans değerlendirilmesi ve ölçülmesi işlerinin, amirlerin gözlemi, inisiyatifi ve ön yargıları doğrultusunda sübjektif yöntemlerden ziyade bilimsel bazı kriterler ve ilkeler çerçevesinde objektif olarak yapılması gerekir. Bilimsel performans ölçütleri olmaksızın iyileştirme beklenemez (Aydın ve Demir, 2006: 5,6).

Yatırımcılar açısından olaya bakıldığında ise performans ölçütünün yatırımlarının karşılığının elde edilen getiriri olduğu görülmektedir. İşletmenin gösterdiği etkinlik sonucunda bir değer yaratması ve ortakların öz sermaye değerlerinin artırılması anlamı taşır.

Bu kapsamda gerek etkinliğin doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi gerekse yatırımcıların getirilerinin ne ölçüde arttırıldığının belirlenebilmesi bakımından, belirli bir dönem içinde yaratılan değerlerin tam ve gerçeğe uygun şekilde performans ölçüm yöntemleri kullanılması önem taşımaktadır.

Bir işletmede tüm tarafların beklentileri ve işten sağlanması beklenen fayda göz önüne alındığında doğru ve sağlıklı bir performans ölçümünün temel nitelikleri şu şekilde sıralanabilir.

1. Performans göstergeleri işletme amaçları ile ilgili olmalıdır.
2. İşletmenin etkinliğini ve etkinliğin yönetimini yansıtmalıdır.
3. Yönetici ve çalışanların hareketlerinden etkilenmelidir.
4. Yönetici ve çalışanlar tarafından kolayca anlaşılabilir olmalıdır.
5. Objektif ve güvenilir olarak ölçülebilmelidir.
6. Tutarlı ve düzenli olarak kullanılabilir olmalıdır.

Bu amaçla işletmelerin performans ölçümlemesinde kullanılan yöntemleri, finansal yöntemler, finansal olmayan yöntemler ile finansal ve finansal olmayan yöntemlerin (birleşik) birlikte kullanımını esas alan yöntemler olarak üç ana grupta toplamak mümkündür (Çanakçıoğlu ve Demirbaş, 2009: 216,217).

Hedeflere bağlı olarak işletmenin amaçlarına ulaşma, bir başka ifadeyle performans düzeyinin ölçülmesinde finansal ve finansal olmayan bir takım göstergelerden yararlanılmaktadır. Finansal olmayan göstergeler; müşteri memnuniyeti, ürün kalitesi, personel ve yönetici yeterliliği, gibi bir takım göreceli değerlendirmeleri içermektedir. Finansal göstergeler ise; karlılık, verimlilik, katma değer yaratmak, etkenlik olarak sıralanabilir (İlarslan, 2011: 148,149).

## 1.2. Performansın Finansal Yöntemlerle Ölçümü

Bir işletmenin varlığını sürdürmesi ve büyümesi rekabet gücüne bağlıdır. İşletmenin rekabet gücünün sağlıklı biçimde tespit edilebilmesi de işletmenin finansal performansının ölçülmesi ve analiz edilmesini gerektirir.

Performans ölçümü, önceden belirlenmiş olan amaçlara göre, programın başarılarının sürekli olarak izlenmesi ve raporlanmasıdır. Bir programın başarılarının sürekli olarak izlenmesi ve raporlanması süreci ise, politikaların ve stratejilerin yayıldığı ve farklı alanlardan geri bildirimlerin sağlandığı bir kapalı döngü kontrol sistemi olarak tanımlanan performans ölçüm sürecini oluşturmaktadır (Otlu ve Karaca, 2006: 141).

Kurumların performans ölçümünde birçok yöntem kullanılabilir. Bir kurumun performans ölçümünde ağırlıklı olarak finansal yöntemler kullanılması durumunda geleneksel (klasik) yöntemlerin kullanıldığını söyleyebiliriz. Diğer performans ölçüm yöntemleri gibi bu yöntemde temel amacı organizasyonun verimliliği artırmak ve kârı maksimize etmektir.

Finansal yöntemlerle performans ölçümünde muhasebe verileri kullanılır. Bu çerçevede hazırlanan raporlar analiz edilirler. Söz konusu raporlar organizasyonun iç unsurlarına ilişkin olabileceği gibi dış unsurlarla da ilgili olabilir. Organizasyonların iç işleyişlerine ilişkin raporlar daha çok karar destek sistemleri dâhilinde hazırlanırlar ve yönetim muhasebesi verilerini kapsarlar.

Maliyet analizleri, hacim-kâr analizleri, bütçeler, standart maliyet uygulamaları örnek olarak verilebilir. Kurum dışı raporlama ise, çoğunlukla organizasyon dışında kalan ve kurumsal işleyişe tabii olmayan performans değerlemesi için gereksinim duyulan bilgilerin sunumunu amaçlar.

Finansal yöntemler günümüzde birçok işletmede kullanılmaktadır. Bunun en önemli nedenleri ise finansal yöntemlerin beklentilere dayalı “göreceli işletme performansından” daha çok “kesinleşmiş işletme performansına” dayalı olmasıdır (Çelik, 2002: 5). Sonuç olarak kesinleşmiş verilerin kullanımı yönetime objektiflik kazandırmakta ve çıktılar üzerinde tartışmaları azaltmaktadır. Kurumlarda finansal yöntemlerle performans ölçümü bütüncül bir bakış açısı sağlamakla birlikte bir



uygulamada daha çok alt ve orta seviyedeki yöneticilerin performanslarının değerlendirilmesi amacı ile kullanılmaktadır.

Finansal yöntemlerle performans ölçümüne yöneltilen en önemli eleştiri ise en fazla olaya tek yönlü yaklaşımları ve sadece finansal nitelikteki olayları dikkate almaları yönünden eleştirilmektedir (www.riskonomi.com). Finansal yöntemler, teorik olarak firmanın yarattığı değer ölçülmesini sağlamamaktadır. Ancak bu eleştiri finansal yöntemlerin hâlihazırda birçok işletme için vazgeçilmez olmasını engellememektedir.

Finansal ölçüm yönteminde en önemli performans ölçme araçlarını aktif kârlılık, öz sermaye kârlılığı ve hisse başına kazanç olarak sayabiliriz. En sık kullanılan ölçütler ise net bugünkü değer ile iç kârlılık oranı ve paranın zaman değerinin dikkate alındığı iskonto tekniğine dayanan ölçütlerdir. Sadece firmanın karlılığına değil hissedarın olası faydasına odaklanan ve firma başarısını ölçerken, kârlılığın artması yanında hissedarlarının gelir artışını da dikkate alan finansal değerlendirme yöntemleri; nakit akımı getiri oranı, nakit katma değer, hissedar katma değeri, ekonomik katma değer, pazar katma değeri olarak sıralanabilir (Çanakçıoğlu ve Demirbaş, 2009: 278).

**Tablo 1**  
**Tarihsel Süreç içerisinde Kullanılan Finansal Performans Değerlendirme Modelleri**

1920'ler	Aktif karlılığı (ROA) ve Öz sermaye karlılığını (ROE) ölçen Dupont Modeli
1970'ler	Hisse başına kazanç
	Fiyat kazanç oranı (F/K), Piyasa değeri / defter değeri oranı (PD/DD)
1980'ler	Öz sermaye karlılığı (ROE)
	Yatırımın karlılığı (ROI)
	Hissedar değer analizi (SVA)
1990'lar	Ekonomik katma değer (EVA)
	Pazar katma değer (MVA)
	Faiz vergi amortisman öncesi kar (EBITDA) çarpanları
	Toplam hissedar kazancı (TSR)
	Yatırımdan elde edilen nakit akısı (CFROI)
2000'ler	Performans kartesi (Balanced Scorecard)
	Çalışan katma değer, entelektüel sermaye

**Kaynak:** [http://pascal.iseg.utl.pt/~jcneves/handouts\\_mc16\\_performance.pdf](http://pascal.iseg.utl.pt/~jcneves/handouts_mc16_performance.pdf) 1.10.2010

### 1.2.1. Dupont Modeli ve Öz Sermaye Karlılığı

Dupont Modeli temel olarak, geri dönüş oranı ile başlayan göstergeler hiyerarşisine dayanır. Kısaca ifade etmek gerekirse öz sermaye karlılığını detaylı olarak incelemeyi amaçlar. Model ilk olarak 1920’li yıllarda Dupont Corporation tarafından kullanılmaya başlanmış, daha sonra da ismi Dupont Modeli olarak kalmıştır.

Modelde Yatırım kazançları yüzdesi, bir mali kontrol aracı olarak kullanılmaktadır. Yatırım kazançları oranı, satış marjı ile toplam aktifler (yatırımlar) dönüş hızının çarpılmasıyla elde edilir:

$$\frac{Kar}{Toplam Aktifler} = \frac{Kar}{Satışlar} \times \frac{Satışlar}{Toplam Aktifler}$$

Bu denklem kârlılığı etkileyen iki unsuru belirtir.

1. İşletmeye yatırılan toplam aktiflerin etkili bir biçimde kullanılması yoluyla maksimum iş hacmi ve satış hasılatının elde edilmesi yönetimin en önemli amaçlarından. Buna işletmeye yatırılan her liranın kârının maksimizasyonu ilkesi denir.
2. İkinci kâr ilkesi, satış hasılatının her lirasından elde edilen kârın maksimizasyonudur.

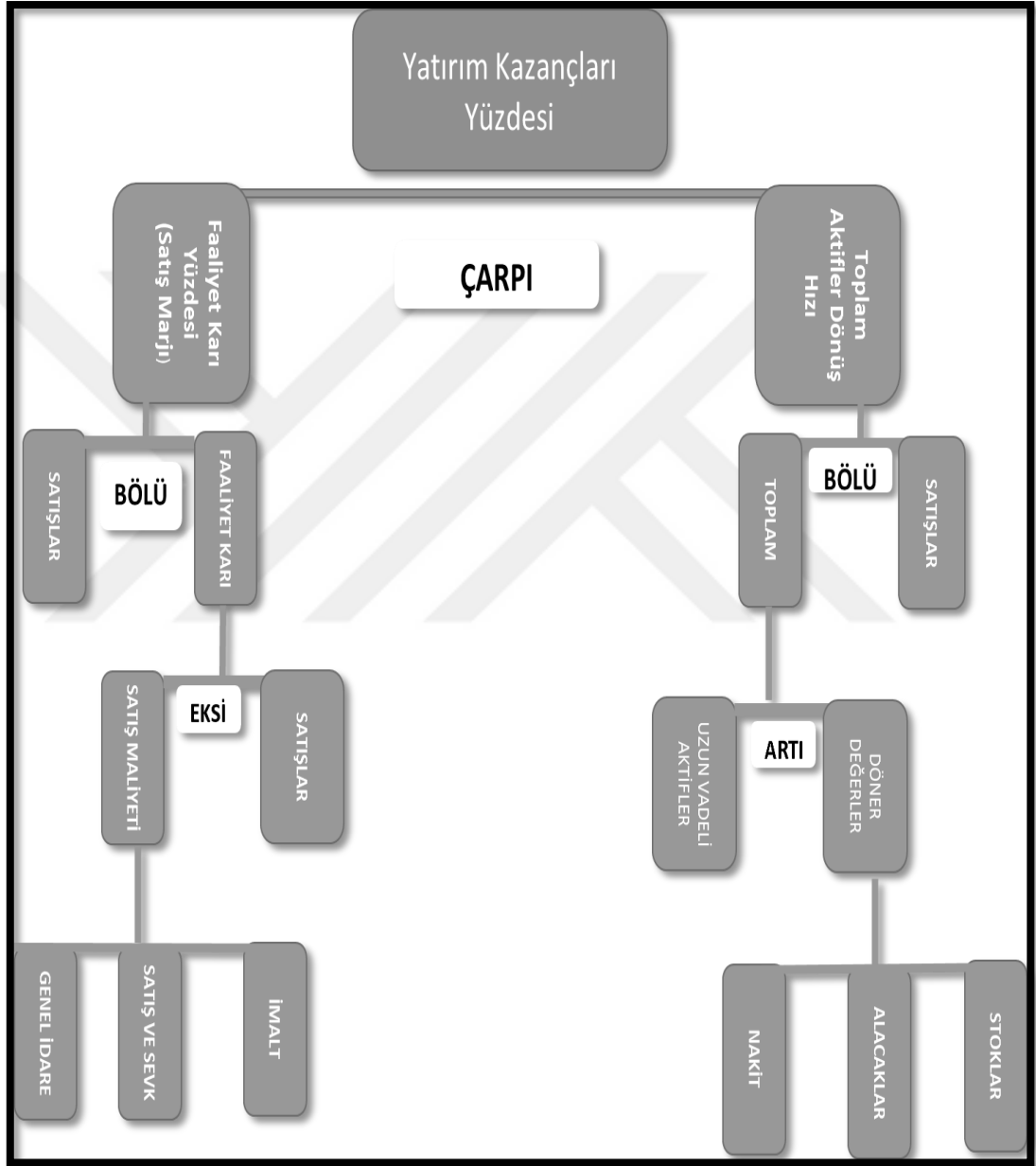
Bunlardan birincisi, toplam aktifler dönüş hızının; ikincisi de satış marjının kapsadığı ilişkilere ilişkin esasları ortaya koyar. Yatırım kazançları oranının önemi, işletmenin en yüksek yöneticisi için faaliyetleri değerlendirme ve ölçme bakımından çok etkili bir kontrol aracı olmasıdır.

Formülü oluşturan iki unsur birbirinden bağımsız gibi görünürlerse de, tamamen birbirlerine bağıdırlar. Bu formüle bakan yönetici karların elde edilmesinde iki faktörün paylarının ne olduğunu görür. Yatırım kazançlarının elde edilmesinde, toplam aktifler dönüş hızının katkısı çok az ise, yönetici bu oranı oluşturan diğer unsurları inceler.

Böylece düşük dönüş hızının fazla stok ve atıl kapasite bulunması, alacakların zamanında tahsil edilmemesi veya benzeri nedenlerden ileri geldiğini saptar. Satış marjı düşük ise, bu kez yönetici satış maliyetini meydana getiren unsurlar üzerinde duracaktır.

Bu analizler yöneticinin süratle düzeltici önlemler almasını sağlar (Yalkın, 1981: 40-42).

Dupont Organizasyonu, bu ilişkileri mali yöneticinin daha iyi görmesi için bir de şema geliştirmiştir.



Şekil 1: Dupont Mali Kontrol Modeli

**Kaynak:** Yüksel Koç Yalkın, İşletmelerde Mali Analiz Teknikleri, Ankara Üniversitesi, 5. b., s.40.

Şemada döner değerler ve satış maliyetine ilişkin önemli miktarlardaki kalemler gösterilmektedir. Yatırım kazançları oranının malî kontrol aracı olarak faydası, fiilî oran ve yüzdelerin geçmiş dönem bütçesinde saptanan sanayi ve rakip işletmelere ilişkin oran ve yüzdelerle karşılaştırılınca ortaya çıkar. Onun için şemadaki dikdörtgenlerde fiili oranlarla diğer oran ve yüzdeler çeşitli sembollerle gösterilmektedir (Yalkın, 1981: 40-42).

Görüldüğü üzere modelde; sermayenin verimliliği yatırımın geri dönüş oranı ile ölçülmektedir. Yatırımın geri dönüş oranı kar elde etmek amacıyla kullanılan sermaye ile net kar arasındaki ilişkidir. Bir başka ifadeyle net karın, bu karı elde etmek için kullanılan sermayeye bölünmesi sonucunda bulunan orandır. Bu oran aynı zamanda sermaye verimlilik oranı olarak da ifade edilmektedir. Bu oranın yüksekliği genelde iyi yorumlanır.

Yüksek ve istikrarlı öz sermaye karlılığı o şirketin rakiplerine göre daha iyi çalıştığını ve rekabet avantajı olduğunu gösterir (www.borsagundem.com). Buna göre yöneticilerin işletmede toplam maliyetleri azaltarak veya satış gelirlerini artırarak kullanılan sermayenin verimliliğini artırması olanaklı görünmektedir (Tokay, Deran ve Arslan, 2010: 274).

Özü itibarıyla Dupont Analizi ya da modeli öz sermaye karlılığını oluşturan faktörleri basit muhasebe ilişkileri kurarak anlaşılmasını sağlayan bir finansal analiz ve planlama modelidir. Bu model ile firmanın finansal durumu değerlendirildiği takdirde, firmanın riski ve etkinliği gibi unsurlar da dikkate alınacağından, analiz sonucunda firma hakkında daha sağlıklı bilgilere ulaşmak mümkün olacaktır.

Söz konusu ilişkiler aşağıdaki gibi ifade gösterilebilir.

$$ROE(\text{Öz sermaye karlılığı}) = \frac{\text{Net Kar}}{\text{Toplam Öz sermaye}}$$

$$ROE(\text{Öz sermaye karlılığı}) = \frac{\text{Net Kar}}{\text{Satışlar}} \times \frac{\text{Satışlar}}{\text{Toplam Varlıklar}} \times \frac{\text{Toplam Varlıklar}}{\text{Toplam Öz sermaye}}$$

Bu eşitlikten de görüleceği üzere öz sermaye karlılığı; net kar marjı, aktif devir hızı öz sermaye çarpanı (riski gösterir) olmak üzere üç ana unsurdan oluşmaktadır. Öz sermaye karlılığı bu şekilde analiz edildiği takdirde, işletmelerin performansı hakkında çok daha fazla bilgi sunmakta ve bu şekliyle öz sermaye karlılığı önemli bir finansal performans ölçütü niteliği kazanmaktadır (Çetenak, 2012: 14).

### 1.2.2. Hissedar Katma Değeri (SVA-Shareholder Value Added)

Hissedar Katma Değeri Yöntemi, 1980’de Dr. Alfred Rappaport ve LEK/Alcar danışmanlık firması tarafından geliştirilmiş olup indirgenmiş nakit akım analizine dayanır. Amaç gelecekle ilgili nakit akım tahminlerinin sürekli iskonto edilmesi ve işletmenin değerinin bu tahminler doğrultusunda hesaplanmasıdır. Cari performansın ölçümünde, nakit akışı tahminleri ile o dönemin fiili nakit akışı karşılaştırmaları baz alınmaktadır (Çanakçıoğlu ve Demirbaş, 2009: 222).

Bu yaklaşım, hissedarların bir işletmeye veya işletme birimine koymuş oldukları sermayenin değerini tahmin etmekte kullanılabilir. Yine bu yaklaşım, stratejik kararların değerlendirilmesinin temeli olarak da kullanılabilir (Sakarya, 2008: 177).

İşletme performansını hissedarlar için anlamlı bir şekilde bir yansıtacak bir yöntemdir. Bu yönüyle 1980’lerde popüler olan yöntem, içerdiği karmaşık hesaplamalar nedeniyle uygulamada fazla alan bulamamış ve zamanla popülerliğini yitirmiştir (www.investinganswers.com).

### 1.2.3. Toplam Hissedar Getirisi (TSR- Total Shareholders Return)

Toplam Hissedar Getirisi (TSR) ise 2000’li yıllarda popüler olmuş özellikle borsada işlem gören işletmelerin performansını ölçmek üzere belirli bir dönemde hissedar refahındaki değişimleri gösteren bir ölçüttür. TSR kar paylarının ve hisse senedi değer artış ve azalışlarının bir fonksiyonu olup iyi bir karşılaştırma kriteri olarak kullanılabilir. Toplam Hissedar Getirisi (TSR) zaman içerisinde farklı şirketlerin hisse senetleri ve hisse performansının bir ölçüsüdür. Hisse fiyatı üzerinden yıllık yüzde olarak hesaplanır ve hissedar temettü değeri eklenerek toplam hissedar getirisi bulunur.

Toplam Hissedar Getirisi (TSR) aşağıdaki gibi hesaplanabilir.

$$TSR = \frac{(D\ddot{ö}nem\ Sonu\ Fiyat - D\ddot{ö}nem\ Başı\ Fiyat + Kar\ Payları)}{D\ddot{ö}nem\ Başı\ Fiyat}$$

TSR şirketin hisse senedi fiyatını etkileyecek tüm faktörlere ve şirketin kar payı politikasına bağlı olarak değişkenlik gösterir. Söz konusu ölçüt yöneticileri veya işletmenin belirli dönemlerdeki performansını değerlendirmek için son derece idealdir.

Örneğin Harvard Business Review tarafından yapılan bir çalışmada en iyi 50 CEO yarattıkları Toplam Hissedar Getirilerine göre belirlenmiştir. Söz konusu çalışmada, 1997-2011 yılları arasında Apple'ın başında yer alan Steve Jobs %3.226 TSR ile birinci, 1996-2008 yılları arasında Samsung'un CEO'luğuna yapan Yun Jong-Yong %1.559 TSR ile ikinci sırada yer almaktadır (Çetenak, 2012, s. 23). 2015 yılı sonu itibarıyla da Novo Nordisk CEO'su Lars Rebien Sorensen birinci Cisco Systems CEO'su John Chambers ikinci sırada yer almaktadır (www.hbr.org).

#### 1.2.4. Ekonomik Katma Değer (EVA- Economic Value Added)

Ekonomik Katma Değer kavramı 1980'lerin başından itibaren işletme değerini belirlemek için kullanılmaktadır. EVA, geleneksel finansal performans ölçüm kriterlerindeki yetersizlikleri ortadan kaldırmak amacıyla G.B. Stewart III ve Joel Stern şirket Danışmanlık Grubu tarafından 1980'li yıllarda geliştirilmiştir.

Yapılan çalışmalar ile piyasa değerı ve ekonomik katma değer arasında sağlam bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (Kutukiz, Öncü ve Akcan, 2012: 434). Ekonomik katma değer net işletme kârı ile işletmenin tümüne veya bir projeye yatırılan tüm sermayenin fırsat maliyeti arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır. Ekonomik katma değer, elde edilen ekonomik kârın veya gelirlerin miktarı ile yatırımcıların karşılaştırılabilir risk düzeyindeki başka yatırımlardan elde etmek isteyecekleri minimum getiri oranından ne kadar az veya çok olduğunu gösterir.

EVA yaklaşımının temel amacı, işletmenin kazançlarının, sermaye maliyetini karşılayıp karşılamadığını ölçmektir. İşletme karını ölçen ve muhasebe karına dayanan geleneksel performans ölçümlerinin aksine, şirketin "artık kar" (Residual Income-RI) rakamını esas alan ekonomik kara dayalı olan bir ölçüttür (Çetenak, 2012: 25).

Önceki finansal performans ölçüm yöntemlerinde yapılan hesaplamalarda sermaye maliyeti göz ardı edilmekte bu durumda hatalı finansal kararlara yol açmaktaydı. Ekonomik katma değer yönteminde bu sakıncayı ortadan kaldırmak için sermaye maliyeti dikkate alınmış ve vergi sonrası net faaliyet karı ile bu karın elde edilebilmesi için ihtiyaç duyulan varlık yatırımları ve bu varlıklara yapılan yatırım maliyeti (ağırlıklı ortalama sermaye maliyeti) unsurları kullanılarak hesaplamalar yapılmıştır.

EVA yönteminin temelinde başarılı bir işletmenin en azından kullandığı sermayenin maliyeti kadar kar sağlaması gerekliliği yatmaktadır. EVA tek bir dönem için aşağıdaki şekilde hesaplanabilir.

$$EVA = NOPLAT - (WACC \times \text{Yatırılan Sermaye})$$

$$EVA = NOPLAT - \text{Sermayeyi Kullanım Maliyeti}$$

Burada;

- Yatırılan Sermaye: Toplam Pasifler - Yılın başındaki faize konu olmayan borçları
- WACC (Ağırlıklı Sermaye Maliyeti Oranı): Sermaye maliyeti oranı ya da sermayenin ağırlıklı ortalama maliyetini, öz sermaye ve faize konu olan borçların ortalama ağırlıklı maliyeti
- NOPLAT: Faiz giderini de kapsayan vergiden sonraki karı ifade eder

Mantık aynı olmak üzere EVA'yı getiriye dikkate alarak farklı şekillerde de hesaplamak olanaklıdır.

$$EVA = (ROIC - WACC) \times \text{Yatırılan Sermaye}$$

WACC: Ağırlıklı Ortalama Sermaye Maliyeti

ROIC (Return on Invested Capital): Yatırılan Sermayenin Getirisi

Yukarıdaki formüller çerçevesinde EVA yaklaşımını değerlendirdiğimizde, toplam sermaye maliyetinin minimize edildiği optimal bir sermaye yapısı ulaşmanın, maliyetleri ve vergileri azaltarak vergi sonrası faaliyet karını arttırmakla ve vergi sonrası faaliyet karındaki artışın, sermaye maliyetindeki artıştan daha fazla olacağı türden yatırımlara yer vererek sermaye maliyetinden daha az kar getiren faaliyet ve varlıklara yatırım yapılmayarak mümkün olacağı görülmektedir.

EVA yaklaşımının en büyük faydası, yönetici ve çalışanları hissedarlar gibi düşünme ve hareket etmeye yönlendirmesidir. Uzun dönemli yatırımları seçmek ve uygulamak için en azından sermaye maliyeti kadar getiri üretmek zorunda olmaları gerektiğini vurgulamaktadır (Çetenak, 2012: 25, 26, 27).

Ekonomik katma değer yöntemi muhasebe tabanlı bir yöntem olmakla birlikte hesaplamalarda muhasebe verilerinin ilaveten muhasebe raporlarında yer almayan değişkenlerde kullanılmaktadır. Yöntem işletme hedeflerinin belirlenmesi, ücretlerin tespiti, stratejik planlama, bütçeleme, insan kaynakları, teşvik sistemleri ve kontrol mekanizması gibi birçok yönetsel konuda yol gösterici olmaktadır (Öztürk, 2014: 351).

Performans ölçümünde kullanılan finansal yöntemler hissedar değerini arttırmayı hedeflerken, hissedar değerini arttırmanın ya verimliliği ya da geliri arttırmak üzere gerçekleştirilebileceğini ortaya koymaktadır. Verimlilik artışı maliyet yapısını düzeltici ve varlık kullanımını geliştirici tedbirlerle mümkün iken, gelir artışının fırsatları genişletmek ve tüketici değerini arttırmakla mümkün olduğunu ortaya koymaktadır (Çanakçıoğlu ve Demirbaş, 2009: 216, 217).

#### 1.2.5. Nakit Katma Değer (CVA-Cash Value Added)

Nakit Katma Değer Yöntemi değere dayalı yöntemlerden farklı olarak salt nakit unsurları dikkate alır. Temel olarak işletme yatırımlarının hisse değerlerine etkisine odaklanan bir ölçüttür.

Yatırımlara bağlı oluşan nakit akımları aynı zamanda finansal performansın da bir ölçüsüdür. Yatırımların üst düzey yönetimce hissedar değeri yaratacak biçimde



planlanması ve uygulanmasının finansal performansta da bir iyileşme ve gelişme yaratması beklenir.

Bu yöntemde gerçekleştirecek yatırımlar, stratejik ve stratejik olmayan şeklinde ikiye ayrılır. Stratejik özellik gösteren yatırımlar direkt hisse değerini pozitif etkileyecek yatırımlardır. Stratejik yatırımlar sonucunda oluşan değeri korumaya ve sürdürmeye odaklanan yatırımlar ise stratejik özellikte olmayan yatırımlar olarak tanımlanırlar (Kırlı, Kuğu ve Kara, 2013: 108).

Yöntemin avantajlı yönü yönetime güvenli, kesin ve etkin bir kontrol yöntemi sunarken, stratejik kararlar ve ekonomik çıktılar arasında da mantıklı bir ilişki oluşturması ve kurum içi ekonomik ve finansal ilişkiyi vurgulamasıdır. Bu yönü ile nakit katma değer yöntemi, uzun dönemli büyümeye ve hissedar değeri yaratmaya odaklanmaktadır (Çanakçıoğlu ve Demirbaş, 2009: 221).

#### 1.2.6. Nakit Akımı Getiri Oranı (CFROI- Cash Flow Return on Investment)

Nakit Akımı Getiri Oranı (CFROI) performans ölçütü, Boston Danışmanlık Grubu bünyesindeki “HOLT Value Associates” adlı danışmanlık şirketi tarafından geliştirilmiştir ve günümüzde pek çok işletme tarafından kullanılmaktadır. CFROI, nakit akışlarını ve paranın zaman değerini dikkate alır ve yatırımın beklenen getirisini ölçmeyi amaçlar. Temel olarak CFROI iç verim oranının modifiyeli bir versiyonu olarak tanımlanabilir.

CFROI yönteminde bir işletmenin yatırımlarının iyi, kötü ya da nötr olup olmadığını belirlemek için bulunan değer sermaye maliyeti ile karşılaştırılmaktadır. Bu nedenle bir işletmenin değerini yükseltmek için CFROI ile sermaye maliyeti arasındaki farkı artırması gerekmektedir (Ünlü, 2014: 173,174).

Yöntemin etkinliği mali tabloların enflasyon etkisinden arındırılmasına bağlıdır. Hesaplamalarda; enflasyon etkisi giderilmiş nakit akışı belirlenir ve bu tutar, enflasyon etkisinden arındırılmış brüt yatırım tutarları ile karşılaştırılır. Daha sonra brüt nakit akışının brüt yatırım oranına amortisman tabi varlıkların ekonomik ömürleri, amortisman tabi olmayan varlıkların ise, artık değerleri göz önüne alınarak bir iç verim hesaplamasına dönüştürülerek baz değer yaratılır. Yaratılan bu baz değer yatırım

kararlarının verilmesinde rehber olarak kullanılmaktadır ve firmanın kârlılığı bu baz değere dayandırılır (Çanakçıoğlu ve Demirbaş, 2009: 218,219).

Bir işletme için CFROI dört girdi kullanılarak hesaplanır.

1. Enflasyona göre düzeltilmiş yıllık brüt yatırım tutarıdır (GI- Gross Investment)

$$GI = \text{Net Aktif Değer} + \text{Duran Varlıkların Birikmiş Amortismanı}$$

2. Enflasyona göre düzeltilmiş yıllık brüt nakit akışlarıdır (GCF-Gross Cash Flow)

$$GCF = \text{Faiz ve Vergi Öncesi Kar} + \text{Cari Yıl Amortismanı}$$

3. Varlıkların ekonomik ömrüdür.
4. Firmanın amortismanına tabi olmayan (arsa ve bina gibi) varlıklarının ekonomik ömür sonundaki terminal değeridir.

GI: Brüt Yatırım

GCF: Brüt Nakit Akışı

### 1.3. Performansın Finansal Olmayan Yöntemlerle Ölçümü

Yönetim bilimi literatüründe finansal performans ölçütleri, geçmiş dönem verilerini kullandıkları ve gelecekteki performans hakkında bir değerlendirme yapılmadığı argümanı ile sıkça eleştirilmiştir. Bu argümanı ileri sürenler işletmelerin performans değerlendirme sürecinde sadece (geçmiş ve şimdiki) finansal boyutu değil, aynı zamanda gelecek hakkında yol gösterici olan kalite, müşteri tatmini, çalışanların tatmini ve yenilik gibi finansal olmayan ölçütlerin de dikkate alınması gerektiğini ileri sürmüşlerdir.

Finansal performans ölçütlerine getirilen bir diğer önemli eleştiri de bu ölçütlerin önemli kaynak ve aktiviteleri tam olarak yansıtamadığıdır. Bu eleştiriyi ileri sürenlerde kalite ve verimlilik ve müşteri tatmini gibi finansal raporlarda yer almayan ancak firma değeri üzerinde büyük öneme sahip kriterleri vurgulamışlardır (Çetenak, 2012: 27-30).

1980'lerden itibaren, finansal muhasebe verilerine dayanan geleneksel performans ölçütlerin yanı sıra, özellikle pazarlama başarısının ölçülmesinde finansal olmayan ölçüm araçları da kullanılmaya başlanmıştır. 1990'larda müşteri memnuniyeti, kanal memnuniyeti, müşteri sadakati, ekonomik katma değer (EVA), marka değeri, müşteri hayat boyu değeri (CLV), müşteri değeri, ilişki değeri ve yeni ürün geliştirme başarısı gibi ölçütlerde performans ölçümünde kullanılmaya başlanmıştır.

Kalite, müşteri memnuniyeti, yenilikçilik gibi finansal olmayan ölçütlerin işletmelerin genel durumunu göstermek açısından daha açıklayıcı olduğu düşünülmüştür. Finansal olmayan yöntemler işletmelerin performanslarını belirlerken müşteri ilişkileri, kalite, insan gücü, bilgi sistemleri, toplumsal ilişkiler gibi çok sayıda faktör tarafından etkilenmesi sonucu, bu faktörlerin göz önüne alınarak yapılan değerlendirmelerdir. Bu yöntemlere, kalite ölçütleri, etkinlik ölçütleri örnek olarak verilebilir.

Günümüzde ise işletmeler pek çok farklı amaç için finansal olmayan performans ölçütleri kullanmaktadır. Uygulamaya bakıldığında bu ölçütlerin finansal ölçütlerden ayrı kullanımından daha çok birleşik bir yapı ve anlayış çerçevesinde; verimlilik, esneklik, yenilik, kalite, çalışma koşullarının niteliği, müşteri tatmini vb. birçok ölçütün kullanıldığı görülmektedir.

### 1.3.1. Kalite Ölçütleri

Kalite kavramı Latince “qualitas” sözcüğünden türetilmiştir. Sözcük anlamı olarak “şey” demektir. Eski Yunanda Çiçero ve diğer bir çok yazar bu sözcüğü “mahiyet” “nitelik” anlamlarında kullanmıştır. Günümüzde birçok yazar kaliteyi sunulan hizmetin ve/veya malın mükemmelliği olarak kullanmaktadır. Bazı yazarlar ise kaliteyi “kullanıma ve amaca uygunluk olarak tanımlamaktadırlar. ISO 8402 Kalite Sözlüğünde ve ISO 9000 Kalite Serilerinde “*Kalite, açıkça belirtilen ve ifade edilmemiş gizli İhtiyaçları tatmin edebilme noktasında bir yeteneğe sahip olan mal ve hizmetin özellik ve karakteristiklerinin, görülebilir ve ayırıcı niteliklerinin toplamıdır.*” olarak tanımlanmaktadır (Halis, 2015: 28-30).

Kalite günümüzde önemli bir rekabet aracı haline gelmiş ve hem mal hem de hizmet üreten işletmeler için büyük önem kazanmıştır. Ancak hizmet üretiminin mal üretiminden farklı özelliklere sahip olması nedeniyle kalitenin ölçümü zor hale gelmiştir (Saat, 1999: 117). Bu bağlamda hizmet üretilen işletmelerde bizzat hizmetin niteliği önemli bir ölçüt olmuştur.

Bir kalite ölçütü olarak hizmet kalitesini tarif etmek gerekirse, hizmet kalitesi süreçlerin, çıktıların ve sonuçların müşterilerin ihtiyaçlarını karşılama derecesi olarak tanımlanabilir. Kalite ölçüleri müşterilerin ve paydaşların beklentilerinin ve ihtiyaçlarının karşılanmasındaki etkinliğin ölçülmesidir.

Kalitenin ürün kalitesi ve hizmet kalitesi olmak üzere iki yönü vardır. Çoğu programda her ikisinin birden ölçülmesi ve gösterilmesi gerekebilir. Sağlık alanında en az bekleme süresinin, hizmete erişilebilirliğin, nezaketin yanı sıra tıbbi açıdan (örneğin önerilen ilaçların beklenen etkiyi yaratıp yaratmadığı) sağlık hizmetinin kalitesinin de izlenmesi gerekebilir (Sayıştay, 2003: 19,20,21).

Kalite ölçütleri özellikle 2000’li yıllarda sağlık sektörü içerisinde performans ölçümüne yönelik çalışmalarda kullanılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 2003 yılında performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanmasından sonra 2005 yılında

bu sisteme ek olarak Sağlık Bakanlığı kurumlarında “Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme Çalışması” yürütülmüştür.

Çalışma kapsamında hastanelerin değerlendirilebilmesi amacı doğrultusunda kalite indikatörleri de belirlenmiştir. İndikatörler ile sağlık hizmetine erişim, hizmet ve alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

Çalışma çerçevesinde 100 sorudan oluşan kalite kriterleri oluşturulmuş, 2007 ve 2008 yılında yapılan revizyonlarla 150 sorudan oluşan bir set halini almış ve “Hizmet Kalite Standartları” adı altında 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır.

Çalışma çerçevesinde 2009 yılında özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanmıştır.

Hizmet Kalite Standartları pek çok uzman tarafından ulusal ve uluslararası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapılanmalar, problemler alanlar, ülke koşulları dikkatle alınarak hazırlanmıştır (Hastane Hizmet Kalite Standartları, 2011: 3).

**Tablo 2**  
**Sağlıkta Kalite İndikatörleri ve Formları**

<b>Hastane İndikatör Kartları</b>	
<b>1</b>	Acile tekrar başvuru oranı indikatör kartı
<b>2</b>	Ameliyat masası kullanım oranı indikatör kartı
<b>3</b>	Bası ülseri oranı indikatör kartı
<b>4</b>	Başka merkeze sevk oranı indikatör kartı
<b>5</b>	Düşen hasta oranı indikatör kartı
<b>6</b>	Eksiksiz doldurulan hasta dosyası oranı indikatör kartı
<b>7</b>	Hekim başına düşen poliklinik odası oranı indikatör kartı
<b>8</b>	Hemşirelerin bölüm değiştirme oranı indikatör kartı
<b>9</b>	Kan ve vücut sıvıları maruziyeti indikatör kartı
<b>10</b>	Kesici delici yaralanmaları indikatör kartı
<b>11</b>	Konsültan hekimin acil servise ulaşma süresi
<b>12</b>	Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite oranı indikatör kartı
<b>13</b>	Müşahedede kalış süresi indikatör kartı

14	Sezaryen oranı indikatör kartı
15	Sitolojik patolojik tanı uyumu oranı indikatör kartı
16	Yoğun Bakım Ünitesi Tekrar Yatış Oranı indikatör kartı
<b>Hastane Örnek Formlar</b>	
1	Acile tekrar başvuru oranı veri analiz formu
2	Acile tekrar başvuru oranı veri toplama formu
3	Başka bir merkeze sevk oranı veri analiz formu
4	Başka bir merkeze sevk oranı veri toplama formu
5	Düşen hasta oranı veri analiz formu
6	Düşen hasta oranı veri toplama formu
7	Düşme olayı bildirim formu
8	Kesici delici alet yaralanmaları bildirim formu
9	Kesici delici alet yaralanması aylık veri analiz formu
10	Kesici delici alet yaralanması veri toplama formu
11	Kesici delici alet yaralanması yıllık veri analiz formu
12	Sezaryen oranı veri analiz formu
13	Sezaryen oranı veri toplama formu
<b>112 İndikatör Kartları</b>	
1	Kırsalda vakaya ulaşma süresi
2	Merkezde vakaya ulaşma süresi
3	Sağlık kurumlarına kabul edilmeyen hasta oranı
4	Yerinde yapılan müdahale oranı
<b>ADSM İndikatör Kartları</b>	
1	Fissur Sealant Uygulama Oranı
2	Tedavi Oranı

**Kaynak:** “www.kalite.saglik.gov.tr, 2016”

### 1.3.2. Etkinlik Ölçütleri

Etkinlik, etkililik ve verimlilik işletmelerin teknik performans göstergeleri arasında yer almaktadır. Teknik performans göstergeleri performansın tüm boyutlarıyla ölçülmesine olanak tanımaktadır. Teknik göstergeler, faaliyetlerin, üretim faktörlerinin, çalışanların performansının ölçümünde kullanılmaktadır. Ancak finansal göstergelere göre anlaşılabilirliği daha güçtür (Yükçü ve Atağan, 2009: 1-3).

Uygulamada etkililik, etkinlik ve verimlilik birbirine karıştırılabilmekte çoğu zaman eşanlı olarak kullanılabilir. Bazı araştırmacılar ise, iki kavramın farklı anlamları olduğunu vurgulamaktadırlar.

Bir işletme etkin olmakla birlikte etkili çalışmayabilir. Mal üreten örgütlerde, örgütün etkinlik durumunu belirtmek üzere verimlilik kavramı da kullanılmaktadır. Verimlilik, elde bulunan kaynaklardan optimum çıktının sağlanması, etkililik ise kaynakları en iyi

şekilde değerlendirerek mümkün olan en iyi sonucun alınması biçiminde literatürde yer almaktadır.

Etkinlik kısaca işletmenin hedeflerini gerçekleştirme kapasitesi olarak tanımlanabilir. Etkinlik ölçümünde ulaşılan çıktıların istenilen sonucu verip vermediğine odaklanılmaktadır. Etkinliğin ölçülmesine çalışmak, organizasyonun dışında sonuçlar üzerinde etki yaratacak pek çok etkinin bulunması halinde özellikle önem taşımaktadır.

Etkinlik ölçülerini incelerken sonuçları çıktılarından ayırt etmek yararlı olacaktır. Doğrudan çıktı organizasyonun bir faaliyeti sonucu hemen ortaya çıkan fiziki bir ürün, bir hizmet olup kontrol edilebilmektedir.

Sonuçlar ise genel olarak uygulanan etkinliğin organizasyon içi ve dışı bir bütün olarak genel etkisidir. Organizasyonların sonuçlar üzerinde etkileri sınırlı olabilir ancak bu durum etkinliğin ölçülmesinin kurumsal performansın belirlenmesinde alternatif bir gösterge olarak kullanılabilirliğine engel oluşturmaz (Sayıştay, 2003: 19,20,21).

Sağlık sektöründe etkinlik ölçüm çalışmaları sağlık personeline yapılan ek ödemelerde kullanılacak temel kriterleri belirleme çalışmaları çerçevesinde ele alınmıştır. İyi bir sistem performansı elde etmek için uygulamada verimlilik, sağlık hizmetlerine erişim ve kaliteli hizmet sunumu önemli araçlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bunlar 2003 yılından beri uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçlarını oluşturan unsurlardır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları “sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesi” olarak ifade edilmiştir.

Bu performans ölçüm alanları, finansal performans, hasta memnuniyeti, klinik uygulamalar ve çıktılar ile sistemin bütünlüğü ve değişkenliğini kapsamaktadır. Performans değerlendirilmesi çabaları sadece hastanelerle sınırlı değildir. Performansın ödüllendirilmesi koruyucu sağlık hizmetlerinde de dikkate alınmıştır.

**Tablo 3**  
**Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Ölçütleri**

1	İnsanın mutluluğunun sağlanması (hasta memnuniyeti)
2	Daha iyi bir sağlık düzeyine erişilmesi (sağlık çıktıları)
3	Hizmet sunum sürecinin ödüllendirilmesi (süreç ölçümü)
4	Alt yapının ve girdilerin kalitesi (girdi analizi)

Bu uygulamada kurumsal performans ölçüm yöntemleri dört başlık altında toplanmıştır. Bunlar, poliklinik hizmetleri, hastane kalite kriterleri, hastane alt yapısının ve bazı süreçlerin denetimi ve hasta memnuniyetinin ölçümüdür (Aydın ve Demir, 2006: 10-25).

Sağlık hizmetlerinde kalite ve etkinlik ölçüleri uygulamada nadiren finansal ölçütlerden bağımsız kullanılmıştır. Bu kapsamda 2012 yılında Sağlık Bakanlığı kurumlarında BSC Modelinden esinlenerek uygulamaya koyulan “Verimlilik Modeli” olarak da adlandırılan sisteme kadar ki performans ölçüm çalışmaları özet olarak Tablo 4 de verilmiştir.

**Tablo 4**  
**Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Performans Çalışmalarının Tarihçesi**

Yürütülen Performans Yönetim Sistemleri	Yöntem	Ölçüm Kriterleri
2004	Bireysel performansa dayalı ek ödeme sistemi	Performans üreten hekimlerin yaptıkları işlem üzerinden aldıkları puanlarla hesaplanmaktadır
2005	Kurumsal	100 sorudan oluşan soru seti ile



	performans ve kalite ölçümü	kurum yöneticileri kendi kurumunu değerlendirmekteydi	Poliklinik hizmetleri Kurum kalite kriterleri Hasta memnuniyet anketleri İl İdare Kurulu değerlendirmesi
<b>2006</b>	Kurumsal performans ve kalite ölçümü	Hastanelerde performans ve kalite birimleri kuruldu Verimlilik ölçümleri : Personel gideri destekleme oranı Personel gideri oranı Yatak doluluk oranı Ortalama kalış günü Yatan hasta oranı Yeni performans takip sistemine veri giriş oranı	Muayeneye erişim (hekim başına düşen poliklinik sayısı) Kurum kalite kriterleri Hasta memnuniyeti anketi Kurum alt yapı değerlendirme katsayısı Kurum verimlilik ölçümü
<b>2007</b>	Kurumsal performans ve kalite ölçümü	Kurumsal hedeflere ulaşma Sezaryen oranı %15 Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanı Günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı Yeni performans takip sistemine veri giriş oranı	Muayene erişim Hastane alt yapı ve süreç değerlendirme Hasta memnuniyeti Kurum verimlilik ölçümü Kurumsal hedeflere ulaşma
<b>2007</b>	Yönetici performansı: <b>Ana Faktör Katsayısı x Düzeltme Faktörü Katsayısı</b>	Düzeltme faktörleri: Bölge gelişmişlik katsayısı(1,00-1,03) Hastane türü katsayısı (1,02-1,06) Hastane yaşı katsayısı (1,01-1,03) Mali büyüklük katsayısı (1,00-1,05)	Ana faktörler: Borçluluk oranı katsayısı Borçluluk süresi katsayısı Hizmet kalite standartları

	formülü ile hesaplanıyor	Çalışma süreleri katsayısı (0,96-1,00)	katsayısı Ek ödemeyi zamanında dağıtma katsayısı Performans hedefi katsayısı
<b>2008</b>	Performans ve kalite ölçümü	Merkezi değerlendirme uygulaması başlatılmıştır. 150 sorudan oluşan kalite kriterleri Hizmet Kalite Standartları adı altında 354 standartla değerlendirilmeye başlanmıştır. ADSM'lerde hasta memnuniyeti için anket yapılmaya başlanmıştır.	Muayeneye erişim Hizmet kalite standartları Memnuniyet ölçümü Kurumsal verimlilik ölçümü
<b>2009</b>	Özel Hastane ve Üniversite Hastaneleri Hizmet Kalite Standartları	388 standart yayınlanmıştır	Hizmet kalite standartları Hastane hizmet dilim endeksi Kapasite kullanımı Çalışan hakları ve hukuki sorumluluk
<b>2011</b>	Performans ve kalite ölçümü	Hizmet kalite standartları Memnuniyet ölçümü Veri giriş puanı	

**Kaynak:** SB, TKHK, Verimlilik Modeli Ön Değerlendirme Raporu, 2012, s. 4-6

#### 1.4. Birleşik Performans Yöntemleri

Bu yöntemlerin temel özelliği finansal ve finansal olmayan yöntemlerin bütüncül bir bakış açısı ile birlikte kullanılmasıdır. Ana amaç yönetimin beklenti ve gereksinimlerini tam olarak karşılayabilecek bir performans ölçüm sistemine ulaşmaktır.

Uygulamada finansal tabanlı performans ölçüm yöntemleri kullanılan işletmelerde, sadece kısa dönemli performans göstergelerine bağlı kalınması ve firma performansını etkileyen faktörler arasındaki denge kurulmaması en çok eleştirilen konu olmuştur.

Geleneksel performans ölçüm sistemlerinin kullanıldığı işletmelerde karşılaşılan bu tür sorunların üstesinden gelinmesine yardımcı olmak için çok boyutlu performans ölçüm sistemleri geliştirilmiştir.

Bazı araştırmacılar, işletmelerin performansının birden çok boyutu olmasından dolayı onun çok boyutlu olarak ölçülmesi gerektiğini ileri sürmektedirler. Bu çok boyutlu performans ölçüm yaklaşımlarından başlıcaları aşağıda verilmiş ve Kurumsal Karne Modeli dışındakiler kısaca açıklanmaya çalışılmış, çalışmanın ana konusunu oluşturan Kurumsal Karne uygulaması ise ayrı bölümde daha ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

1. Performans Piramidi Yaklaşımı (Performance Pyramid)
2. Sorumluluk Temelli Yaklaşım (Accountability Scorecard)
3. Performans Prizması (Performance Prism) Yaklaşımı
4. EFQM Mükemmellik Modeli
5. Dengeli Kurumsal Karne Modeli (Balanced Scorecard)

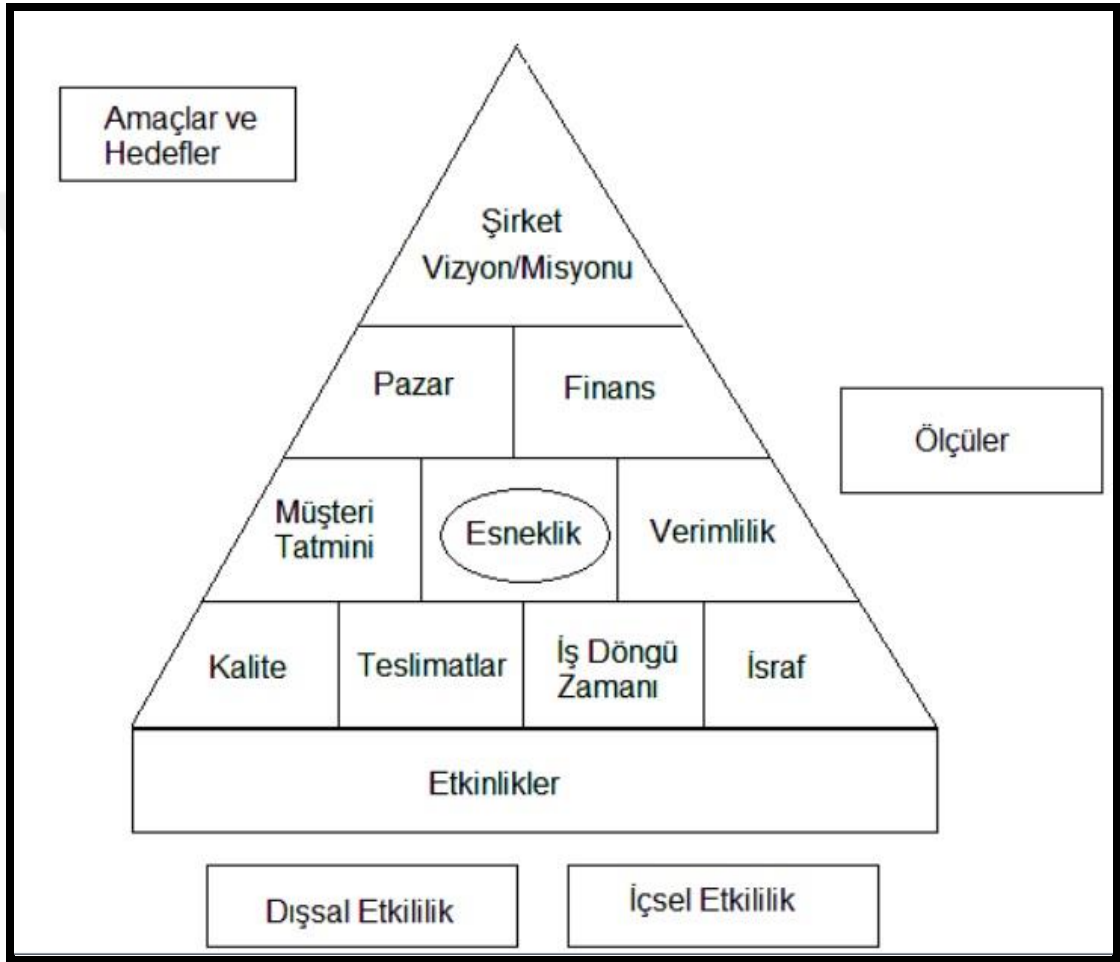
##### 1.4.1. Performans Piramidi Yaklaşımı (Performance Pyramid)

Bir performans ölçüm yöntemi olarak “Performans Piramidi” 90’lı yılların başında ilk Judson (1990) tarafından ortaya atılmış daha sonra Lynch ve Cross (1991) tarafından geliştirilmiştir.

Bu yaklaşımda; her bir fonksiyon, bölüm ve iş merkezi, işletmenin amaçlarına ulaşabilmesi için performans özelliklerini anlamalı, yönetmeli ve geliştirmelidir. Performans piramidi günlük etkinlikleri ana amaçlara bağlayacak gösterge ve ölçütler içerir.

Performans Piramidinin amacı, organizasyonun stratejisi ile birimlerin etkinliği arasında; amaçların müşteri önceliklerine dayanarak yukarıdan aşağıya, ölçütlerin ise aşağıdan yukarıya doğru dönüştürülmesidir.

Şekilde görüldüğü üzere, organizasyonun dışsal etkililiğini (piramidin sol tarafı) ve iç etkinliğini (piramidin sağ tarafı) belirten dört düzeydeki amaçları içerir. Geleneksel performans ölçütleri genellikle piramidin sağ tarafında baskındır.



Şekil 2. Lynch Cross Performans Piramidi

**Kaynak:** Cemal ELİTAŞ ve Veysel AĞCA, “Firmalarda Çok Boyutlu Performans Değerleme Yaklaşımları: Kavramsal Bir Çerçeve”, AKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 8, Sayı 2, 2006, s. 351.

Lynch ve Cross (1991) Piramit Modelinin, amaçların birimler arasında nasıl iletişimde olduğunun tanımlanması ve organizasyonun farklı birimleri arasında ölçütlerin nasıl aktarılacağına belirlenmesi açısından faydalı olacağını belirtmişlerdir.

Ghalayini ve arkadaşlarına göre de (1997), Performans Piramidinin en güçlü yanı işletme amaçları ile operasyonel performans göstergelerini bütünleştirmeye çalışmasıdır. Ancak bu yaklaşım, anahtar performans göstergeleri belirlemeyi sağlayacak bir mekanizma veya sürekli gelişme kavramı ile açık bir bütünleşme sağlamaz (Yüreğir ve Nakıpoğlu, 2007: 553,554).

#### 1.4.2. Paydaş Temelli Performans Değerleme Yaklaşımı (Stakeholder Scorecard)

Paydaş Temelli Performans Değerleme Yaklaşımı literatürde “Sorumluluk Temelli Performans Değerleme Tablosu” (Accountability Scorecard) olarak da ifade edilmektedir. En önemli özelliği organizasyonel performansı işletmenin paydaşları temelinde ölçmeye yönelik bir yaklaşım olmasıdır.

Bir diğer deyişle organizasyonun, paydaşlarının gereksinim ve beklentilerini iyi bir biçimde nasıl bütünleştirdiğini ve karşıladığını ölçmeye odaklanmaktadır. Paydaş Temelli Performans Değerleme Yaklaşımı; finansal ve finansal olmayan performans göstergeleri arasında dengeyi amaçlamakta, ayrıca firmayla onun kilit paydaş grupları arasındaki ilişkiyi de ele almaktadır. Kar amaçlı olsun veya olmasın pek çok organizasyon çeşitli paydaş grupları arasındaki bir ilişkiler ağı olarak ele alınmaktadır. Sözleşmeye dayalı bu ilişkiler, işletme tarafından sağlanan destekler karşılığında çeşitli paydaşların katkılarıyla belirginleşmektedir. Bu yaklaşıma göre herhangi bir organizasyonun uzun dönemdeki başarısı, birini diğerine tercih etmeden dengeli ve bütünleşmiş bir biçimde çeşitli paydaşlarının ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanma derecesine bağlı olarak gelişmektedir. Bu durum tek taraflı bir düzenleme olarak tanımlanmamakta; gerçekte karşılıklı etkileşim ve sorumluluk yoluyla ele alınmaktadır.

**Tablo 5**  
**İşletmedeki Paydaş Gruplarına Yönelik Temel ve İkincil Performans Göstergeleri**

PAYDAŞ GRUPLAR	TEMEL GÖSTERGELER	İKİNCİL GÖSTERGELER
<b>Ortaklar</b>	Yatırımların Getirileri	Gelirdeki Büyüme Giderdeki Büyüme Verimlilik Finansal Yapı Oranları Likidite Oranları
<b>Müşteriler</b>	Müşteri Tatmini ve Hizmet Kalitesi	Farklı Pazar ve Ürün İstemlerine Yönelik Araştırma ve Ölçümler
<b>Çalışanlar</b>	Çalışanların Bağlılığı Çalışanların Yeterliliği Çalışanların Verimliliği	Çalışanların Düşüncelerinin Farklı Boyutlarıyla Ölçümü
<b>Toplum</b>	Kamuoyu- Halkın İzlenimi	Çeşitli Dışsal Ölçümler

Kaynak: (Atkinson, A.A., Waterhouse, J.H., Wells, R.B., Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement, Sloan Management Review, Vol.38, No.3, s.25-38, 1997) aktaran (Mustafa Soba, “Esnek Üretim Sistemlerinin İşletme Performansına Etkileri ve Vestel Elektronik A.Ş. Örneği”, AKÜ SBE, 2006, s. 141)

Paydaş, işletme içerisinde veya dışarısındaki, kurumdan çıkarı olan veya işletmenin performansını etkileyebilen bir birey veya gruba denmektedir. Potansiyel olarak farklı paydaş grupları bulunmakla birlikte genel olarak müşteriler, çalışanlar, tedarikçiler, ortaklar ve toplum olmak üzere beş önemli paydaş grubu söz konusudur ve her bir paydaş grubun tatmin seviyesi işletmenin genel performansının bir boyutunu oluşturmaktadır.

Bu yaklaşıma göre sistemin merkezinde; çalışanların temel amaçları gerçekleştirmek için yönetmek zorunda oldukları ikincil amaçların başarılmasıyla ilgili süreçlerin performansı yer almaktadır. Ayrıca sistemi uygulamak için belirlenen ikincil amaçlara yönelik göstergelerin (ölçütler) geliştirmesi zorunlu olmaktadır. Bu nedenle işletme öncelikle uzun dönemde ulaşmak istediği ve önemli gördüğü amaçlarını belirlemeli daha sonra bu çerçevede ölçümle ilgili göstergeleri tespit etmelidir (Eltaş ve Ağca, 2006: 358-360).

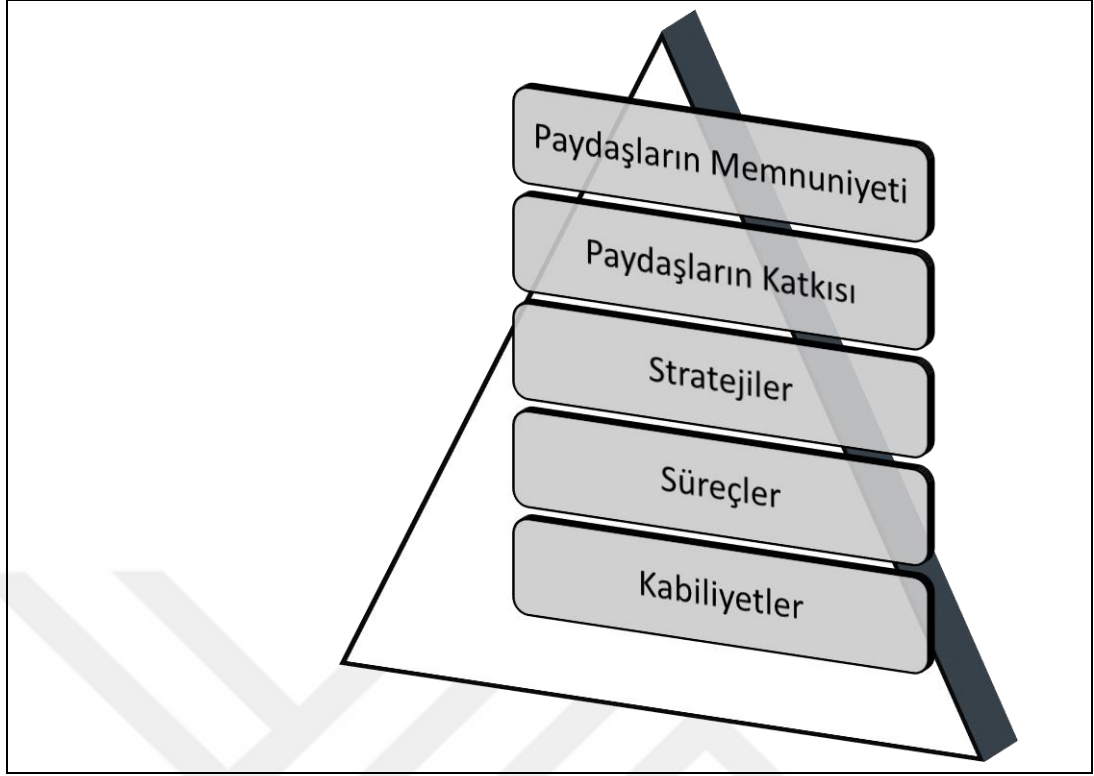
### 1.4.3. Performans Prizması Yaklaşımı (TPP- Performance Prism)

Kurumsal performansı ölçmeye yönelik önemli modellerden biri olan Performans Prizması Yaklaşımı 2001 yılında Neely ve Kennerly tarafından ileri sürülmüştür. Dengeli Skor Kartı olmak üzere çeşitli işletme performansı ölçme modelleri inceledikten sonra eksiklikleri giderecek şekilde performans prizması olarak adlandırılan bu yenilikçi performans ölçme modeli çatısını geliştirilmiştir. Performans Prizması, uzun süre kullanılabilir, noksanlıkları anında ortaya çıkaran çok yönlü bir model olma iddiasındadır (Demir ve Taşkın, 2008: 1697, 1698).

Yaklaşımının en önemli özelliği paydaşlar konusundadır. Performans Prizması daha geniş bir paydaş bakış açısına sahiptir. Paydaş, kuruluşun ürün ve hizmetleri ile ilgisi olan, kuruluştan doğrudan/dolaylı, olumlu/olumsuz yönde etkilenen veya kuruluşu etkileyen kişi, grup ya da kurumlardır.

Performans Prizmasının tüm paydaşları kapsayan bir çatısı vardır. Paydaşlar iç paydaş ve dış paydaş olarak ikiye ayrılmaktadır. İç paydaşlara çalışanlar, dış paydaşlara ise hükümet örnek olarak verilebilir.

Sorular bu ölçüm sisteminde hareket noktalarıdır ve başlangıç sorusu: “Organizasyonun stratejisi nedir? Ve buna bağlı olarak ne ölçülmelidir?”. Başka bir ifadeyle; organizasyonun değerini artırmak zorunda olduğu paydaşlar kimlerdir? Ve ne kadar önemlidirler? Önceliği kim alacaktır ve organizasyonun farklı paydaşlarını memnun edebilmek için nelere ihtiyacı vardır? (Töre Başat, 2011: 19, 20).



**Şekil 3. Performans Prizması Modeli**

**Kaynak:** [http://journal.yasar.edu.tr/wp-content/uploads/2012/05/No11\\_Vol3\\_12\\_demir\\_taskin.pdf](http://journal.yasar.edu.tr/wp-content/uploads/2012/05/No11_Vol3_12_demir_taskin.pdf)

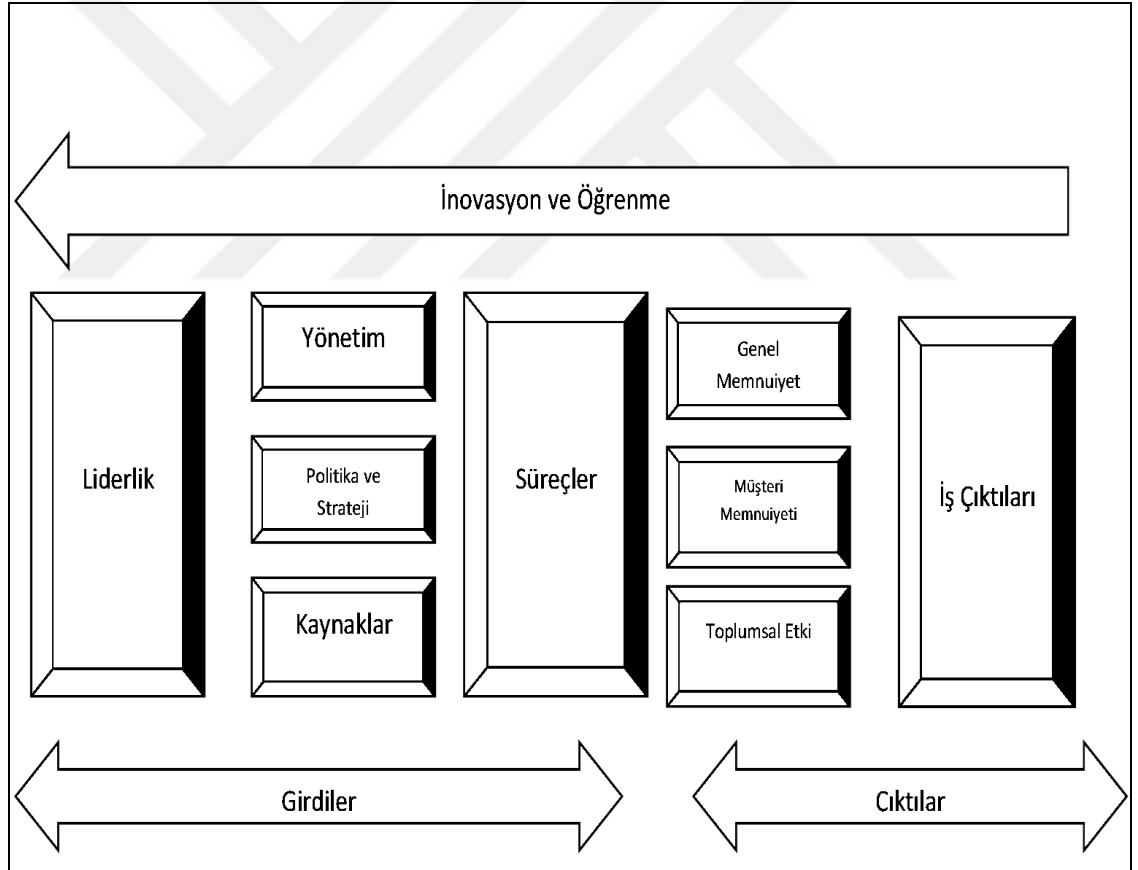
Performans Prizması organizasyonların performans sorunlarına çözüm olarak önerilen, çok boyutlu bir ölçüm modelidir. Bu model geniş ve dar odaklanmalarda, gereksinimleri karşılayabilmek için çok esnek bir tasarıma sahiptir. Eğer performans yönetimi konusunda sadece bir bölümde ihtiyaç varsa Performans Prizması uygun ölçümlerle çözüm için bir planlama yapabilmektedir. Karşıt olarak performans yönetimi birimlerinde gelişim için girişim ihtiyacı duyulduğunda; Performans Prizması yeterli desteği sağlayabilir.

Performans Prizması 5 boyutlu bir modeldir. Modelin en üst ve en alt yönleri paydaş memnuniyeti ve paydaş katkıları, diğer üç yönü ise stratejiler, işlemler ve yetkinlik boyutlarıdır. Performans Prizması diğer çok boyutlu ölçüm yaklaşımlarına oranla paydaşlarına daha geniş bir bakış açısı sağlamaktadır. Ayrıca Performans Prizması, dinamik iş dünyasında güçlü ve etkin bir yer edinebilmek için, düzenleyiciler ve baskı gruplarını da paydaşlar olarak kabul edilmesini gerektirir.



#### 1.4.4. EFQM Mükemmellik Modeli

EFQM Mükemmellik Modeli, Avrupalı kuruluşların küresel rekabet avantajı yakalamaları amacıyla kullandıkları bir strateji aracıdır. EFQM Mükemmellik Modeli, Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (European Foundation of Quality Management - EFQM) tarafından oluşturulmuştur. EFQM 1988 yılında Avrupa'nın önde gelen 14 şirketi tarafından "Avrupa'da sürdürülebilir mükemmelliğin itici gücü olma" misyonu ve "Avrupalı kuruluşların mükemmelliğe eriştikleri bir dünya" vizyonu ile kurulmuş, üyelik sistemine dayanan ve kar amacı gütmeyen bir kuruluştur. Model 9 ana kıstas üzerine kurulmuştur. Bu kriterlerin ilk beş tanesi girdi kriteri, son dört tanesi ise sonuç kriteridir. Her bir kriter 2 ila 5 alt kriterden oluşmak üzere modelde toplam 32 alt kriter vardır (Emanet, 2007: 71,72).



Şekil 4. EFQM Modelin İşleyişi

**Kaynak:** Allan Mackay, "Shareholder and Stakeholder Approaches to Strategic Performance Measurement Using the Balanced Scorecard", London, United Kingdom, CIMA, 2004, s.9

Modelin en belirgin özelliği; kısıtlayıcı, katı bir çerçeve değil, yol gösterici bir çerçeve sunmasıdır. EFQM Mükemmellik Modeli, zorunluluk içermeyen bir modeldir. Girdi kriterleri bir kuruluşun yaptığı faaliyetleri içerir. Sonuç kriterleri ise o kuruluşun neler gerçekleştirdiğini gösterir. Sonuçlar girdilerden kaynaklanır. Performansla ilgili tüm boyutlarda sürdürülebilir mükemmelliği gerçekleştirmek üzere pek çok yaklaşımın olabileceği gerçeği üzerine kurulmuş olan model aşığıdaki ifadeye dayanır:

Performansa, müşterilere, çalışanlara ve topluma yansıyan mükemmel sonuçlar, politika ve stratejinin, çalışanların, kaynakların ve süreçlerin uygun bir liderlik anlayışıyla yönlendirilmesi ile sağlanabilir.

Modelin en önemli boyutunu öz değerlendirme çalışmaları oluşturur. Öz değerlendirme çalışmalarını kısaca; organizasyonun etkinlik ve iş sonuçlarını bir modelle kıyaslayarak, kapsamlı, sistematik ve düzenli olarak gözden geçirme faaliyeti olarak tanımlayabiliriz.

### 1.5. Kurumsal Karne (Balanced Scorecard) Yöntemi

Kurumsal Karne (Balanced Scorecard) Yöntemi 1990'ların başında Nolan Norton Enstitüsünün "Geleceğin Organizasyonunda Performans Ölçümü" isimli çalışması kapsamında geliştirilmeye başlanmıştır. Çalışmayı David Norton ve Harvard Business School profesörlerinden Robert Kaplan yürütmüştür. Çalışma sonucunda Kurumsal Karne (Balanced Scorecard-BSC) olarak bilinen sistem geliştirilmiştir. Kaplan ve Norton (1992 ) tarafından geliştirilen bu yöntemin temel amacı belirlenen boyutlar arasında organizasyonel performans düzeylerini karşılaştırmaktır (Kalinichenko, Amado ve Santos, 2013: 7).

Kaplan ve Norton modellerini; bir uçak kokpitine benzetmekte ve ilk bakışta kurum yöneticilere karmaşık gelse de pek çok göstergesi aynı gösterdiği ve iyi kullanılırsa organizasyonun ana hedefleri doğrultusunda ilerlemesini sağlayacağını söylemektedirler (Kaplan ve Norton, 1992: 72). Bu sistem, "Uzun dönemli stratejik amaçları gerçekleştirmek için bir organizasyondaki insanların bilgilerini, yeteneklerini ve enerjilerini birleştiren bir yönetim sistemi" olarak tanımlanabilir. Sistem, bir bütün olarak kurumun performansının izlenmesinde kullanılan bir model olarak tasarlanmıştır (Usta, 2012: 99).

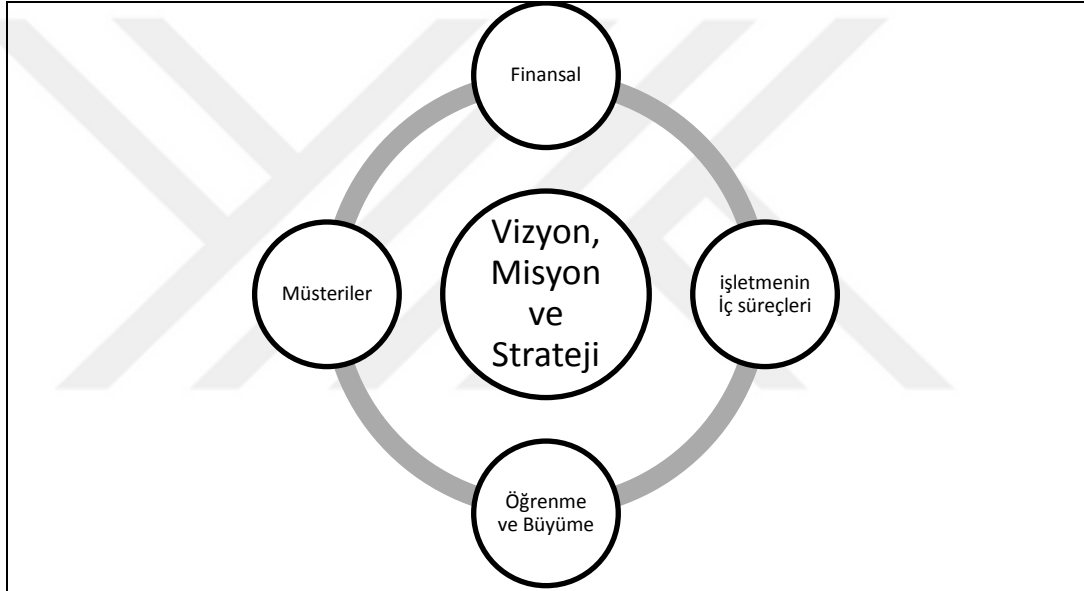
Geleneksel finansal tabanlı ölçüm sistemlerinin aksine bu model, bir kurumun performansının vatandaş boyutu, kurumsal süreçler boyutu, öğrenme ve gelişme boyutu ve mali, politik, sosyal sonuç boyutu olmak üzere 4 grup gösterge ile ölçülmesini hedefler.

Birden fazla performans boyutunun ölçülmesi ve her bir performans ölçüm sonucuna belirli bir ağırlık verilerek özet bir şekilde raporlanmasına dayanan Kurumsal Karne, performans yönetimine bütüncül bir yaklaşım getirmiştir. Kurumsal Karne, kurumun misyonunu ve stratejilerini kapsamlı bir performans ölçütleri setine dönüştürerek stratejik performans ölçümü ve yönetimi için bir çerçeve oluşturan, ölçme esasına dayalı bir stratejik performans yönetim sistemidir Ülkemizde kamu kesiminde özellikle sağlık alanında ilgi gören ve uygulama alanı bulan Kurumsal Karne Modeli, finansal veya finansal olmayan göstergeleri içermektedir. Kurumsal Karne uygulaması finansal ve

finansal olmayan göstergeleri birlikte ele alması nedeniyle kamu sektörü performans ölçümünde tercih edilen bir sitem olmuştur.

#### 1.5.1. Yönetim Sistemi Olarak Kurumsal Karne

Kurumsal Karne, finansal ve finansal olmayan boyutları da ele alan bir performans ölçüm sistemi olarak kullanılmaya başlandıktan sonra yönetim sisteminin etkin bir aracı haline gelmiştir. Son yıllarda en çok kullanılan performans ölçüm sistemlerinden biri olan Kurumsal Karne, birçok yönetici tarafından sadece bir ölçme aracı değil, aynı zamanda, bir yönetim sistemi olarak algılanmaktadır.



**Şekil 5.** The Balanced Scorecard

**Kaynak:** Allan Mackay, "Shareholder and Stakeholder Approaches to Strategic Performance Measurement Using the Balanced Scorecard", London, United Kingdom, CIMA, 2004, s.4

BSC geleneksel finansal tabanlı ölçüm sistemlerinin aksine, bir kurumun performansının vatandaş boyutu, kurumsal süreçler boyutu, öğrenme ve gelişme boyutu ve mali, politik, sosyal sonuç boyutu olmak üzere 4 farklı bakış açısı ile ölçmektedir (Mackay, 2004: 11).

Birden fazla performans boyutunun ölçülmesi ve her bir performans ölçüm sonucuna belirli bir ağırlık verilerek özet bir şekilde raporlanmasına dayanan Kurumsal Karne, performans yönetimine bütüncül bir yaklaşım getirmiştir. Kurumsal Karne, kurumun

misionunu ve stratejilerini kapsamlı bir performans ölçütleri setine dönüştürerek stratejik performans ölçümü ve yönetimi için bir çerçeve oluşturan, ölçme esasına dayalı bir stratejik performans yönetim sistemidir (Çoşkun, 2006: 30).

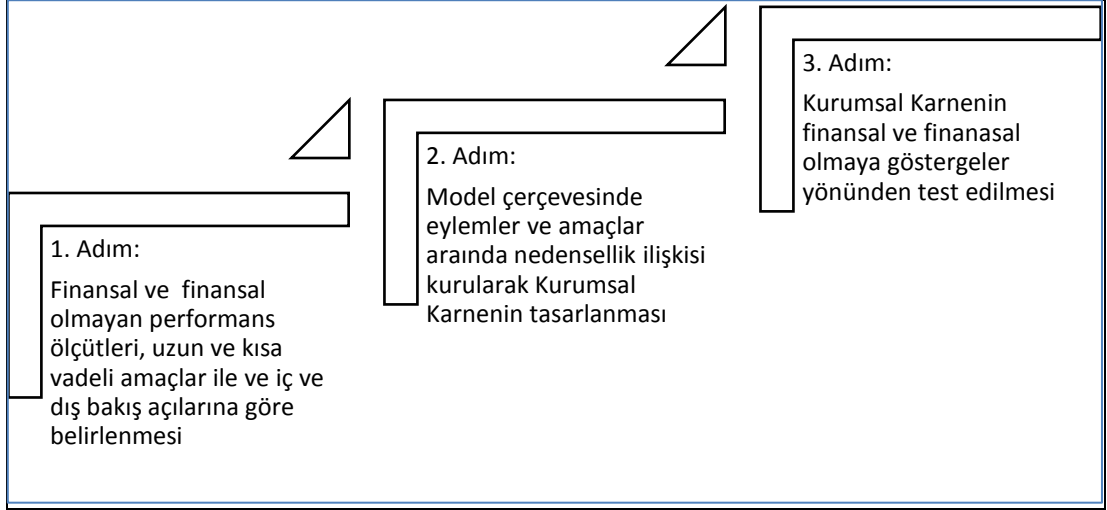
Kurumsal Karne sistemi; organizasyona dâhil olan tüm bireylerin için finansal ve finansal olmayan ölçülerin bilgi sisteminin bir parçası olması gerektiğini ve işletmenin mision ve stratejisinin detaylı bir şekilde incelenmesi sonucunda elde edilen mevcut amaç ve ölçütler çerçevesinde davranmasını desteklemektedir. Kurumsal Karne sadece performans ölçmede veya karar destek unsuru olarak kullanılmamakta, özellikle yeniliğe açık ve dinamik işletmelerde uzun dönemli stratejileri yönetmek amacına yönelik bir stratejik yönetim sistemi olarak da kullanılabilir.

Kurumsal Karnenin bir yönetim modeli olarak kullanılması durumunda yöneticilere önemli roller düşmektedir. Yönetim öncelikle değerlendirme kriterlerinin ve göstergeleri belirlemelidir. Ayrıca erken uyarı niteliğinde göstergeler belirlemeli ve gerekli durumlarda alınacak önlem ve yaptırımlarda belirli olmalıdır. Kurumsal Karne uygulamalarında yönetsel olarak öncelik, özellikle öğrenme ve büyüme boyutunda yönetimin geçmiş değerlendirmelerden yola çıkarak kuruma bir gelecek perspektifi sağlayabilmesidir (Paladino, 2007: 161,162).

#### 1.5.2. Kurumsal Karnenin Tanımlanması Ve Oluşturulması

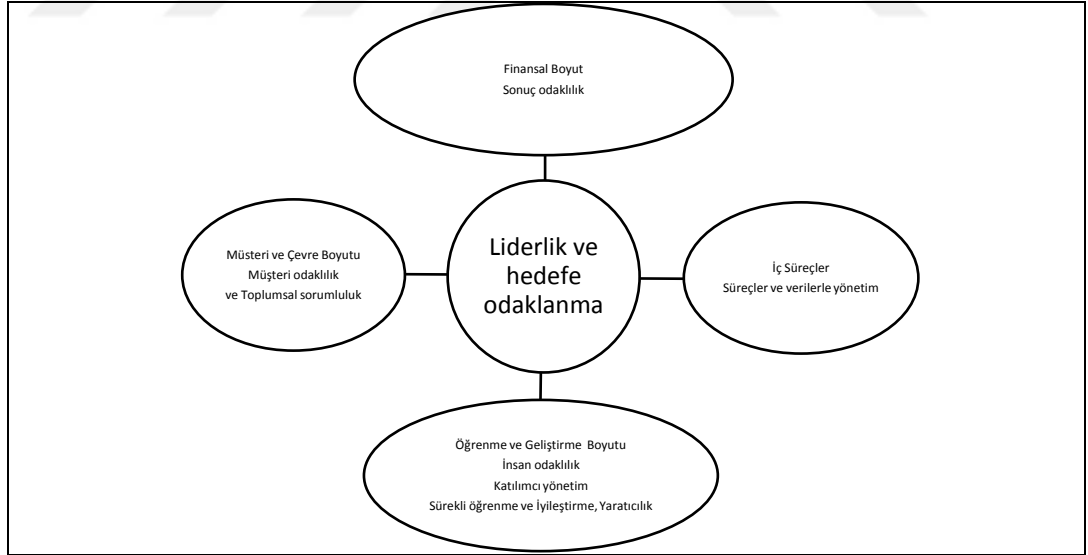
Kurumsal Karneyi bir yönetim sistemi aracı olarak kullanmayı planlayan işletmelerde öncelikle Kurumsal Karnenin tanımlanması ve oluşturulması gerekmektedir. Bu çerçevede öncelikle “Kurumsal Karne” ifadesinin “kurum” kısmı gelmektedir.

Kurumsal Karne uygulamasını sistemleştiren Kaplan ve Norton’ göre Kurumsal Karnenin “Kurumsal” kısmı kurumsal temalar ve kurumsal roller olmak üzere iki bölümde açıklanabilir. Kurumsal temalar ile daha çok, kurumda paylaşılan değerler, fikirler ve inançlar kastedilirken kurumsal rollerden iş birimi düzeyinde gerçekleşen eylemler anlaşılmalıdır (Murby ve Gould, 2005: 8). Bu ana bakış açısı çerçevesinde Kurumsal Karne vizyon, mision ve stratejinin ölçüler halinde ifade edilen dört ana boyut içinde tasnif edilmesini sağlar. Bu boyutlar vizyon, mision ve stratejinin anlaşılması ve iletilmesi için bir çerçeve oluşturur.



**Şekil 6.** Kurumsal Karnenin Oluşturulması Süreci

Ölçütler kullanılarak işletme çalışanlarına etkenler hakkında bilgi verir. Ayrıca genel ölçülerin yanı sıra işletmenin kendi stratejisinden türetilen özel ölçülere de Kurumsal Karnede yer verilebilir. Kurumsal Karnede yer alan amaç ve ölçüler, stratejinin ve misyonun tüm işletmeye yayılması ve uygulanması için gerekli olan temel elementler olması açısından önemlidir.



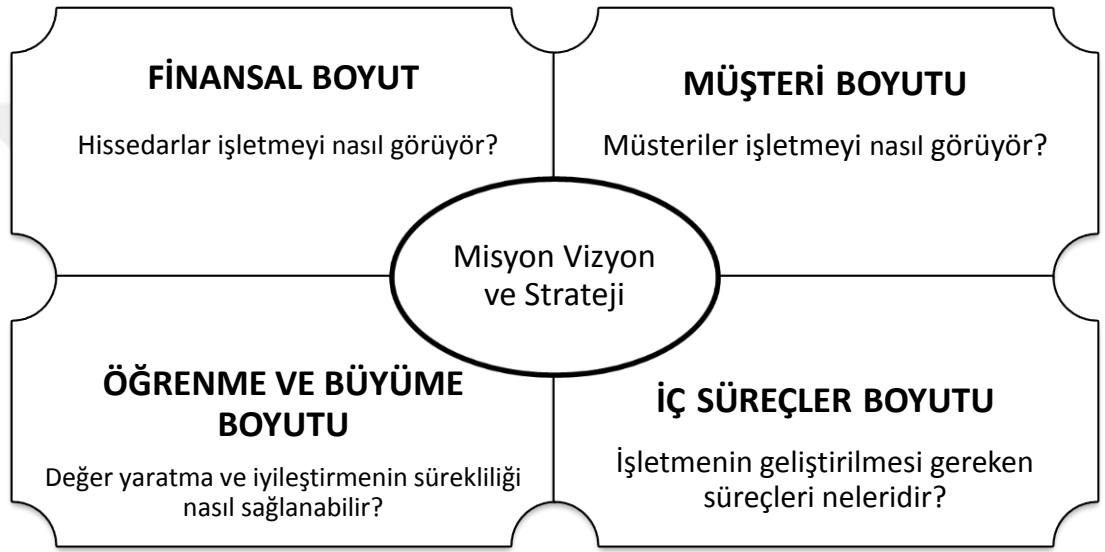
**Şekil 7.** BSC 4 Temel Kavram

**Kaynak:** Yılmaz ARGÜDEN ve Engin SAĞDIÇ, R. S. KAPLAN, & D. P. NORTON içinde, “Mükemmellik Modeli:Balanced Scorecard”, İstanbul, ARGE Danışmanlık Yayınları, 2000, s.10

### 1.5.3. Kurumsal Karnenin Boyutları

Kurumsal Karne, misyon ve stratejilerin ölçüler halinde ifade edilen dört ana boyut içinde tasnif edilmesini sağlar. Bu sayede organizasyondaki tüm çalışanlara bugün ve gelecekte başarı elde etmeyi sağlayacak etkenler hakkında bilgi verir.

Bu dört boyutla organizasyonun ulaşmak istediği sonuçlar ve sonuçları elde etmeyi sağlayacak etmenler tanımlanır. Böylelikle üst düzey yöneticiler, tüm çalışanın enerji, yetenek ve bilgisini uzun dönemli hedeflere ulaşabilmek için yönlendirebilir.



Şekil 8. Kurumsal Karnenin 4 Boyutu

**Kaynak:** Mehmet Özbirecikli ve Ferit Ölçer, “ Strateji odaklı performans ölçüm sistemi: balanced scorecard–BSC”, İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt 31, Sayı 2, (Kasım 2002), s.39

#### 1.5.3.1. Finansal Boyut

Günümüz kurumlarında performans değerlendirme alanında finansal olmayan ölçüler daha fazla rağbet görmeye başladıysa da bu durum finansal ölçülerin önemini ve değerini yitirdiği anlamına gelmemelidir. BSC yaklaşımında finansal amaçlar, tüm diğer boyutların amaç ve ölçüleri için odak noktası niteliği taşımaktadır.

Bu bağlamda seçilen her bir ölçüt, finansal performans olumlu etkileyecek nitelikte olmalıdır. Finansal performans ölçüleri bir organizasyonun stratejisinin ve bu stratejiye

yönelik yürütme ve uygulamaların organizasyona katkıda bulunup bulunmadığını ortaya çıkarır. (Çakmak, 2005: 263-266).

Finansal boyuttaki stratejik hedefler, gelirleri artırmak, maliyetleri düşürmek ve aktiflerin kullanımını artırmaktır. BSC’de her organizasyon için stratejik hedeflere ulaşmada kullanılan genel ölçüler yatırımın kârlılığı ve ekonomik katma değer olarak belirlenmiştir.

Ancak bu genel ölçülerin yanı sıra, her organizasyonun kendi stratejisine göre farklı amaçlar konabilir ve buna göre ölçüler farklılaşabilir. Örneğin; stratejik hedeflere ilişkin finansal ölçüler özellikle işletmenin yaşam döngüsünde yer aldığı devreye (büyüme, sürdürme, hasat gibi) göre değişir.

#### 1.5.3.2. Müşteri Boyutu

Müşteri boyutuna ilişkin stratejik ölçüleri belirlemeden önce organizasyonlar detaylı bir pazar araştırması yaparak, farklı müşteri ve pazar kesimlerini belirlemeli, onların ürün ve hizmetlerin fiyat, kalite, iş yapma, görüntü, tanınma ve hizmet gibi faktörleri ile ilgili tercihlerini ortaya çıkarmalıdır.

Çünkü genellikle mevcut ve potansiyel müşteriler homojen özelliklere sahip değildir. Değişik tercihleri, ürün ve hizmetler hakkında farklı değerlendirmeleri vardır. BSC’de hedef kitle belirlendikten sonra, bu hedef kesimlerde organizasyonun göstereceği performansın ölçüleri tanımlanır (Çakmak, 2005: 263-266).

Müşteri boyutuyla ilgili genel sonuç ölçüleri, müşteri tatmini, müşterinin muhafaza edilmesi, yeni müşteri kazanma, müşteri karlılığı ve hedeflenen kesimlerdeki pazar ve müşteri payları gibi konulardaki ölçüleri kapsar.

#### 1.5.3.3. İç Süreçler Boyutu

Finansal boyut ve müşteri boyutu ile ilgili amaç ve ölçüler belirlendikten sonra sıra iç süreçler boyutuna gelmektedir. BSC’de iç süreçler boyutunun amaç ve ölçüleri, hedef müşteri ve hissedarların beklentilerini karşılamaya yönelik stratejilerden türetilmektedir. Bu sayede organizasyonun uygulaması gereken yepyeni iş yöntemleri ortaya konacaktır.



Kaplan ve Norton'a göre; birçok organizasyonda uygulanmakta olan performans ölçüm sistemleri, mevcut işleyiş yöntemlerini geliştirmeye yöneliktir. Oysaki BSC uygulamasında yöneticilerin yenileme, operasyonel süreç ve satış sonrası hizmetler değer zincirini dikkate alarak iç süreçler boyutu ile ilgili stratejik hedef ve ölçülerini belirlemeleri yararlı olacaktır.

Değer zincirindeki ilk süreç olan yenileme sürecinde organizasyon, müşterilerin yeni gelişen ve henüz ortaya çıkmamış ihtiyaçlarını araştırıp bunları karşılayacak ürün ve hizmetler yaratır. Değer zincirinin ikinci önemli basamağını oluşturan operasyonlar, mevcut ürün ve hizmetlerin üretildiği ve müşteriye ulaştırıldığı aşamalardır. Üçüncü basamak ise; satıştan ve teslimattan sonra müşteriye sunulan hizmettir.

Değer zincirindeki bu üç aşamanın da dikkate alınması çok önemlidir ve her aşama için ayrı ayrı stratejik hedef ve ölçüler belirlenir. Ancak her organizasyon için geçerli olabilecek iç süreçler boyutu için genel ölçüler kalite, tepki süresi, maliyet, yeni ürün sunumu ve verimliliklerdir.

#### 1.5.3.4. Öğrenme ve Gelişme Boyutu

Öğrenme ve gelişme boyutu, daha önce açıklanan finansal boyut, müşteri boyutu ve iç süreçler boyutunu tamamlamaktadır. Bu üç boyutta tanımlanan stratejik hedef ve ölçüler, personelin, sistemlerin ve yöntemlerin mevcut performansları ile organizasyonun ileriye doğru bir atılım yapmasını sağlayacak performans gereksinimleri arasındaki farkı ortaya koymaktadır.

Organizasyonlar, bu farkı kapatmak için çalışanlarına yeni yetenekler kazandırmak, bilgi teknolojisi ve bilgi sistemlerini zenginleştirmek, organizasyon içi yöntem ve programları uyumlu ve çalışır hale getirmek zorundadır. Dolayısıyla BSC'de kurumsal eğitim ve gelişim boyutu üç temel kategoride ele alınmaktadır.

Bunlar:

- 1) Çalışanların yetenekleri
- 2) Bilgi sistemlerinin yeterliliği
- 3) Motivasyon, yetki verme ve uyum sağlama

Öğrenme gelişme boyutunda ele alınan stratejik ölçüler, organizasyon çalışanlarını baz almaktadır. Bu ölçüler: çalışanların tatmini, eğitimi ve yetenekleri gibi geniş kapsamlı sonuç ölçülerinin yanı sıra, bu ölçülerin yeni rekabetçi ortamın gerekli kıldığı özel yeteneklerin organizasyonun ticari faaliyetine yansıyan göstergeleri gibi daha özel ve detaylı ölçüleri de kapsamaktadır.



## BÖLÜM 2

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE KURUMSAL KARNE (BALANCED SCORECARD) UYGULAMASI

#### 2.1. Sağlık Hizmeti

Sağlık hizmeti kavramı “Sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar bütünü” olarak tanımlanabilir (Ateş, 2011: 2). Uygulamada sağlık hizmetleri kavramı iki yönlü olarak kullanılmaktadır. Kavram bir yandan bireylerin sağlığını korumak ve tedavi etmek amaçlı hizmetleri ifade ederken bir yandan da bu amaç doğrultusunda bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşları ifade etmektedir.

Ülkemizde uygulamaya bakıldığında daha çok sağlık hizmeti sunumu yönü ile ele alınmakta olduğu ve koruyucu ve tedavi edici olmak üzere iki temel ayrımında değerlendirildiği görülmektedir. Kavram, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ise “Koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı sistem.” olarak tanımlanmaktadır (Şentürk, 2011: 52).

1978 DSÖ Alma- Ata Bildirgesinde “pratik, bilimsel olarak geçerli ve sosyal olarak kabul edilebilir metotlarla, bir ülke veya toplumun ödeyebileceği bir maliyette erişilebilir kılınan zorunlu bir sağlık hizmetidir.” şeklinde tanımlanmıştır. Alma-Ata Bildirgesi’nde herkesin temel sağlık hizmetlerine erişiminin olması gerektiği ve herkesin buna dâhil olması gerektiği hususları vurgulanmıştır.

Bu bağlamda sağlık hizmetinin taşınması gereken temel nitelikler “Hakkaniyet, topluluk katılımı/dâhil olması, sektörler arası olma, teknolojinin uygunluğu ve karşılanabilir maliyetler.” şeklinde belirlenmiştir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011: 14-17).

Pratik durum göz önüne alındığında sunulan sağlık hizmetinin, temel sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve iyileştirme için yapılan tüm çalışmalar ve bireylerin tedavi sonrası uyumu ve esenlendirilmesi bağlamında koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç ana bölümde incelenmesi uygun olacaktır (Alacahan, 2015: 4).

### 2.1.1. Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi

Anayasamızda sağlık hizmetleri bir hak olarak tanımlanmış; kapsamı, sunum şekli ve işleyişine ilişkin hususlar dair ana ilkeler 56. maddesinde yer almıştır.

**“MADDE 56.– Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.**

*Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.*

*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.*

*Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.*

*Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”* (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası).

Bugün ülkemizde sağlık hizmetleri genel anlamda Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir. Bu anlamda sağlık alanında çok sektörlü bir hizmet sunum yapılanmasının mevcut olduğu söylenebilir (Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011- 2023, 2011: 8). Anayasanın bu maddesine göre sağlık hizmetlerinin temel sorumlusu ve uygulayıcısı olarak Sağlık Bakanlığı belirlenmiştir.

Bakanlık bu görev ve sorumluluğunun gereğini yerine getirirken Kalkınma Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) gibi kamu kurumları ve Kızılay, Yeşilay gibi birçok sivil toplum kuruluşu işbirliği yapmaktadır (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2007: 101-102). Sistemdeki paydaşlara bakıldığında kamu, yarı-kamu ve özel kurumlar ile dernek-vakıflar olmak üzere pek çok farklı kurum ve kuruluş gözlenmektedir.

**Tablo 6**  
**Sağlık Hizmeti Sunan Kurum ve Kuruluşlar**

<b>Kamu</b>	<b>Özel</b>	<b>Sivil Kuruluşlar</b>
Sağlık Bakanlığı	Özel Hastaneler	Kızılay
Üniversite Hastaneleri	Özel Ayakta Tedavi Merkezleri	Dernekler
Milli Savunma Bakanlığı	Özel Çalışan Pratisyen/Uzman Hekimler	Sivil Toplum Örgütleri
Vakıf Hastaneleri	Azınlık Hastaneleri	
	Özel Laboratuvarlar ve Tanı Merkezleri	
	Eczaneler	
	Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları	

#### 2.1.2. Sağlık Bakanlığı

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin etkili, ulaşılabilir ve ülke genelinde dengeli olarak verilmesi 03.05.1920 tarihinde kurulan Sağlık Bakanlığının yetki ve sorumluluğundadır (Ateş, 2011: 121). Sağlık Bakanlığı her ne kadar Türkiye Büyük Millet Meclisinin 3 Mayıs 1920’de kabul ettiği 3 Sayılı Yasa ile “Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti” adı ile kurulmuş olsa da tarihsel gelişim içerisinde Osmanlı Dönemini de dikkate almak gerekir. Osmanlı döneminde sağlık organizasyonu saray merkezli yapılanmıştır. Reis-ul Etıbbı (Hekim Başı) kurumundan başka resmi bir örgüt yoktur.

Türkiye Büyük Millet Meclisi, 3 Mayıs 1920’de kabul ettiği 3 Sayılı Yasa ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâlet’ini kurarak sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir. Bu dönemde Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı “Numune Hastaneleri” açılmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu çıkarılmış, illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuştur (Akdur, 2000: 1-16).

1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir.

1946 yılında ilk sağlık planı olarak “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanmıştır. Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı, yasal metin hâline getirilerek tümüyle uygulanamamıştır. Ancak merkezi otoriteye ağırlık kazandırmıştır. Yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır. Milli Sağlık Planı’nda köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde, tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışıldı (Sağlık Bakanlığı, 2012: 20-207).

1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile il özel idarelerine belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı’na bağlanarak, kamuya ait hastanelerin yönetimi tek elde toplanmış ve tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir (SSK, MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç) (Akdur, 2000: 1-16).

1961 yılında, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarıldı. Sosyalleştirme fiilen 1963 yılında başladı. Yaygın, sürekli, bütünleşmiş, kademeli, bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidildi. Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılıp farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar, sağlık ocağı bünyesinde bütünleştirildi.

1982 Anayasası, vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermektedir. Anayasa’nın 60. maddesinde “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir.” denmektedir.

1980 sonrası, bir yandan sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme politikalarına devam edilirken, diğer yandan da 181 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ve Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu gibi önemli yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir.

181 sayılı KHK döneminde (1983-2011) Bakanlıkta sağlık hizmeti sunan birimler, genel müdürlük ve daire başkanlığı şeklinde ve çok parçalı bir yapıda “ana hizmet birimleri” altında sıralanmıştır. Bağlı kuruluşlar listesinde ise Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü ile Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bulunmaktadır. Bu dönemde sağlık politikalarının belirlenmesine yönelik bir birim bulunmadığı ve

uzmanlaşmaya dayalı bir teşkilat yapısının oluşturulmadığı görülmektedir (Lamba, Altan, Aktel ve Kerman, 2014: 63-65).

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlatıldı ve bu plan doğrultusunda 1. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplandı. Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturdu. 1992 ve 1993’te Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak sağlık reformunun teorisi çalışmalarına hız verildi.

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı uygulamaya konuldu. Bu dönemde, başta SSK hastaneleri olmak üzere diğer kamu kurumlarının hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredildi (Sağlık Bakanlığı, 2012: 20-27).

Sağlık Bakanlığının organizasyon yapısı son olarak 2 Kasım 2011 yılında yayımlanarak yürürlüğe giren 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile yeniden düzenlenmiştir. Söz konusu KHK ile Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmış ve Bakanlığa bağlı kuruluşlar oluşturulmuştur.

KHK’nin 2. Maddesinde yer alan “Bakanlığın görevi; herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır.” ifadesi ile Bakanlık için genel bir görev tanımı yapılmıştır. Bu kısımda yer aldığı üzere ayrıntılı görev tanımına dahil olan konular şunlardır.

1. Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi
2. Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi
3. Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi
4. Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi
5. Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi

6. İnsan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması
7. Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması (Resmi Gazete, 2011).

663 sayılı KHK kapsamında ise hizmet üreten ve politika belirleyen birimlerin ayrılmıştır. Hizmet sunan birimlere sonuçlardan sorumlu profesyonel liderlerin görevlendirilmiş ve sözleşmeli, özel sektörden görevlendirmeye açık, performansa dayalı, esnek istihdam modeli benimsenmiştir.

Çıktı/ sonuç odaklı; daha yatay, yalın ve uzmanlığa dayalı birimler şeklinde örgütlenen; ölçek ekonomisinin avantajlarından yararlanmaya çalışan; rekabetçi anlayışa açık ve hiyerarşik denetimden çok performansa denetimine önem veren bir Sağlık Bakanlığı organizasyonu amaçlanmıştır (Lamba, Altan, Aktel ve Kerman, 2014: 72).



**Tablo 7**  
**663 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında Yaşanan Değişim**

KHK Öncesi	KHK Sonrası
Hizmet üreten ve politika belirleyen ayrımı yapılmamış	Hizmet üreten ve politika belirleyen ayrılmış
Emirleri yerine getiren yönetici	Sonuçlardan sorumlu profesyonel lider
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kadrolu</li> <li>• Sabit ücret sistemi</li> <li>• Kariyer sistemine dayalı atama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sözleşmeli,</li> <li>• Performansa dayalı ücret</li> <li>• Özel sektörden görevlendirmeye açık, esnek istihdam</li> </ul>
Girdi ve süreç odaklı	Çıktı odaklı
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bütüncül,</li> <li>• Merkeziyetçi</li> <li>• Hiyerarşik, dar ve dikey</li> <li>• Kontrole dayalı</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayrıştırılmış</li> <li>• Özerk</li> <li>• Yatay ve yalın</li> <li>• Operasyonel</li> <li>• Uzmanlığa dayalı</li> </ul>
Yüksek maliyetli, küçük ölçekli birimler Verimsiz	Ölçek büyütürken maliyet avantajı sağlama Verimlilik artışı
Rekabetçi anlayışa kapalı	Rekabetçi anlayışa açık
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiyerarşik,</li> <li>• icracı birimler tarafından</li> <li>• Kişi odaklı Mevzuata uygunluk denetimi</li> <li>• Program amaçları dikkate alınmadan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politika belirleyen birimler tarafından</li> <li>• Sistem ve faaliyet odaklı</li> <li>• Performansa dayalı Çıktılara önem veren</li> <li>• Dışarıdan denetim hizmeti alımı</li> </ul>

**Kaynak:** (Lamba, Altan, Aktel, ve Kerman, "Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma:Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme", 2014, s. 78)

### 2.1.3. Kamu Hastaneleri

Hastaneler kendilerine özgü yapısal özellikleri nedeniyle diğer işletmelere göre yönetsel açıdan pek çok farklılık ve zorluklar gösteren organizasyonlardır. Hastane organizasyonunda yer alan paydaşlara bakıldığında karşımıza, hastalar, hasta yakınları, sağlık çalışanları, diğer personel, yöneticiler, sermayedarlar vb. olmak üzere beklentileri birbirinden farklı birçok grup çıkmaktadır.

Bu farklı beklentiler ve yaklaşımlar hastane organizasyonlarının verimliliğini farklı açılardan etkilemektedir. Örneğin hasta ve hasta yakınları açısından artan beklentileri ve talepler önem taşıyırken fon sağlayıcılar ve sermayedarlar için karlılık ön plana çıkmaktadır (Donald, 2012: 2-5).

Ülkemizde hastanelerle ilgili en önemli sorun olarak verimsizlik önde gelmektedir. Bu durumun birçok sebebi vardır. Bir işletme olarak hastaneler karmaşık yapıda ancak dinamik organizasyonlardır. Ülkemizde hastanelerin yönetimine bakıldığında uzun yıllar yönetim ve organizasyon alanında profesyonel yöneticiler tarafından değil daha çok tıp ve sağlık alanında yetişmiş personelce yönetilmişlerdir.

Ayrıca tıbbi cihaz, laboratuvara malzemelerinde miktar ve kalite eksikliği, hizmetlerin finansmanı, insan kaynaklarında yaşanan yetersizlikler ve eşitsiz dağılım bu kurumların verimliliğini ve kapasite kullanımlarını olumsuz etkilemiştir (Tarım, 2004: 240).

Hastaneler, "çevrelerinden girdi alan ve bu girdileri alt sistemlerinin etkileşimi yoluyla hizmete dönüştürüp çevresine veren açık sistemler" şeklinde tanımlanabilirler. Bu kapsamda hastanelerin en önemli girdisi hasta, en önemli çıktısı ise hasta bakımı ve tedavisidir. Sağlık hizmetleri üretmek yoluyla birey ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesini sağlama amacı çerçevesinde faaliyet gösteren hastanelerde bu amacın verimli biçimde gerçekleştirilmesi ise yönetimin sorumluluğundadır.

Sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumu, bireysel uygulamalardan daha çok örgütsel bir süreç durumuna dönüşmektedir. Sağlık hizmetleri, özellikle hastane hizmetlerinin maliyetlerinin büyük ölçüde artış göstermesi, toplumsal grupları ve kamu yönetimini sağlık hizmetlerinin üretim, maliyet ve kalitesine daha fazla ağırlık vermeye yöneltmiştir (Akdağ, 2011: 12).

Kamu otoritesi Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin arttırılması, hizmet sunan kuruluşların birleştirilmesi ve hasta memnuniyetinin arttırılmasını hedeflemiş ve bu doğrultuda organizasyon yapısını kalite, rekabet edebilirlik, performans, etkinlik, verimlilik ve sürdürülebilir finansman gereklilikleri doğrultusunda tekrar düzenlemiştir.

Bu kapsamda kaynakların verimli kullanılması, sağlık giderlerinin azaltılması ve vatandaşa daha kaliteli hizmet verilmesi amacı doğrultusunda 663 sayılı KHK ile 81 ilde Kamu Hastaneleri Birlikleri oluşturulmuş ve kamu kurumu niteliğindeki sağlık tesislerinin öz finansmanlarını sağlayabilmeleri, zarar etmemeleri ve özerk bir yapıya kavuşmaları öngörülmüştür.

Yapılan düzenlemelerle politika belirleme, düzenleme, denetleme ve hizmet sunumunun merkezde toplandığı dikey yapılanmadan; politika belirleme ve sistem yönetiminin esas alındığı kurumsal uzmanlaşmaya dayanan, taşra teşkilatındaki idarecilerin karar verme imkânlarını arttırmayı amaçlayan yatay yapıya geçilmiştir.

Bu kapsamda yeni birim ve kurullar ile bağlı kuruluşların kurulmasının yanı sıra taşra teşkilatları da yeniden yapılandırılmıştır. Ayrıca taşınır, taşınmaz ve personel devri işlemleri ile mevzuat güncellemeleri tamamlanarak ikincil mevzuat da oluşturulmuştur. Hizmetlerin daha etkili ve verimli sunumu için bürokrasi ve yönetim kademeleri azaltılarak, profesyonel yönetim anlayışıyla kadrolarda düzenlemeler yapılmıştır. Hastaneleri ve benzeri sağlık kurum ve kuruluşlarını, maliyet ve etkinlik açısından daha etkin yönetebilmek amaçlanmıştır.

## 2.2. Kamu Hastanelerinin Değerlendirilmesinde Kurumsal Karne

### 2.2.1. Kurumsal Karne Modeline Geçiş - Verimlilik Karnesi

Kamu hastanelerinin Kurumsal Karne Modeline geçişte öncelikle kamu otoritesinin gerçekleştirdiği hukuki ve kurumsal düzenlemeler ile Kurumsal Karne Modelinin uygulanabilmesi için gerekli altyapının oluşturulduğunu görmekteyiz.

Sağlık Bakanlığı organizasyonunu yeniden tasarlayan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile öncelikle Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) kurulmuş ve TKHK bünyesinde Verimlilik Daire Başkanlığı oluşturulmuştur.

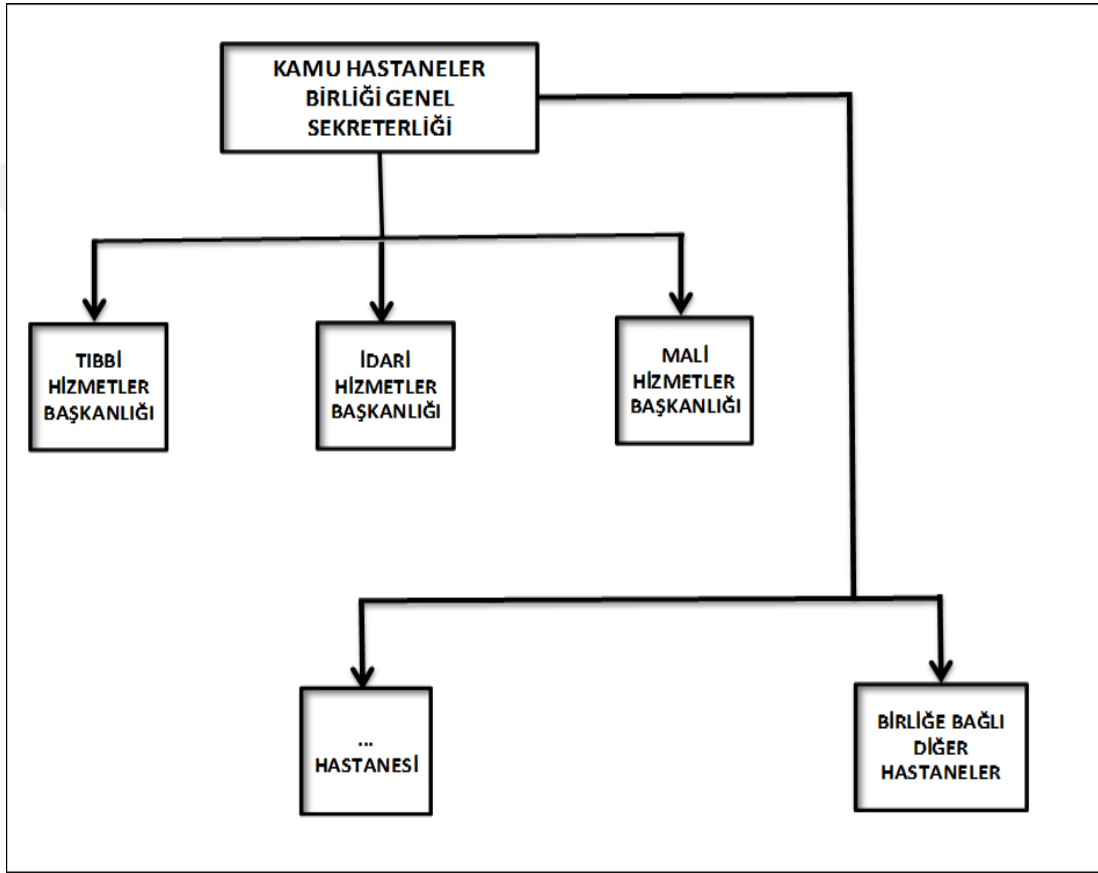
05.10.2012 tarihli ve 847 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren, “Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Hakkında Yönerge” ile performans değerlemede kullanılacak kriterler belirlenmiştir. 10.12.2014 tarihli ve 29201 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği” ile model revize edilmiş ve uygulama yönergeleri yayımlanmıştır.

Kamu hastane yönetimleri KHB organizasyonları adı altında toplanmıştır. KHB tıbbi, idari ve mali hizmetler başkanlıkları olarak örgütlenmiştir. Bu yapılanma ile öngörülen çok yönlü değerlendirmeye uygun bir çerçeve sağlanmış ve kurumsal karnenin tüm boyutlarıyla uygulaması için gerekli bileşenleri (tıbbi, mali, idari) barındıran bir organizasyon yapılanması oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığının organizasyon yapısında yapılan düzenlemeler ile politika yapıcı ve hizmet birimleri ayrılmış ve daha fonksiyonel birimler oluşturulmuştur. Hizmet sunumuna yönelik yetkiler daha alt düzeyde (bağlı kuruluşların taşra teşkilatlarına) birimlere devredilerek daha yatay örgütlenmeye gidilmiştir.

Kamu hastane birlikleri ile kaynak kullanımında etkinlik, verimlilik ve ölçek ekonomisinin avantajlarından yararlanılmaya çalışılmıştır. Bu çerçevede kamu hastane birlikleri yönetim kadrosu ve hastanelerde yönetici pozisyonları esnek istihdam anlayışı doğrultusunda performansa dayalı sözleşmeler imzalanmıştır (Lamba, Altan, Aktel ve Kerman, 2014: 71).

Kamu hastaneler birliklerinin kurulması ile oluşturulan modelde fonksiyonel ayırım ve uzmanlaşmaya dayalı yapı en alt düzeye kadar yansıtılmıştır. Kamu hastaneleri birliklerinde en üst yönetici genel sekreterdir. Birlik organizasyon yapısında genel sekretere bağlı tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları yer almaktadır. Birliğe bağlı hastanelerin, hastane yöneticisi tarafından yönetileceği, hastane yöneticisine bağlı olarak başhekim ve başhekim yardımcılığı, idarî ve malî işler müdürlüğü ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri oluşturulmuştur.



Şekil 9. KHB Organizasyon Yapısı

Yapılan düzenlemeler ile görevlendirilen profesyonel yöneticilerin ve kurumların değerlendirmesi amacıyla yönelik olarak hesap verebilirlik ve yönetsel etkililik ilkeleri de gözetilerek performans kriterleri oluşturulması amaçlanmıştır. Bu çerçevede 663 sayılı KHK'nın 34. Maddesi ile hastanelerin; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle performans değerlendirmesine tabi tutulması öngörülmüştür.

### 2.2.2. Kurumsal Karne Temelli Verimlilik Karne Modelinin Oluşturulması

Çok boyutlu performans değerlendirme modellerinden olan “Kurumsal Karne/ Balanced Scorecard” birçok performans boyutunu bir arada değerlendirmesi yönüyle oluşturulan modele bilimsel bir alt yapı oluşturmuştur. Kurumsal Karne uygulaması birçok farklı sektörde bir performans değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır.

Bu çerçevede Kurumsal Karnenin dört ana boyutu aynen kullanılırken bazı sektörlerde işletmelerin spesifik yönleri, üretilen ürünler ve/ veya hizmetlerin özellikleri gibi nedenlerle farklı tanımlamalarında kullanılması yoluna gidildiği görülmektedir. İşletmelerin faaliyet gösterdikleri sektörlerin şartlarına ve işletmenin stratejisine göre, Kurumsal Karnenin boyutları farklı hedef ve amaçları içerebilmektedir (Yıldız, Kethüda ve Kurutkan, 2013: 96).

Literatüre bakıldığında Kurumsal Karne modelinin daha çok mal ve hizmet üretimi yapan işletmeler bağlamında ele alındığı görülse de bazı yayınlarda sağlık sektörü üzerinden tartışıldığı da görülmektedir. Bu kapsamda sağlık hizmeti üreten ve sunan kurumlar sadece finansal performans çıktılarına veya maliyetlere ve klinik çıktılarına bakılarak değerlendirilmemelidir.

Sağlık organizasyonları, işletme, çalışan ve hasta değerleri ölçümlerini içeren dengeli ölçüm kartı geliştirmelidir. Sağlık sektöründe hizmet sağlayanlar, yöneticiler, yönetimsel kurumlar, sigortaların birbiriyle çatışan ihtiyaçları ve talepleri bulunmaktadır. Farklı müşteri gruplarının varlığı, verilen sağlık hizmetini ve finansal hedeflerini dengelemek ve ölçmek durumundadır.

Birçok uzmanın hastane işletmelerinin performansını ölçmek için dört boyutlu modeli önerdiği görülmektedir. Bu model hasta/müşteri, içsel, öğrenme ve finansal boyuttan oluşmaktadır. Hasta / müşteri boyutunda; hastalara sağlanan değer, içsel boyutunda; çalışanlara sağlanan değer, öğrenme ve finansal boyutlarında; işletmeye sağlanan değer ölçülmektedir.

Hasta boyutunda; yeni sağlık hizmetleri, erişim, koruyucu tıp, klinik çıktılar, hasta ve ailelerinin tatmini sıralanmıştır. İçsel boyutunda; çalışanın refahı, çalışanların gelişimi ve kurumsal bağlılığı, çalışanın memnuniyeti, hasta odaklı bütünleşme sıralanmıştır.

Öğrenme boyutunda ise, kalite geliştirme, yeni hizmetleri kullanan hasta oranı, etkili süreç devir zamanı, etkili öğrenme devir zamanı, yeni hizmetler geliştirme zamanı olarak sıralanmıştır. Finansal boyutta ise, eğer makulse faaliyet temelli maliyetleme, kalite veri tabanı maliyeti, değer katan analizler, organizasyon çevirim süresi, yatırımın geri dönüşü, nakit akışı ve davalardan kaçınma sıralanmıştır (Yıldız, Kethüda ve Kurutkan, 2013: 97).

Sağlık organizasyonunun tedavi ve iyileştirme boyutunu oluşturan hastane işletmeleri için Kurumsal Karnenin dört ana boyutunun yanı sıra farklı göstergelere de gereksinim duyulmaktadır. Sağlık sektörünün spesifik yönleri ve müşteri kitlesinin farklılıkları dikkate alındığında hastane işletmelerinin ve sağlık endüstrisinin kullanılabilir önemli göstergeler olarak sağlık kalitesi, klinik çıktıları ve erişim ön plana çıkmaktadır (N.Zelman, Pink ve Matthias, 2003: 12).

Örneğin Kanada’da Ontario Hastaneler Birliği tarafından gerçekleştirilen “Hospital Report 2007” isimli çalışmada “Ontario Acute Care Hospitals” Ontario Akut Bakım Hastaneleri” için geliştirilen Dengeli Ölçüm Kartı, finansal performans, hasta memnuniyeti, klinik kullanımı ve çıktıları ve sistem entegrasyonu ve değişim boyutları ele alınmıştır (Ontario Hospitals Association, 2007: 8).

Öztürk ve Genç tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada Kurumsal Karnenin müşteri boyutundan hasta ve ailelerinin memnuniyeti, çalışanların memnuniyeti ve çalışan devir hızı ile ölçülmüştür. Finansal boyut ise, hasta sayısı, hasta kullanım şablonları, hasta demografileri ve mali kayıtlar göstergeleri ile ölçülmüştür. İşlevsel boyutu ise, kalite iyileştirme çalışmaları, enfeksiyon oranları ve bekleme zamanları incelenerek ölçülmüştür. Öğrenme ve yenilik boyutunda ise, hastanenin kişi başına kaç saat eğitim verdiği ve iş geliştirme faaliyetleri incelenerek ölçülmüştür (Yıldız, Kethüda ve Kurutkan, 2013: 97).

Takahashi 2008 yılında Japonya’daki hastanelerde gerçekleştirdiği çalışmasının sonucunda daha iyi bir hastane yönetimi için finansal, finansal olmayan ve klinik performans göstergeleri arasında dengenin dikkatli bir şekilde sağlanmasının ve her birinin işletme stratejisi ile ilişkilendirilmesinin gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Lilian Chan ve Kathy Ho tarafından 2000 yılında Kanada’daki hastanelerde gerçekleştirilen

çalışmada, hastane işletmelerinin kurumsal karnenin stratejik yönetim aracı olduğu, organizasyonun vizyon ve stratejileri ile hedeflerler arasında bağlantı kurduğu ve aynı zamanda performans ölçüm aracı olduğu fonksiyonlarına uygun olarak algıladıklarını belirtmiştir (Yıldız, Kethüda ve Kurutkan, 2013: 98).

Ülkemizde de 2011 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne yapılan ve kamu, üniversite ve özel olmak üzere toplam 24 hastanede bir çalışma yapılmıştır. Hastane Hizmet Kalite Standartları (HKS) çalışması ile Hastane Boyutlandırma sisteminde, standartlar dikey ve yatay olmak üzere 5 boyuttan oluşan bir model geliştirilmiş ve hastane organizasyonunun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde tasarlanmıştır.

**Tablo 8**  
**HKS Kapsamında Pilot Çalışma Yapılan Hastaneler**

Sağlık Bakanlığı Hastaneleri
1 Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
2 Ankara Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
3 Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Doğum Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
4 Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
5 Ankara Ulucanlar Göz Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
6 İzmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
7 İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi
8 İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
9 İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
10 Antalya Atatürk Devlet Hastanesi
11 Antalya Kemer Devlet Hastanesi
12 Bolu İzzet Baysal Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
13 Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi
14 Mardin Devlet Hastanesi
Üniversite Hastaneleri
15 Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
16 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Özel Hastaneler
17 Ankara Bayındır Hastanesi
18 Ankara TOBB ETÜ Hastanesi
19 Ankara Dünya Göz Hastanesi
20 Ankara Akay Hastanesi
21 Ankara İncek Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Hastanesi



22 İzmir Karşıyaka Göz Hastanesi
23 Adana Can Doğum Ve Cerrahi Hastanesi
24 Eskişehir BSK Anadolu Hastanesi

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Hastane Hizmet Kalite Standartları (1. B.), Ankara, (2011), s. 6

Modelin dikey boyutlarında Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken, yatay boyutta ise Hasta ve Çalışan Güvenliği bulunmaktadır. Bu şekilde ülkemize özgü bir boyutlandırma yapısı geliştirilmiştir. Yapılan bu çalışma 2011 yılı sonrasında Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde Kurumsal Karne temelli Verimlilik Karnesi uygulamasına geçiş için de önemli bir altyapının oluşmasına önemli katkı sağlamıştır (Çinal ve Demir, 2011: 3).

### 2.2.3. Verimlilik Modelinin Boyutları ve Kurumsal Karneyle İlişkisi

Kurumsal Karne Modeli ile günümüzün geleneksel finansal performans ölçütlerinin eksikliklerini aşmak için çözüm önerileri geliştirilmiştir. Bu çerçevede Kurumsal Karne Modelinde; mali ve mali olmayan önlemleri içeren çok boyutlu bir performans ölçüm sisteminin kurulması ve bu yolla bir kurum stratejisi oluşturulması amaçlanmış ve göstergeler neden -sonuç ilişkileri birbirine bağlanmıştır (Soderberg, 2006: 2).

Verimlilik Karne Modeli ile de sağlık yöneticiler, birliği ve birliğe bağlı olan sağlık tesislerini nereden alıp nereye taşıdıklarını, hangi parametrelerde iyileşme sağladıklarını, hangi hizmetlerin üzerine eğilmeleri gerektiğini karne uygulaması sayesinde analiz edebilmekte, sağlık tesislerini nasıl etkin ve verimli kılacaklarına dair kılavuz olarak kullanmaktadırlar. Karne; sahadan gelen geribildirimlerle beslenen, uluslararası güncel uygulamaları takip eden ve araştıran, dinamik ve çok boyutlu bir uygulamadır (Çukurova, Akın ve Koçatakan, 2015: 5).

Kaplan ve Norton tarafından 1990'ların başında geliştirilen Kurumsal Karne Modeli, misyon ve stratejilerin ölçüler halinde ifade edilen dört ana boyut üzerinden yapmakta ve organizasyondaki tüm çalışanlar için başarıyı hedeflemekte ve bu doğrultuda değerlendirme yapmaya olanak sunmaktadır.

Bu dört boyutla organizasyonun ulaşmak istediği sonuçlar ve sonuçları elde etmeyi sağlayacak etmenler tanımlanmakta ve üst düzey yöneticiler, tüm çalışanın enerji, yetenek ve bilgisini uzun dönemli hedeflere ulaşabilmek için yönlendirilebilmektedir.

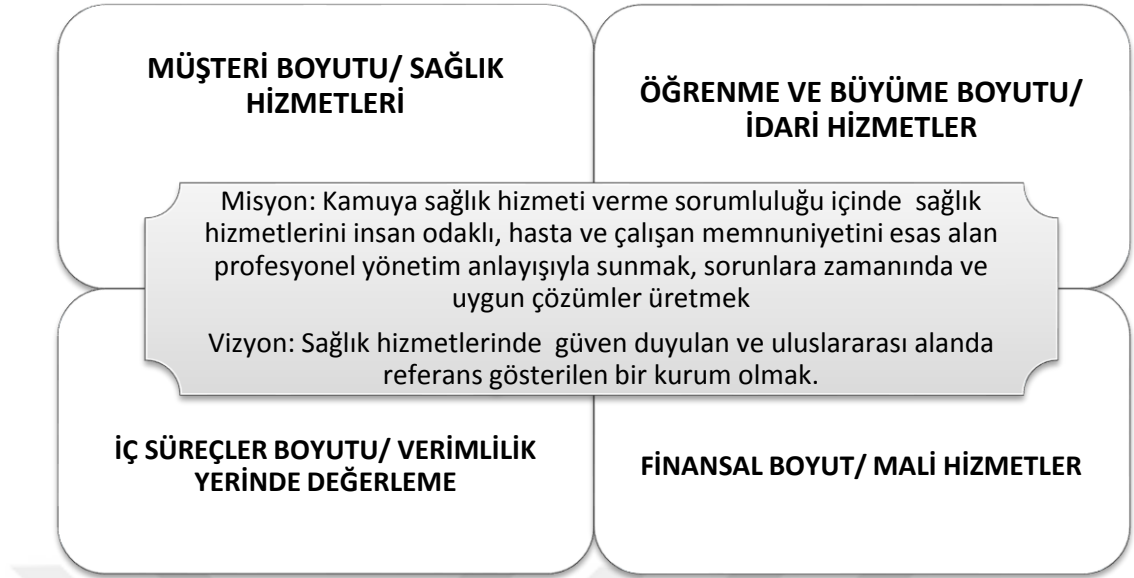
Sağlık organizasyonları, hastaların ilk sırada tercih ettikleri kurumlar oldukça işletme değeri kazanırlar. Hastanelerin işletme yöneticileri, müşteri tatminini hedeflerler. Dolayısıyla klinik çıktılar ve maliyetler onlar için önemlidir. Klinik ve idari personel hastalara hizmet sunduğu ve ihtiyaçlarına cevap verdiği zaman değer yaratılmış olur. Çalışanlara organizasyonları iş, kariyer ve gelişme fırsatı verdiği zaman değer yaratılır. Bu sürece öğrenme ve büyüme aşamaları da ilave edilmelidir. Kaplan ve Norton, bu genel ölçülerin yanı sıra, her şirketin kendi stratejisinden türetilen özel ölçülere de Kurumsal Karnede yer verilmesinin çok önemli olduğunu vurgulamaktadırlar (Uçkun ve Şahin, 2016: 375, 376) .

Kurumsal Karne Modeli temel alınarak hazırlanacak bir performans ölçüm modeli de bu doğrultuda stratejik ilerlemeyi sağlamak için önlemler almalıdır. Öncelikle belirtilen amaçlar doğrultusunda göstergeler tarif edilmelidir. Göstergeler bilimsel, kabul edilebilir (güvenilir, geçerli) ve uygulanabilir ölçülebilir olmalı ve ulusal sağlık sisteminin genel stratejik hedefleri çerçevesinde belirlenmelidir (Tashobya ve diğerleri, 2014: 5).

Verimlilik Karne Modeli kapsamında sağlık kurumlarının ve yöneticilerinin performansını ölçmek ve kurumsal bir strateji geliştirmek amacı ile hazırlanan göstergeler de dört başlıkta kategorize edilmiş olup bunlar:

1. Sağlık Hizmetleri Yönetimi,
2. Mali Hizmetler Yönetimi,
3. İdari Hizmetler Yönetimi,
4. Verimlilik Yerinde Değerlendirmesidir.

Ayrıca KHB'ler için belirlenen Birlik Hedefleri de genel performans değerlendirilmesine eklenmiştir.



**Şekil 10.** Kurumsal Karne ve Verimlilik Karne Modeli Boyutları

Kurumsal Karne ve Verimlilik Karne Modeli arasında bir karşılaştırma yapılırsa, tam olarak örtüşmese de Kurumsal Karnede yer alan müşteri boyutunun Verimlilik Modelinde sağlık hizmetleri boyutuna, öğrenme ve büyüme boyutunun idari hizmetler boyutuna, iç süreçler boyutunun, verimlilik değerlendirme boyutuna ve finansal boyutun da mali hizmetler boyutuna karşılık geldiği söylenebilir. Boyutlar arasında birbirleriyle bağlantı ve geçişkenlik dikkat çekmektedir.

Sağlık işletmeleri için karne uygulaması, sağlığa nerede ve nasıl değer katılabileceğini göstermesi açısından gereklidir. Sağlık bakımı üç kategoride birbirine bağlı değerlerden etkilenir. Bunlar işletme değeri, çalışan değeri ve hasta değeridir.

#### 2.2.3.1. Sağlık Hizmetleri Boyutu

Kaplan ve Norton tarafından geliştirilen Kurumsal Karne Modelinde müşteri boyutu organizasyonların rekabet etmeyi seçtikleri ve hedef kitlelerini oluşturan ana alandır. Müşteri boyutunun temel ölçütleri tatmin, sadakat, devamlılık, kazanma ve kazanç unsurlarını içerir. Bu bağlamda yöneticiler müşteri tatmini ve gaye edinmeden önce organizasyonun misyon ve stratejisini müşteri boyutunda pazar ve müşterilere özel hedefler haline dönüştürerek belirlemelidir (Kaplan ve Norton, 2015: 81, 82).

Verimlilik Karnesi Modelinde de bu bağlam da sağlık organizasyonlarının rekabet etmeyi seçtikleri ve hedef kitlelerini oluşturan ana alan sağlık hizmetleri boyutu olarak öne çıkmaktadır. Sağlık sektörünün ana faaliyet alanı tüketicilere/hastalara sağlık hizmeti sunmaktır. Bu bağlamda Verimlilik Karne Modelinde müşteri boyutunun temel ölçütleri içerisinde müşteri tatmini –hasta memnuniyeti- ön plana çıkmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, “Vatandaşların Sağlığını Korumak ve Geliştirmek” misyonu ve “Herkesin Sağlıklı ve Müreffeh Yaşadığı Bir Türkiye” vizyonu çerçevesinde daha çok vatandaşın sağlık hizmetine daha rahat erişiminin sağlanması ve sağlanan hizmetten tüketicilerin/hastaların maksimum tatmininin sağlanması hedeflenmiştir.

Bu bağlamda müşteri boyutunun amacı, tüketici gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Özel sektörde tüketiciler genellikle seçim yapabilmekte iken kamu sektöründe ise tüketiciler çok fazla seçim şansına sahip olamamaktadırlar (Çukurçayır ve Eroğlu, 2014: 44,45,46).

Bütün amaçlar doğrultusunda her ne kadar hizmet sunucusu olarak kamu kesimi olsa da tüketicilere/hastalara seçim yapabilme olanağı oluşturulması için çalışmalar da yapılmıştır. Bu kapsamda hastaların sağlık hizmeti alacağı veya almakta olduğu hekimi serbestçe seçmesine, değiştirmesine, sağlık kurumlarındaki hekimlerin buna uygun poliklinik hizmeti vermesine yönelik tedbirlerin alınmasına ve bu amaçla gerekli hizmet, fizik ve personel altyapısının oluşturulmasına ilişkin usul ve esasları belirlemek amacı ile yasal düzenlemelerde yapılmıştır. “Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge” bu çalışmalara örnek olarak verilebilir.

Verimlilik Karne Modelinde sağlık hizmetlerine iki yönlü bir yaklaşım söz konusudur. Bir yandan hizmetten faydalanan tüketici/hasta odaklı bir yaklaşım söz konusu iken diğer yandan hizmetin üretilmesine ilişkin olarak klinik çalışma açısından yaklaşım söz konusudur. Verimlilik Karne Modelinde göstergelerin belirlenmesinde bu iki ana bakış açısı etken olmuştur. Kurumsal Karnenin/ Verimlilik Karnesi kamu hastanelerinde uygulamasında hasta boyutu diğer tüm boyutları için odak noktası niteliğindedir. Kurumun stratejik hedefleri çerçevesinde göstergelerin belirlenmesinde hasta boyutunda

gelişme yaratacak bir sebep sonuç ilişkisi göz önüne alınmıştır (Karahana ve Özgür, 2009: 66).

Verimlilik Karne Modelinde sağlık hizmetleri boyutunun diğeri önemli ayağı ise klinik çalışma boyutudur. Klinik çalışma boyutu operasyonel süreçleri, hasta yönetimini, yasal zorunlulukları ve sosyal adaleti gözetmeyi kapsar. Ayrıca operasyonel kalitenin artırılmasını ve verimliliğin sürdürülmesini sağlayacak süreçleri içerir.

Klinik çalışma boyutu organizasyonun yöneticilerine süreçlerin gidişatını ve sunulan hizmetlerin hasta memnuniyetini ne oranda karşıladığını gösterebilecek ölçütler sunar. Finansal ve hasta boyutu organizasyonun başarmayı istediği çıktıları tanımlarken klinik çalışma boyutu bu çıktılara nasıl ulaşılacağını gösterir (Karahana ve Özgür, 2009: 67,68).

Kurumsal Karne yaklaşımında geleneksel kavramlar dışında organizasyonlara gelişmiş karar verme ve problem çözme yeteneği kazandırmaktadır. Kurumsal Karne yaklaşımı organizasyonların sürekliliğini sürdürmesi yönünde fırsatlar yaratmaktadır (Kaplan ve Norton, 2005: 11). Bu kapsamda Verimlilik Karne Modeli ile sağlık organizasyonları için klinik çalışmaları boyutunda hasta beklentilerini ölçümleyerek sorunsuz ve tam bir hasta değer zinciri yaratılmasını öngörmektedir.

Sağlık sektörünün en büyük kaynağı insan kaynağı olduğundan sağlık kuruluşlarında çalışan verimliliği ön plandadır. Personelin verimli ve etkin kullanılması kamu sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyetinin artırılmasına katkıda bulunur. Personelin verimli kullanılması ve etkin kullanılması ayrı ifadelerdir. Personelin etkin kullanılması, o personele uzman olduğu dalda verilebilecek işleri ifade eder çünkü personel en iyi bildiği bir görevde yüksek performansla çalışabilir. Personelin verimli kullanılması ise doğru görevde bulunan personelin doğru şekilde çalıştırılmasını ifade eder. Hasta başına maliyet, teşhis başına maliyet, doluluk oranı, teşhis başına harcanan zaman, kaynak kullanımı personel verimliliğinin yansıyabileceği ölçütlerdir (Karahana ve Özgür, 2009: 68).

### 2.2.3.2. İdari Hizmetler Boyutu

Kurumsal Karnede yer alan öğrenme ve gelişme boyutunda öğrenen organizasyonlar bakımından değerlendirmeler yapılabilir. Bu çerçevede organizasyonlar yeni çalışma teknikleri/süreçleri ve yeni teknolojiler bakımından fırsatlar oluşturabilirler.

Yeniliklerin birim zamanda nasıl karşılandığı ve ne tür sonuçlar doğurduğu, süreçleri ve sonuçları izlenerek değerlendirmek olanaklıdır. Kurumsal Karne bu anlamda, işlevsel etkinlik, müşteri, misyon tamamlama ve öğrenen organizasyon temelinde geliştirilmiştir.

Bu dört boyutla birlikte yöneticilerin farklı perspektiflerden örgüte bakmaları sağlanmaktadır. Böylece yöneticiler sadece bir boyuta önem vererek değil, müşterilerle, çalışanlarla, süreçlerle, finansla, öğrenme ve gelişmeyle birlikte bir bütün olarak örgütlerini yönetmeyi hedef edinmektedirler (Estis, 1998: 8,12).

İçsel süreçler perspektifi ölçütleri kurumsal karnenin müşteri perspektifinde belirlenen müşteri değer teklifini temel almalıdır. Müşteri değerinin yaratılmasında kritik öneme sahip süreçler belirlenmeli ve iyileştirilmelidir.

Öğrenme ve büyüme perspektifinde ise değer yaratma sürecinin gerektirdiği organizasyon yapısı ve çalışanlarda aranan nitelikler tespit edilip geliştirilmelidir.

Özellikle kar amacı gütmeyen kurumlarda gönüllülük prensibiyle çalışanların yapılan işe uygun nitelik ve becerilerden yoksun olmaları mümkündür. Ayrıca bu kuruluşlar, kar amaçlı firmaların teknik olanaklarına sahip olmayabilirler. Kurumsal Karnenin uygulanmasında karşılaşılabilecek bir güçlük özellikle kamu kurumlarında değişime açık bir örgüt ikliminin bulunmamasıdır (Karahan ve Özgür, 2009: 68).

Kaplan ve Norton göre bu kurumlarda belirlenen performans hedefleri genel işletme anlayışı içerisinde gerçekçi olmayabilir. Ancak yöneticiler genel etkinliğini sağlamak için işletmenin genel durumunu gözlemlemek ve çeşitli yönlerini izlemek durumundadırlar. Kurumsal Karne sistemi önerdiği yönetsel perspektif ile bu anlamda kamu sektörü için kullanışlı bir araçtır (The Balanced Scorecard – Applying a Private Sector Technique to the Public Sector, 1998: 8).

### 2.2.3.3. Mali Hizmetler Boyutu

Kaplan ve Norton'a göre Kurumsal Karnenin boyutu, sebep- sonuç ilişkileri bağlamında organizasyonun diğer boyutları ile ilişkili olmalıdır. Finansal boyutlardaki bir değişiklik diğer boyutları etkilediği gibi diğer boyutlardaki değişiklikler de finansal boyutu etkilemektedir.

Birçok işletme için gelirlerin artırılması, maliyet ve verimlilikteki gelişmeler, kaynakların daha etkin kullanılması ve risklerin azaltılması Kurumsal Karnede yer alan dört boyut arasında gerekli bağlantıların kurulması için yeterli olmaktadır (Kaplan ve Norton, 2015: 61).

Bu bağlamda finansal göstergeler işletmenin genel stratejisinin ve bu strateji çerçevesinde yürütülen uygulamaların organizasyonun genel gelişimine katkıda bulunup bulunmadığını göstermektedir. Organizasyonun geliri, yatırımın geri dönüş oranı, sermayenin karlılık oranı, birim başı maliyet gibi finansal amaçlara ulaşma derecesi, işletmenin ortaklarına nasıl gözüktüğünü göstermektedir (Yıldız, Kethüda ve Kurutkan, 2013: 95).

Bu anlamda kamu hastanelerinde uygulanan Kurumsal Karne temelli Verimlilik Modelinde yer alan finansal göstergelerden beklenen organizasyonun değerlendirilebilmesi için ortaklar yerine kamu otoritesine yeterli veriyi sağlayabilmesidir. Verimlilik Karne Modeline bakıldığında var olan boyutlar arası ilişki mali hizmetler boyutu ile de geçerlidir. Her ne kadar kamu hastaneleri maliyetlerini Genel Bütçe imkânları çerçevesinde karşılıyor gözükse de gerek personellerine yaptıkları ödemeler gerekse birçok hizmet gerekliliklerini döner sermaye sistemleri finanse etmektedirler.

Genel Bütçe kaynakları; devlet hastanelerinin, hazine finansmanı ile sağlanan gelirlerdir. Döner Sermaye ise 1050 sayılı yasanın 49. maddesi ile Türk Mali Sistemine genel bütçe uygulamasının genellik ve birlik ilkelerinin bir istisnası olarak girmiş ve temel amacın kamu hizmeti görülürken oluşan atıl kapasitenin, ticari piyasa kuralları içerisinde değerlendirilmesidir.

Bu anlamada döner sermayeli işletmelerinin sağlık hizmeti sunumundan sağladığı gelirleri ile bu gelirler ile yaptıkları harcamaları kaydettiği bütçe sistemi "Döner

Sermaye Sistemi” olarak tanımlanmıştır (Kamu Hastane Birliklerinin Finansal Verilerinin Konsiladasyonu, 2015: 1).

Yee- Ching ve Lilian Chan (2004) tarafından da belirtildiği üzere Kurumsal Karnenin finansal boyutu tek başına performans değerlendirmesi için yeterli değildir. Bu durum hem özel sektör hem de kamu sektörü için geçerlidir. Kamu yöneticileri organizasyonda sürekli ve potansiyel verimlilik çerçevesinde finansal olmayan ölçütlerin de kullanılması gerektiğini bilirler. Çünkü finansal ölçüler fonksiyonel verimliliği tanımlamaktadır. Ancak kurumsal verimlilik ve amaçların başarıyla yerine getirilme potansiyeli için yeterli değildir. Diğer boyutlarda yer alan göstergelerin de tamamlayıcı göstergeler olarak kullanılması gereklidir (Ching ve Chan: 213).

Verimlilik Karne Modelinde yer alan mali göstergeler ile diğer boyutlarda ki göstergelerde bu anlamda ilişkili ve birbirini tamamlayıcı niteliktedir. Kamu hastaneleri için döner sermaye ve genel bütçe gelirleri sağlık hizmetinin, doğası gereği artan talep dikkate alındığında, artarak sürdürülebilmesi için önem taşımaktadır. Diğer işletmeler gibi kamu hastaneleri de sürekli olarak kaynak ihtiyacı olan organizasyonlardır ve gelir artışının sağlanması olan sağlık kuruluşları için önemli bir stratejik amaçtır.

Gelir artışının en basit yolu hizmet verilen hasta sayısının artırılması ve sağlık kuruluşu döner sermayesinin etkin bir biçimde yönetilmesiyle oluşur. Hizmet verilen hasta sayısının artırılması için öncelikle kapasitenin artırılması ve verilen hizmet çeşitliliğinin artırılması gerekmektedir. Diğer bir stratejik amaç ise kamu sağlık sektöründe kar maksimizasyonu olamayacağı için kamu hastaneleri için daha uygun bir hedef olan maliyet minimizasyonu yöntemidir (Karahan ve Özgür, 2009: 65).

Kaplan’ın (2001) hastane örnekleri verdiği “Kar Amaçsız Örgütlerde Stratejik Performans Ölçümü ve Yönetimi” isimli makalesine göre örgütler, sınırlı bağışlar, ödeme kuruluşları ve hükümet finansmanı için artan bir rekabetle karşı karşıya kaldıkları için, kar amaçsız örgütlerde de hesap verilebilirlik ve performans ölçümü zorunlu hale gelmiştir. Bu örgütlerin performans ölçüm sistemleri sadece, harcamalar, faaliyet gider oranları gibi finansal ölçümlere odaklanmaktadır (Kaplan, 2001: 353). Bu çerçevede kar amaçsız örgütlerin başarısı, hizmet alanların ihtiyaçlarını ne kadar etkili



ve verimli olarak karşılayabildikleriyle ölçülmelidir. Finansal ölçüler kısıtlayıcı veya seçici rol oynayabilir ancak nadiren öncelikli amaç olmalıdır (Karsavuran, 2013: 15).

#### 2.2.3.4. Yerinde Değerlendirme Boyutu

Kaplan ve Norton'a göre kurum içi süreçler boyutu, yöneticilerin müşteriler ve hissedarların ilgili amaçlarına ulaşmasında en önemli boyuttur. Kurum içi yöntemler boyutunun amaç ve ölçülerinin türetilmesi işlemi Kurumsal Karne ile geleneksel performans ölçüm sistemleri arasındaki en önemli farklılıklardan birini ortaya koymaktadır. Geleneksel ölçüm sistemleri mevcut sorumluluk merkezleri ve bölümlerini kontrol etmek ve geliştirmek üzerine odaklanırken Kurumsal Karne sisteminde finansal ve finansal olmayan yöntemlerle tüm organizasyon yapısının ölçümlenmesi üzerine bir yaklaşım söz konusudur (Kaplan ve Norton, 2015: 117, 118).

Kurumsal Karnenin bir diğer boyutu da kurumsal gelişmeyi sağlayacak amaç ve ölçütlerin oluşturulmasına ilişkin olarak öğrenme ve gelişme boyutudur. Finansal, müşteri ve iç süreçler boyutu ile işletmenin atılım yapabilmesi için gerekli performansa ulaşmasında üstünlük sağlayabileceği alanlar saptanırken öğrenme ve gelişme boyutunda yer alan amaçlar diğer boyutlarda belirlenen yüksek hedeflerin gerçekleşmesi için gerekli altyapıyı sağlamaktadırlar (Kaplan ve Norton, 2015: 153).

Bu bağlamda kamu hastanelerinin kurumsal gelişimini ve iç süreçlerindeki iyileşmeleri tespit edebilmek ve ölçülebilir yöntemler kullanarak sağlık, idari ve mali hizmetler boyutunda değerlendirmek amacı ile Verimlilik Yerinde Değerlendirme sistemi kurulmuş ve yerinde değerlendirmeye ilişkin usul ve esasları belirlemek üzere 26.12.2014 tarihli ve 376 sayılı “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge” yayımlanmıştır.

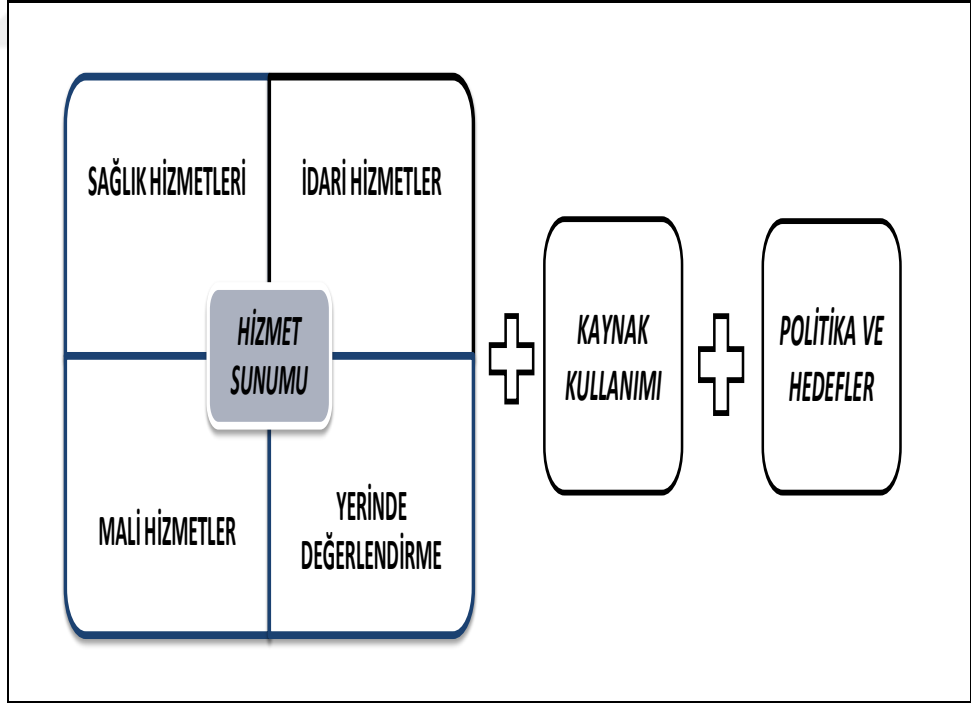
Verimlilik Yerinde Değerlendirme tek başına Kurumsal Karnenin bir boyutu ile değil tüm boyutları ile ilişkilidir. Sağlık hizmetinin kalite ve verimliliğinin artırılması, sürekliliğinin sağlanması, sağlık hizmeti sunumundan duyulan memnuniyetin bir üst düzeye çıkarılması ve etkin sağlık yönetimi için yöneticilerin performansının değerlendirilmesi amacıyla yerinde değerlendirmeler yapılmaktadır (TKHK, Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı, 2015: 8).

## 2.3. Verimlilik Karne Modelinin Analizi

### 2.3.1. Temel Değerlendirme Metodolojisi

Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısında yapılan değişiklikler ve yasal düzenlemelerin sonrasında Kamu Hastane Birliklerinin ve yöneticilerinin kaynak kullanımı ve hizmet sunumunun etkinlik ve verimliliğini değerlendirmek üzere Dengeli Kurumsal Karne Modelinden yola çıkarak Verimlilik Karne uygulamasına başlamıştır (Çukurova, Akın ve Koçatakan, 2015: 5).

TKHK çatısı altında iller düzeyindeki örgütsel yapılanma Kasım 2012 itibari ile gerçekleşmiştir. Bu yapı içerisinde yer alan kurumların ve sözleşmeli yöneticilerin performansının ölçülebilmesi için birincil ve ikincil kaynak veriler kullanılarak hastanelerin stratejik yönetim aracı olarak kullanabileceği Kurumsal Karne boyutları ve her bir boyutta yer alan amaçlar belirlenmiştir. Öncelikle bir vizyon çalışması yapılarak temel stratejiler belirlenmiş, kritik başarı faktörleri ve değerlendirme indikatörleri saptanmıştır.



Şekil 11. KHB Değerlendirme Sistematığı

Belirlenen değerlendirme kriterlerini tanımlamak üzere gösterge kartları oluşturulmuştur. Gösterge kartlarında Metot Analiz Anahtarı (5N-1K) yöntemi ile indikatörlerin adı, amacı, hesaplama yöntemi, veri kaynakları, hesaplanma aralıkları ve hangi boyut çerçevesinde değerlendirildiği belirtilmiştir.

İndikatörler hesaplanırken yöntem olarak ağırlıklı olarak Oran (Rasyo) Analizinden faydalanılmıştır. Oran analizi yöntemi tek girdi ve tek çıktı ile sınırlı olan bir ölçümleme sağladığından performansla ilgili boyutlara ilişkin sadece bir alanı değerlendirir.

Bu nedenle bir yönetim alanına ilişkin pek çok iş ve işlemlerden en temel olanlar gösterge olarak belirlenmiş ve her biri için değerlendirmeyi sağlayan ayrı oranlar hesaplanmıştır. Ancak değerlendirme yapılırken puanlama yapabilmek için bulunan bu oranın başka bir referans değerle karşılaştırılması gerekir. Bu noktada puanlama yapılırken referans değer olarak ya bir hedef değerle ya da benzer yapıdaki sağlık tesislerinin ortalaması ile kıyaslanmaktadır. Bu noktada hastanelerin sınıflandırılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Sınıflama yapılırken Kümeleme Analizi kullanılmıştır. Böylelikle genel hastaneler 25 gruba ayrılmıştır (Gören, 2015: 26-30).

Bazı göstergeler puanlanırken hedef değere yakınlık veya uzaklık esas alınırken, diğer bir grup için ise sınıf ortalamasına göre sağlık tesisinin durumu ölçülmüştür. Sağlık hizmetleri boyutundaki göstergelerden bazıları için puanlama yapılırken hastanenin ilgili dönemdeki mevcut durumunun yanı sıra bir önceki yıla göre gelişimi, başka bir ifade ile değişimi (trend) de değerlendirmeye dâhil edilir.

Yerinde değerlendirme boyutu kapsamında ise sağlık tesisi, ilgili dönem içinde TKHK tarafından görevlendirilen profesyonellerce ziyaret edilerek 17 alanda, 282 soru ve 933 unsura göre belirlenmiş standartlar ve mevzuatlar çerçevesinde gözlemlenerek puanlanır.

Kurumsal karne modeli temel alınarak TKHK tarafından hazırlanan “Verimlilik Karne Modelinde” uygulamada sağlık tesisi ve KHB’lerin performans değerlendirmesi için “Sağlık Tesisi Karnesi” ve “Birlik Karnesi” olarak adlandırılan iki karne hazırlanmaktadır.

### 2.3.2. Sağlık Tesisi Karnesi ve Puanlama Yöntemi

Kurumsal Karne Modelinde önemli amaçlardan biri sağlık tesisi performansını doğru ölçebilmektir. Bu çerçevede oluşturulan göstergelerin yanı sıra doğru bir hesaplama sistemi de gereklidir. Puan kartı oluşturulması performansı ölçmekte bir genişlik sağlarken alanlar arasında etkileşimde dikkate alınmalıdır. Örneğin sağlık hizmetleri alanında yapılan değişiklik mali alanda maliyet olarak karşımıza çıkabilmektedir (Hwa, Sharpe ve Wachter, 2013: 148).

Bu amaçla düzenlenen Verimlilik Karnesi, Türkiye Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastaneler ile ağız ve diş sağlığı hizmeti veren sağlık tesislerine düzenlenir.

TKHK'na bağlı olarak İstanbul'da 6, Ankara'da 3, İzmir'de 2, diğer illerde ise birer olmak üzere toplam 89 birlik bulunmaktadır. Bu birlikler bünyesinde 2014 yılı sonu itibari ile 701 hastane, 137 ADSM ve 6 ADSH hizmet vermektedir (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, 2015: 35).

Kurumsal Karne Modeli temel alınarak oluşturulan Verimlilik Karnesi Modeli ile bir sağlık tesisi karne puanı hesaplama algoritması oluşturulmuştur. Bu algoritma ile sağlık tesislerinin performanslarının görünür hale getirilmesi amaçlanmıştır. Ağırlık ise fiilen hizmeti üreten ve sunan alanlara verilmiştir. Tablo 9 da Sağlık Hizmetleri Boyutunu oluşturan bileşenlerin gösterge sayıları, toplam puanları ve yüzdelik dilemleri sunulmuş ve 7 bileşen kriter sayıları, puan ve yüzdelik dilim olarak kıyaslanmıştır.

**Tablo 9**  
**Sağlık Hizmeti Bileşenleri**

	<b>BOYUT</b>	<b>KRİTER SAYISI</b>	<b>TOPLAM PUAN</b>	<b>%</b>
1	Acil Servis Hizmetleri	<b>9</b>	<b>400</b>	<b>20</b>
2	Poliklinik Hizmetleri	<b>6</b>	<b>250</b>	<b>12,5</b>
3	Yataklı Servis Hizmetleri	<b>7</b>	<b>400</b>	<b>20</b>
4	Yoğun Hizmetleri	<b>6</b>	<b>350</b>	<b>17,5</b>
5	Ameliyathane ve Doğum Hizmetleri	<b>6</b>	<b>300</b>	<b>15</b>
6	Laboratuvar ve Görüntüleme Hizmetleri	<b>3</b>	<b>200</b>	<b>10</b>
7	Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>5</b>
	<b>TOPLAMLAR</b>	<b>40</b>	<b>2000</b>	<b>100</b>

Tablo 10 da Verimlilik Karnesinin sağlık hizmeti boyutunda yer alan sağlık verilmiştir.

**Tablo 10**  
**Sağlık Hizmeti Göstergeleri**

Bölüm	Gösterge Adı
<b>Acil Servis Hizmetleri (Ash)</b>	Acil servis müracaat yoğunluğu
	Acilden sevk edilen hasta oranı
	Acilden yatışı verilen hasta bekleme süresi
	Acil etkinlik skoru
	Acil servis vaka karması
	Acil servisin almış olduğu sevk oranı
	Acil servis mortalite hızı
	Acil servis hasta memnuniyet oranı
<b>Poliklinik Hizmetleri (Ph)</b>	Acil servise 24 saat içinde tekrar başvuran hasta oranı
	Merkezi hastane randevu sistemi (MHRS) kullanımı
	Poliklinik etkinlik skoru
	Klinisyen Hekim başına düşen günlük hasta sayısı
	Hasta yatışları
	Ayaktan hasta memnuniyet oranı
<b>Yataklı Servis Hizmetleri (Ysh)</b>	Hastaların ortalama muayene bekleme süresi
	Acilden Yatan Hasta Oranı
	Yatak kullanımı
	Yataklı servis Vaka Karması
	Yataklı servis mortalite hızı
	Diz ve kalça protezinde re-operasyon hızı
	Yataklı servis etkinlik skoru
Yatan hasta memnuniyet oranı	
<b>Yoğun Bakım Hizmetleri (Ybh)</b>	Beyin Ölümü Bildirim Oranı
	Yoğun bakım yatak kullanımı
	Yoğun bakım enfeksiyon puanı
	Yoğun bakım etkinlik Skoru
	Yoğun bakım kaba mortalite hızı
<b>Ameliyathane ve Doğum Hizmetleri (Adh)</b>	Yoğun bakım vaka karması
	Ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı
	Ameliyat etkinlik skoru
	Sezaryen Oranı
	Ameliyat sonrası ortalama kalış gün sayısı
	Anne ölüm sayısı
<b>Laboratuvar Ve Görüntüleme Hizmetleri (Lgh)</b>	Bebek ölüm sayısı
	Laboratuvar bekleme süresi
	Görüntüleme bekleme ve sonuç verme süreleri
<b>Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetleri (Sağlık Tesisleri Diş Poliklinikleri )</b>	Görüntüleme tetkiki istem oranı
	Kanal tedavisi oranı
	Diş çekim oranı
	Flor uygulama oranı
	Fissur ve pit örtücü oranı
Aktif diş hekimine diş üniti temin oranı	

Verimlilik Karnesi yaklaşımının diğer iki bileşeni Mali Hizmetler ve İdari Hizmetler ile ilgili boyutlardır. Tablo 11 de Mali Hizmetler ve Tablo 12 de İdari Hizmetlere ait göstergeler verilmiştir.

**Tablo 11**  
**Mali Hizmet Göstergeleri**

Adı
Toplam tahakkuk geliri / Toplam gider
Net borç / Net hizmet tahakkuk tutarı
Gelir bütçesi gerçekleşme oranı
Gider bütçesi gerçekleşme oranı
Borçluluk süresi
Tahakkukların muhasebeleştirilme süresi
Mevcut stok tutarı / Aylık ortalama tüketim tutarı
TDMS-MKYS stok, amortisman hesapları uyumu
Global bütçe dışı diğer tahsilat / Global bütçe dışı diğer tahakkuk
Finansal Sürdürülebilirlik

**Tablo 12**  
**İdari Hizmet Göstergeleri**

<b>Adı</b>
Hizmet içi Eğitimler
Sertifikalı çalışan durumu
Uzmanlık Eğitim Faaliyetlerine Katkı puanı
Sertifikalı Eğitim Merkezi Olma Durumu
Klinikte bakım hizmetinde çalışan yardımcı sağlık personeli oranı
Çalışan memnuniyeti oranı
Aktif çalışan dış hekimi başına klinikte çalışan yardımcı personel oranı
Sağlık Bilgi Sistemlerine entegrasyon ve veri gönderimi
Yatak Başına Üretilen Tıbbi Atık Miktarı
Ek ödeme dağıtım oranı

Verimlilik Karnesi ve bu karnenin merkezde yer aldığı TKHK performans değerlendirme sisteminin diğer önemli bileşeni ise üç boyutun ilgili hastanede uygulamasına dönük “Yerinde Değerlendirme” dir.

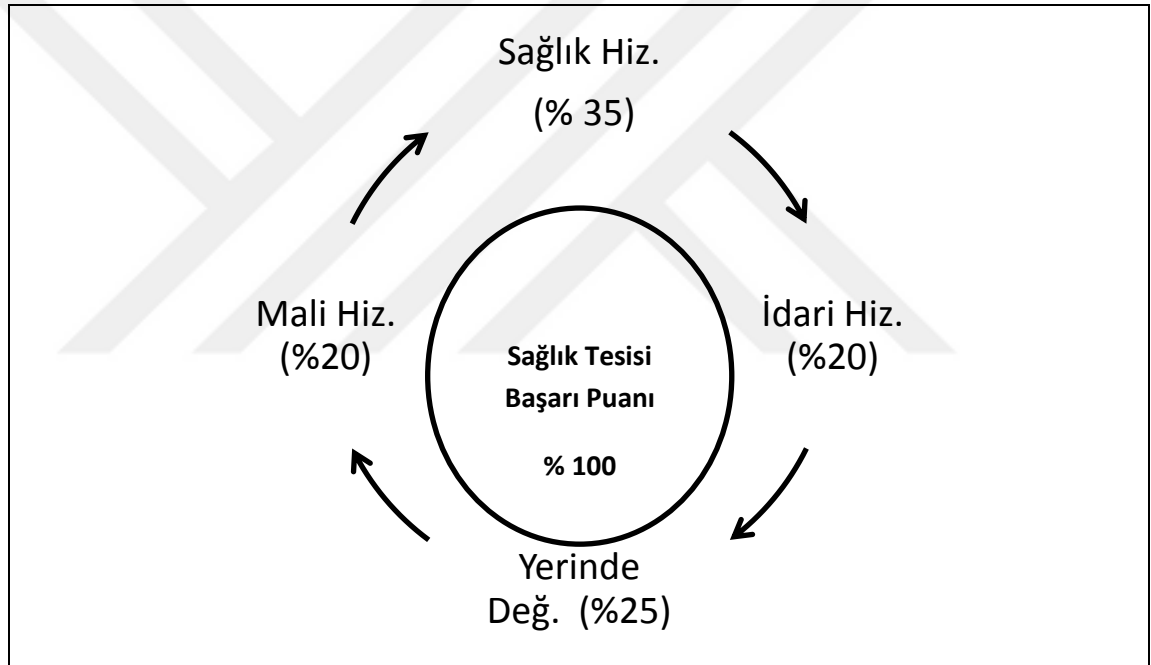
Bu boyut kapsamında TKHK tarafından belirlenmiş mevzuat ve standartlara göre profesyonellerden oluşan gözlemci ekip tarafından sağlık tesisinin dönem içinde ziyaret edilerek yürütülen iş ve işlemlerin yerinde, anlık durumu tespit edilmektedir.

Değerlendirme sonrasında gözlemci ekip tarafından doldurulan rapor doğrultusunda Yerinde Değerlendirme puanı ortaya çıkmaktadır.

**Tablo 13**  
**Yerinde Değerlendirme Göstergeleri**

Gösterge Adı	Puanı
Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Soru Listesine göre gözlemciler tarafından yapılan değerlendirme	900
Mali Gözlemciler tarafından yapılan yerinde değerlendirme	100

Verimlilik Karne Modeli kapsamında oluşturulan sistemde, sağlık tesislerinin başarı puanlarının hesaplanabilmesi için bir algoritma oluşturulmuştur.



**Şekil 12.** Sağlık Tesisi Başarı Puanı Hesaplama

Sağlık tesislerinde sunulan hizmetler farklı ağırlıklandırılmış ve temel hizmet alanı olan sağlık hizmetleri 2000 puan olmak üzere idari hizmetler 1000, mali hizmetler 1000 ve yerinde değerlendirme boyutu 1000 puan üzerinden değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Her bir boyut belli oranda sağlık tesisi başarı puanına etki eder. Ortaya çıkan sağlık tesisi başarı puanı, hastanenin değerlendirme dönemi içindeki performansını ortaya koyar.

### 2.3.3. Birlik Karnesi ve Puanlama Yöntemi

TKHK bünyesinde sağlık tesislerinin yöneten KHB lerin performans değerlendirme sistemi Verimlilik Karnesini oluşturan 3 bileşenden elde edilen puan ve birlik düzeyindeki hedeflerden oluşan bütüncül bir sistemdir.

TKHK tarafından Kurumsal Karne Modeli esas alınarak geliştirilen Verimlilik Karnesi sağlık hizmeti, idari ve mali özellikli ilk üç bileşeni karnenin ana bileşenlerini oluşturmakta; 4. bileşen ise bu üç bileşenin genel sekreterlik ve ona bağlı hastanelerin özellikli ve müşterek sağlık hizmetleri kapsamındaki belirlenmiş stratejik hedeflerle çıktılarının karşılaştırılmasını içermektedir.

Birlik hedefleri bünyesinde değerlendirmeye 20 gösterge dâhil edilir. Göstergelerde Bakanlığın özellikli planlama gerektiren sağlık hizmeti sunumunda eylem planını ortaya koyan 2011-2013 hedefleri esas alınarak karne dönemi sonu mevcut durum ile ilgili dönem hedefi karşılaştırılarak puanlama yapılır (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011: 8-9).

**Tablo 14**  
**Birlik Hedefi Göstergeleri**

Gösterge Adı
Yoğun Bakım Planlaması
Yanık Tedavi Hizmetleri Planlaması
KVC Planlaması
Robotik Cerrahi Planlaması
Onkoloji Tanı ve Tedavi Planlaması
Kapsamlı Onkoloji Merkezi Planlaması
Kemoterapi Planlaması
Radyoterapi Planlaması
Nükleer Tıp Planlaması
Perinatal Merkez Planlaması
Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezi Planlaması
Robotik Yürüme Planlaması
Rop Tanı Tedavi Merkezi Planlaması
Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Planlaması
Evde Sağlık Hizmetleri Planlaması
AMATEM ve ÇEMATEM Planlaması
Çocuk İzlem Merkezi Planlaması
Ruh Sağlığı Yatak Planlaması
Palyatif Bakım Hizmetleri Planlaması



KHB puanlaması yapılırken birliğe bağlı sağlık tesislerinin tıbbi, idari ve mali alandaki puanlarının ağırlıklandırılmasından elde edilen puanla, birlik hedeflerinin değerlendirme sonuçları belli oranda eklenir.

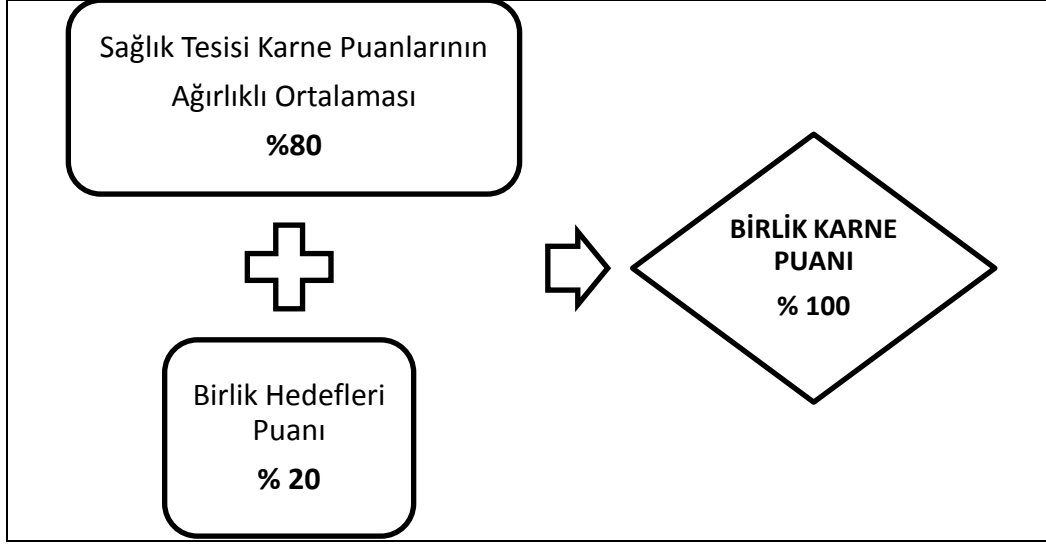
Verimlilik Karnesinin 3 boyutunun oluşturulmasında temel yaklaşım biçimi TKHK genel sekreterlik organizasyon yapısını oluşturan üç başkanlık olan Tıbbi, Mali ve İdari Hizmetler Başkanlıklarının faaliyet alanlarıdır.

Birliğe bağlı sağlık tesislerinin puanlarının ortalaması alınırken sağlık tesislerinin kurumsal kapasite ve çıktılarına göre ağırlıklandırılır. Ağırlık katsayısı belirlenirken, sağlık tesislerinin kaynak ve çıktılarına göre sağlık tesisinin büyüklüğüne göre TKHK tarafından belirlenen hizmet rolleri esas alınır.

**Tablo 15**  
**Verimlilik Karnesi Sağlık Tesisi Ağırlık Katsayıları**

Sağlık Tesisi Rolü	Ağırlık Katsayısı
A1	6
A1-Dal	5,5
A2	5
A2-Dal	4,5
B	4
C	3
D	2
E1	1
ADSH	1,5
ADSM	1

Ağırlıklı puanın %80'i ile birlik hedeflerinden elde edilen puanın %20'si toplanarak birlik karne puanı elde edilmektedir.



**Şekil 13.** KHB Karne Puanı Hesaplama

#### 2.3.4 Karnelerin Değerlendirme Kriterleri

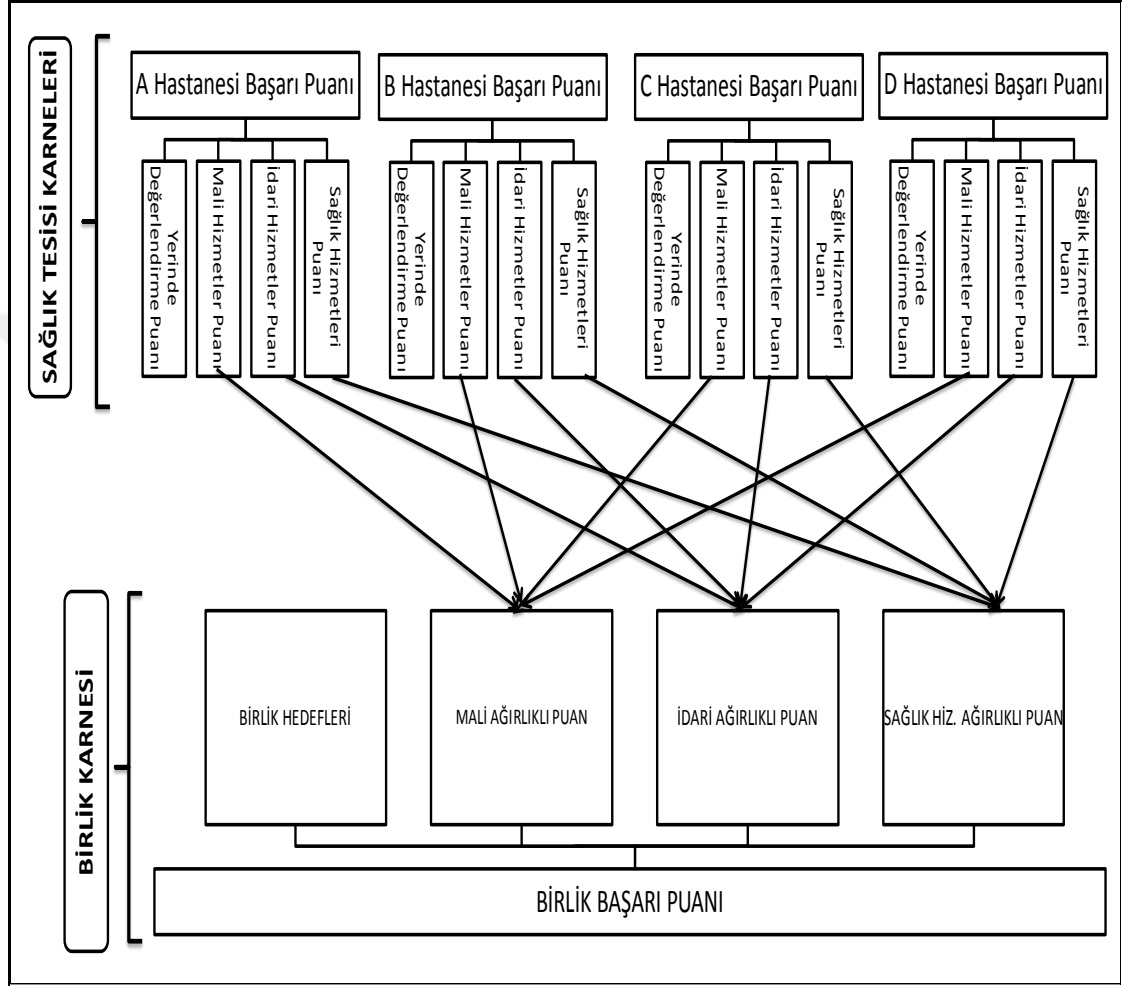
TKHK'ya bağlı olarak İstanbul'da 6, Ankara'da 3, İzmir'de 2, diğer illerde ise birer olmak üzere 89 birlik bulunmaktadır. Bu birlikler ve sağlık tesisleri; birlik hedefleri ile kriter grupları yönlerinden altı aylık ve yıllık sürelerle, toplanan ve gözlem sonucu elde edilen verilerden değerlendirmeye tabi tutulmaktadır.

Kurumsal performans değişimine göre sözleşmeli yöneticilerin performansları da değerlendirilmekte ve birlik, sağlık tesisleri ve birlik yöneticileri için karne hazırlanmaktadır. Karne sonucunda belirlenen puanlar; birlik, sağlık tesisleri ve birlik yöneticilerinin başarı grubunun belirlenmesinde kullanılır. Karne puanları dikkate alınarak birlik ve sağlık tesisleri için Tablo 12 de yer alan puan aralıkları kullanılarak (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde başarı grupları belirlenmiştir.

**Tablo 16**  
**Verimlilik Karnesi Başarı Grupları**

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

Birlik çatısı altında sözleşmeli olarak görev yapan Genel Sekreter ve Başkanların performansı, bağlı hastanelerin karne başarı puanları ile birlik için Bakanlık tarafından belirlenmiş olan bazı alanlardaki hedeflerin gerçekleşme durumuna göre değerlendirilir.



**Şekil 14. KHB Verimlilik Karnesi Hesaplama Algoritması**

Bu değerlendirme sonuçları ile bağlantılı olarak 663 sayılı KHK hükümlerine göre sözleşme ile görev yapan yönetim kademelerinin sözleşmelerinin devamı veya iptali yönünde karar verilmekte ve görevlerine devam edip etmeyecekleri TKHK tarafından belirlenmektedir. TKHK performans değerlendirme sistemi ile sağlık kurumlarını bir üst başarı sınıfına çıkmaları için “Verimlilik Karnesi” bileşenlerine uyuma zorlamaktadır (Uçkun ve Şahin, 2016: 380).

Sözleşmeli statüsündeki sağlık tesisi yöneticileri ile KHB yöneticilerinin performansları sözleşme dönemleri itibari ile izlenmektedir. 10.12.2014 tarih ve 29201 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan “Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği”nin 8 inci maddesinde sözleşmeli yöneticilerin hangi hallerde görevine son verileceğini belirtmiştir. Buna göre Verimlilik Karnelerinde yer alan başarı gruplarına göre sağlık tesisi yöneticilerin;

1. Karne başarı grubunun düşmesi,
2. Sözleşme başlangıcında karne başarı grubu (D) olan bir sağlık tesisi devralınması halinde üçüncü değerlendirmede bir üst başarı grubuna çıkamaması,
3. Sözleşme başlangıcında karne başarı grubu (E) olan bir sağlık tesisi devralınması halinde ise ikinci değerlendirmede bir üst başarı grubuna çıkamaması halinde sözleşmelerine son verilir.

Benzer bir değerlendirme KHB sözleşmeli yöneticileri için de tanımlanmıştır. TKHK tarafından yapılan performans değerlendirme sonuçlarına göre birliğin;

1. Karne başarı grubunun düşmesi,
2. Sözleşme başlangıcında karne başarı grubu (D) olan bir sağlık tesisi devralınması halinde üçüncü değerlendirmede bir üst başarı grubuna çıkamaması,
3. Sözleşme başlangıcında karne başarı grubu (E) olan bir sağlık tesisi devralınması halinde ise ikinci değerlendirmede bir üst başarı grubuna çıkamaması
4. Bünyesindeki sağlık tesislerinden birinin ardarda yapılan iki değerlendirmede de başarı grubunun düşmesi,
5. Bünyesindeki (E) grubu olarak devralınan sağlık tesisinin ikinci değerlendirmede bir üst gruba çıkamaması durumunda KHB yöneticilerinin görevine son verilir.

## 2.4. Seçilmiş Sağlık Tesisi Performans Göstergeleri

### 2.4.1. Sağlık Hizmetleri Göstergeleri

#### 2.4.1.1. Acil Servis Müracaat Yoğunluğu

Hastanelere başvurular poliklinikten veya acil servislerden yapılmaktadır. Acil servislere uygun şekilde başvuru yapılmaması ve poliklinikler gibi kullanılmasından dolayı başvuran kişilerin acillik derecelerine göre sıralanması ve tıbbi yönden acil müdahale gerektiren vakalara öncelik verilmesi amacıyla 2009 yılında triaj uygulaması başlatılmıştır. Triaj uygulaması acile başvuran hastaların önceliklerini belirleyerek bekleyemeyecek durumda olanları tespit etmek ve hastaları geliş sırasına göre değil, durumlarının aciliyet seviyesine göre kabul etmektir (Arslanhan, 2010: 5).

Triaj uygulamasında acil servis hastaları yeşil, sarı ve kırmızı alan olmak üzere 3 gruba ayrılır ve bunlar içinde aciliyet seviyesi en düşük olan hasta grubu yeşil alanda tanımlanan hastalardır. Kaynakların doğru planlanması ve hizmet verimliliğinin artırılması amacıyla acil servis müracaat oranını izlemek ve acil başvurular içindeki yeşil alan hasta muayene oranını değerlendirmek gerekmektedir.

Müracaat yoğunluğunu değerlendirmek üzere 2 oran hesaplanır:

$$\text{Acil Müracaat Oranı} = \frac{\text{Acil servise yapılan toplam başvuru sayısı}}{\text{Sağlık tesisine yapılan toplam başvuru sayısı}}$$

$$\text{Yeşil Alan Müracaat Oranı} = \frac{\text{Acil servis yeşil alan müracaat sayısı}}{\text{Acil servise yapılan toplam başvuru sayısı}}$$

Puanlama için öncelikle acil müracaat oranı değerlendirilir. Acil müracaat oranı %40'ın üzerinde olması halinde bu indikatörden puan alınmaz. Acil müracaat oranı %40'ın altında olduğu durumlarda da ikinci değerlendirme ölçütü olarak yeşil alan müracaat oranı kullanılır. Puanlama için hastanenin yeşil alan müracaat oranı değeri, benzer hastanelerin yer aldığı hizmet sınıfındaki hastanelerin ortalaması ile karşılaştırılır ve gösterge kartında belirtilen kurallar çerçevesinde hesaplanır.

#### 2.4.1.2. Acil Servis Hasta Memnuniyet Oranı

Sağlık hizmetlerinin temel hedeflerinden biri hizmet kalitesinin artırılması, hastaların memnuniyet düzeylerinin yükseltilmesidir. Sağlık sektöründe yaşanan gelişim ve değişim beraberinde hizmet kalitesinin önemini artırmaktadır. Özellikle müşteri odaklı pazarlamanın daha çok uygulama alanı bulmasıyla birlikte birçok kuruluş çeşitli girişimlerde bulunarak hizmet kalitelerini yükseltmeyi amaçlamaktadırlar. Kamu sağlık kuruluşları da bu trendden etkilenmektedirler.

Müşteri memnuniyetini sağlamayı hedef edinmek ve başarmak uzun dönemli örgütsel başarı sağlanmasında en önemli etkenlerden biridir. Günümüzde pazarlamada başarıya ulaşmanın iki önemli boyutu müşterilere kaliteli hizmet sunma ve alınan mal ve hizmetten memnuniyeti en üst düzeye çıkarmaktır. Bu süreçte müşterilerin kalite algulamalarının sürekli olarak ölçülmesi gerekmektedir. Hastane hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesini belirleyen boyutları ortaya çıkarmak amacı doğrultusunda birçok çalışma yürütülmektedir (Yağcı ve Duman, 2006: 219).

Memnuniyet anketleri, sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan ve hizmet sunan kişilerin önerilerinin dikkate alınması, şikâyetlerinin giderilmesi, en iyi hizmeti sunma hedeflerinin ortaya konulması noktasında kalite geliştirme faaliyetlerinin vazgeçilmez bir unsurudur. Memnuniyet anketleri organizasyonel ve profesyonel performansı değerlendirmede önemli bir araçtır ( Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015: 7).

Hasta memnuniyet anketleri sağlık tesislerindeki hizmet alanlarına göre Acil servis hasta memnuniyeti Ayaktan hasta memnuniyeti Yatan hasta memnuniyeti olmak üzere 3 farklı hasta grubu için uygulanmaktadır.

TKHK tarafından uygulanan Verimlilik Karnesinde yukarıda tanımlanan her bir alana ilişkin göstergeler tanımlanmıştır. Acil servis hasta memnuniyet anketi olarak standart bir anket formu kullanılır.

### *Acil Servis Hasta Memnuniyet Anketi*

Aşağıda yer alan soruları gerçekçi bir şekilde yanıtlamanız, kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemiz için büyük önem taşımaktadır. Sizden beklenen, verilen cümleler konusundaki kanaatinizi, Evet, Biraz/Kısmen ve Hayır ifadeleri arasından size en yakın gelen seçeneği belirterek bildirmenizdir. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerimizi iletiriz.

**Kurum Yöneticisi**

Kişisel Bilgiler:

Cinsiyetiniz: ( )Kadın ( )Erkek

Ait olduğunuz yaş kategorisini belirtiniz.

( ) 20'nin altında ( ) 20-29 ( ) 30-39  
( ) 40-49 ( ) 50-59 ( ) 60 üstü

Eğitim durumunuzu belirtiniz.

( )Okuryazar değil ( )Okuryazar ( )İlkokul  
( )Ortaokul ( )Lise ( )Üniversite  
( )Yüksek Lisans ( )Doktora

	Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyerek belirtiniz (x).	Evet	Biraz/ Kısmen	Hayır
1	Hastanede bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi.			
2	Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti genel olarak iyiydi.			
3	Bekleme salonları rahattı.			
4	Tüm personel bana karşı ilgiliydi.			
5	Acil servis çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.			
6	Beni muayene eden doktor hastalığım ile ilgili bana bilgi verdi.			
7	İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım.			
8	Acil servis genel olarak temizdi.			
9	Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.			
10	Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.			

Varsa görüş, önerileriniz.

**Kaynak:** Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi (Versiyon-2.0; Revizyon-00)", Ankara, (2015), s. 14

Anket her ay sağlık tesisi yatak kapasitesine göre belirlenmiş asgari sayıdaki hastaya uygulanır. Karne dönemi içinde uygulanan anketlerdeki verilere göre acil servis hasta memnuniyet oranı hesaplanır.

Puanlamada temel hedef acil servis hasta memnuniyet oranının mümkün olduğu kadar yüksek olması ve %75'in altına inmemesidir. Memnuniyet oranı %75'in altında olması halinde sağlık tesisi bu göstergeden puan alamaz.

#### 2.4.1.3. Hastaların Ortalama Muayene Bekleme Süresi

Poliklinikler sağlık tesislerinde başvuruların ağırlıklı olarak yapıldığı hizmet alanıdır. Sağlık tesislerinde polikliniğe başvuran hastaların muayene öncesinde bekleme sürelerinin kısalması, işlemlerin yalın hale getirilmesi, süreçlerin basitleştirilmesi hasta ve çalışan memnuniyetini artıran önemli bir etkindir (Uğuz, 2015: 17).

Bekleme süreleri hastaların hizmete erişiminde büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde son yıllarda yapılan düzenlemelerle önemli iyileştirmeler yaşanmıştır. Uluslararası alanda ise konuyla ilgili çalışmalar daha erken dönemde başlamıştır. Örneğin İsveç'te 1992 yılında yapılan bir çalışma ile bekleme süreleri tıbbi sonuçları ve maliyetleri üzerinde etkisi incelenmiş ve bekleme sürelerinin kısaltılması ulusal sağlık politikalarında bir bileşen olarak yer almıştır.

Uygulamaya bakıldığında bekleme süreleri ölçmenin birçok yolu olduğu görülmektedir. Her ne kadar metodolojik farklılıklar, bekleme sürelerinin ölümü konusunda tartışmalara yol açsa da temel yaklaşım hastanın kuruma girişi ile hizmete erişimi arasında geçen ortalama süreyi ölçmektir (Srman, 2011: 7, 8).

Verimlilik Karne Modelinde her hasta başvurusu için aşağıdaki süre hesaplaması yapılır.

$$\text{Muayene Bekleme Süresi} = \text{Muayene saati} - \text{Başvuru saati}$$

İlgili dönem içinde polikliniğe başvuran tüm hastaların bekleme sürelerinin ortalaması hesaplanır ve hedef süre olan 15 dakikanın altında ise tam puan verilir. Eğer ortalama bekleme süresi 15 dakikadan fazla ise 1 saate kadar azalarak puanlandırılır. 1 saatin üzerindeki bekleme süreleri için puan verilmez.



#### 2.4.1.4. Yatak Kullanımı

Günümüzde birçok birey için “hastane” kavramı sağlık hizmetine ulaşabileceği kurumları temsil etmekte ve modern sağlık sistemini sembolize etmektedir. Hastane kavramından da süreli hasta bakımının yapıldığı “yataklı” tedavi kurumları algılanmaktadır. Ancak birçok ülkede, hastane tanımlaması ayaktan tanı ve tedavi gibi farklı unsurlarda içermektedir.

Bu nokta da ise hastane yatağı nedir ve yatak kapasitesinden ne anlamalıyız sorusu gündeme gelmektedir. Yatak kapasitesi ile kastedilen nedir? Cevabı basit görünse de uygulamaya bakıldığında tek bir cevaba ulaşmak imkânsız olmaktadır.

Birçok sistemde hasta yatağı sağlık kurumlarında kapasite ölçüm aracı olarak kullanılmaktadır. Ancak burada kastedilen sadece yatağın mobilya yönü değildir. Bir hasta yatağı, tedavi amaçlı tesisin bakım yeteneğini de gösterir. Bu anlamda hasta yatağının aktif olabilmesi için uygun altyapı, profesyonel eğitimli personel, donanım ve ilaç ve diğer unsurlarında sağlanması gerekir.

Ayrıca branşları göre donanım gereksinimi de farklılık gösterebilir. Örneğin bir inme sonrası rehabilitasyon yatağı farklı, çoklu organ yetmezliği olan bir hasta için farklı, diyaliz için farklı donanımlar gerekir.

Sağlık kuruluşlarında mobilya olarak yatak olan ancak kullanım amacı ve donanımları nedeniyle hasta yatağı sayılmayan yataklarda bulunmaktadır. Bular refakatçi yatakları, anne uyum odalarında ki yataklar, personele ait yataklardır (McKee, 2003: 1,2).

Verimlilik Karnesi Modelinde de hastanelerin kurumsal kapasitesini belirlemede önemli ölçütlerden biri hastane yatak sayısıdır. Yatak sayısı, aynı zamanda hastanede görev alacak hekim sayısı ve branşlara göre dağılımı, hekim dışı sağlık çalışanı ve diğer personel sayıları, sunulacak hizmetler ve bu hizmetlere uygun teknolojik altyapının, makine ve teçhizatın belirlenmesi açısından da belirleyici bir unsurdur.

Performans değerlendirmesi açısından düşünüldüğünde sağlık tesislerinin mevcut hasta yataklarını nasıl kullandığı, atıl kapasite oluşup oluşmadığı önemlidir. Aynı zamanda yapılacak bu değerlendirme ülke genelinde kaynakların yeterliliğini ve dağılımını

ölçmek açısından iyi bir geri bildirim aracıdır. Bu nedenle yatak kullanımını göstergesi başlığı altında 2 ayrı hesaplama yapılır:

1. Yatak doluluk oranı
2. Yatak devir hızı

Yatak doluluk oranı hastane yataklarının kullanım oranını gösterir. Sağlık tesisinin yatak kapasitesinin çok altında ya da çok üstünde çalışması halinde yatak sayısının gözden geçirilmesi gibi stratejik kararların alınmasına dayanak sağlar.

Hastanenin büyüklüğü ile yatak doluluk oranı ve yatak devir hızı arasında bir ilişki bulunmaktadır. Büyük hastanelerde genellikle yatak doluluk oranı yüksektir. Bu hastanelerde genel durumu ağır, tedavi süresi uzun ve maliyetleri yüksek olan hasta grubuna hizmet verilir. Bu hastanelerde yatış süresi uzun olduğu için yatak devir hızı düşüktür.

Küçük yatak kapasiteli hastanelerde ise yatak doluluk oranı daha düşük seyreder. 2. basamak hastaneler içinde yer alan bu sağlık tesislerinde yatış süreleri daha düşük seyreder. Az sayıda hasta yatırıldığı için bu da yatak devir hızını etkiler (Yiğit ve Ağırbaş, 2004: 143-144).

Yatak Doluluk Oranı hesaplaması yapılırken hasta yatışlarının yapıldığı klinik yatakları esas alınır, yoğun bakımlar değerlendirmeye alınmaz.

*Yatak Doluluk Oranı*

$$= \frac{\text{Toplam yatılan gün sayısı (yoğun bakım hariç)}}{\text{Dönemdeki gün sayısı * Tescilli yatak sayısı (yoğun bakım hariç)}} * 100$$

Puanlama yapılırken bulunan oran hedef ile karşılaştırılır. Yatak doluluk oranının %75'in altında veya %95'in üstünde olmaması hedeflenir. Bir yıllık dönem için %75 yatak doluluğunun altında olunması sağlık tesisinin atıl yatak kapasitesi ile hizmet verdiğini ortaya koyar.

Yatak doluluk oranının %95 üstünde olması ise acil hallerde toplu yatış gerektiren olağan dışı bir olayın gerçekleşmesi durumunda yeterli yatağın olmayacağı, başka bir

ifade ile yetersiz kapasiteyi işaret eder. Her iki halde de sağlık tesisinin yatak kapasitesi gözden geçirilmelidir.

Yatak devir hızı belli bir dönem içinde bir yatağın kaç hasta tarafından kullanıldığını gösterir. Hesaplama yapılırken yoğun bakım yatakları değerlendirmeye alınmaz.

$$Yatak\ Devir\ Hızı = \frac{Yatan\ hasta\ sayısı\ (yoğun\ bakım\ hariç)}{Aktif\ yatak\ sayısı\ (yoğun\ bakım\ yatakları\ hariç)}$$

Sağlık tesisi için hesaplanan değer, benzer hastanelerin yer aldđğı hizmet sınıfındaki hastanelerin yatak devir hızlarının aritmetik ortalaması ile karşılaştırılarak puanlanır. Hastane değerleri hem ilgili yıl, hem de bir önceki yılın hizmet sınıf ortalaması ile karşılaştırılarak iki ayrı puan hesaplanır ve bu iki puanın ortalaması alınır.

Yatak kullanımı gösterge puanı; yatak doluluk oranı için hesaplanan puan ile yatak devir hızı hesaplamasından elde edilen puanın ortalamasıdır.

#### 2.4.1.5.Yoğun Bakım Yatak Kullanımı

Yoğun bakım hizmetleri bir ya da birden fazla organın geçici olarak yetersizliği nedeniyle hayati fonksiyonların düzensizliği durumunda, risk ortadan kalkıncaya kadar hastanın desteklenmesi ve hayatta kalmasının sağlanması amacıyla sunulan özellikli bir hizmettir. Yoğun bakımlar tıbbi tedavi ve bakım hizmetleri açısından diğer hastane hizmetlerinden ayrıcalık gösterir.

Yoğun bakımlar yüksek teknoloji tıbbi cihazlar ve özel eğitilmiş tıbbi personelle donatılmıştır. Yoğun bakım hizmetleri emek ve teknoloji yoğun bir hizmettir. Bu birimlerin kurulması ve işletilmesinin bütçe üzerine etkisi yüksektir. Bu nedenle kaynak kullanımı açısından yoğun bakım birimlerindeki yatak kullanımı klinik yataklardan ayrı olarak değerlendirilir. Yoğun bakım yatak kullanımı göstergesi değerlendirilirken 2 alt parametre incelenir:

1. Yoğun bakım yatak doluluk oranı
2. Yoğun bakım ortalama kalış gün sayısı

$$YB \text{ Yatak Doluluk Oranı} = \frac{\text{Toplam yatılan gün sayısı}}{\text{Dönemdeki gün sayısı} * \text{Yoğun bakım yatak sayısı}} * 100$$

Puanlama yapılırken hedef değer aralığına göre hesaplama yapılır. Oranın %65'in altında ve %85'in üzerinde olmaması amaçlanır.

*YB Ort. Kalış Gün Sayısı*

$$= \frac{\text{Toplam yatılan gün sayısı}}{\text{Yoğun bakımdan çıkan, taburcu olan, sevk olan veya ölen hasta sayısı}}$$

Hesaplanan değer, benzer hastanelerin yer aldığı hizmet sınıfındaki hastanelerin kalış gün sayılarının aritmetik ortalaması ile karşılaştırılarak puanlanır. Hastane değeri hem ilgili yıl, hem de bir önceki yılın hizmet sınıf ortalaması ile karşılaştırılarak iki ayrı puan hesaplanır ve bu iki puanın ortalaması alınır.

Yoğun bakım yatak kullanımı göstergesi puanlanırken yatak doluluk oranı ile ortalama kalış gün sayısı hesaplamasından elde edilen puanların aritmetik ortalaması alınır.

#### 2.4.1.6. Ameliyat Masası Başına Düşen Ameliyat Sayısı

Bu göstergenin değerlendirmeye alınmasındaki temel amaç sağlık tesisi yönetimi yüksek maliyetli cihaz ve ekipmanların bulunduğu ameliyathanelerde kaynakların daha verimli kullanımının sağlanmasıdır.

Aktif her ameliyat masası aynı zamanda her masa için belli standartta hekim ve sağlık personeli istihdamı, ileri düzey teknoloji ile donatılmış cihaz, pek çok ilaç ve tıbbi malzeme, emek ve zaman demektir.

Sağlık tesisi ameliyathanelerinde yapılan ameliyatlar büyüklükleri, taşıdıkları riskler, kullanılan malzeme, ameliyatı yapacak ekibin üye sayısı, süresi, maliyeti vb. pek çok etken göz önünde bulundurularak A, B, C, D ve E grubu olarak sınıflanmıştır.

En büyük ve riskli ameliyatlara A grubu ameliyatlardır ve E grubuna gidildikçe risk, süre, maliyet azalır. Bu nedenle her ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı hesaplanırken, bu ameliyatların grubu dikkate alınır ve ağırlıklı puan hesaplanır.

$$\text{Toplam Ağırlıklı Ameliyat Sayısı} = (A * 5) + (B * 3) + (C * 2) + D$$

$$\text{Ameliyat Masası Başına Ameliyat Sayısı} = \frac{\text{Toplam ağırlıklı ameliyat sayısı}}{\text{Dönemdeki gün sayısı} * \text{Ameliyat masa sayısı}}$$

Bulunan sağlık tesisi değeri, benzer hastanelerin hizmet sınıf ortalaması ile karşılaştırılarak puanlanır. Aynı puanlama bir önceki yıl hizmet sınıf ortalaması ile de karşılaştırılarak trend takip edilir.

#### 2.4.1.7. Sezaryen Oranı

Sezaryen doğumun doğal olmadığı durumlarda yapılan cerrahi bir işlem olarak tanımlanır. Esasen sezaryen fizyolojik bir doğum yöntemi değil, bir karın ameliyatıdır. Bu nedenle gerek çocuk ve gerekse de anne için pek çok riski beraberinde taşır.

Sezaryen ile doğan çocuklarda sindirim sistemi bozuklukları, solunum problemi, alerjik hastalıklar riski daha yüksektir. Annelerde ise enfeksiyon, doğum sonrası kanama, trombo emboli, anestezi nedeniyle uyanamama, daha uzun süre hastanede kalma, sezaryen nedeniyle doğum sayısına gelen sınırlama, normal doğuma oranla daha yüksek seviyede anne ölüm oranı vb. gibi durum ile karşılaşılır.

Dünya Sağlık Örgütü sezaryen için hedef oranı %15 olarak belirlemiştir. Pek çok ülkede sezaryen oranlarını düşürmek amacıyla çalışmalar yürütülmektedir. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında “Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi” yayımlanmış olup Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Denetim ve Değerlendirme Daire Başkanlığınca “Kurumsal Sağlık Hizmet Göstergeleri” kapsamında izlenmektedir. Verimlilik Karne Modelinde sezaryen oranı şöyle hesaplanır:

$$\text{Sezaryen Oranı} = \frac{\text{Primer sezaryen yapılan hasta sayısı}}{\text{Toplam doğum sayısı} - \text{Mükerrer sezaryen yapılan hasta sayısı}}$$

% 20 üzerindeki değerler, oran yükseldikçe düşük puan alınacak şekilde hesaplama kuralı getirilmiştir.

#### 2.4.1.8. Görüntüleme Tetkik İstem Oranı

Hekimin tanı koyabilmesine yardımcı olan temel araçlardan biri de görüntüleme çıktılarıdır. Görüntüleme talepleri yapılırken öncelikle tıbbi gereklilik aranır. Hangi durumlarda hangi görüntüleme tetkikinin kullanılacağına karar vermek hekimin inisiyatifindedir. Bununla birlikte görüntüleme talebi yapılırken hastaların gereksiz radyasyona maruz bırakılmaması, gereksiz girişimsel işlemlerin engellenmesi, maliyetlerin göz önünde bulundurulması için tetkik istem oranları izlenmektedir.

Gösterge değerlendirilirken ultrasonografi (USG), manyetik rezonans (MR) ve bilgisayarlı tomografi (BT) için istem oranı ayrı ayrı hesaplanır.

$$\text{Görüntüleme Tetkik İstem Oranı} = \frac{\text{Yapılan tetkik sayısı}}{\text{Sağlık tesisine başvuran hasta sayısı}}$$

Puanlama yapılırken her bir görüntüleme işlemi için bulunan sağlık tesisi oranı, hizmet sınıfının hasta başına tetkik istem oranlarının aritmetik ortalaması ile kıyaslanır. Gösterge puanı; USG, MR ve BT istem oranı puanlarının ortalamasından oluşur.

#### 2.4.1.9. Kanal Tedavisi Uygulama Oranı

Kanal tedavisi, dişin içindeki sinir ve damarların bulunduğu pulpanın zarar gördüğü durumda yapılan endodontik bir tedavi yöntemidir. Dişin durumuna göre 1 veya 2 seansta yapılır. Kanal tedavisi uygulanmadığı durumlarda enfeksiyon kök ucundaki dokulara kadar ulaşabilir. Diş kısa zamanda kaybedilebilir. Sağlık tesislerinde sunulan

diş sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi açısından kanal tedavisi temel bir gösterge olarak kabul edilebilir.

$$Kanal\ T.O. = \frac{Kanal\ tedavisi\ yapılan\ toplam\ diş\ sayısı\ (süt\ dişi\ hariç)}{Sağlık\ tesisine\ başvuran\ toplam\ diş\ hasta\ sayısı}$$

Yukarıda tanımlanan formülle hesaplanan oran, puanlanabilmek için hizmet sınıfındaki hastanelerin oranlarının aritmetik ortalaması ile kıyaslanır.

#### 2.4.1.10.Flor Uygulama Oranı

Flor uygulama, koruyucu diş sağlığı hizmetleri içerisinde yer alır. Flor uygulama işleminin diş sağlığının korunması için bebek, çocuk, genç ve yetişkinlere uygulanabilir. Sistemik flor kullanımı çocukların gelişen dişlerinde çürüğe karşı daha fazla dayanıklı olmasını sağlar. Ayrıca diş çürüklerinde başlangıç evresinde uygulandığında çürümenin ilerlemesini önler. İndikatör hesaplanırken 0-18 yaş aralığındaki hastalara sunulan flor uygulama hizmeti hesaplanır.

$$Flor\ U.O. = \frac{Flor\ uygulanan\ hasta\ sayısı\ (0 - 18\ yaş\ arası)}{Sağlık\ tesisine\ başvuran\ toplam\ diş\ hasta\ sayısı\ (0 - 18\ yaş\ arası)}$$

Sağlık tesisinin flor uygulama oranı, hizmet sınıfı ile değeri ile kıyaslanarak puanlanır.

#### 2.4.2.İdari Göstergeler

##### 2.4.2.1.Hizmet İçi Eğitimler

Göstergenin değerlendirilmesindeki temel amaç sağlık tesislerinde sunulan kişisel ve kurumsal eğitimlerle çalışanlarının gelişime ve değişime katkı sağlamaktır. Çalışanların sürekli eğitimleri izlenmekte ve değerlendirilmektedir.

Hizmet İçi Eğitim göstergesi 8 alt parametreden oluşmaktadır.

1. Kişilerarası İletişim Eğitimi
2. Hasta Hakları Eğitimi
3. Hasta Güvenliği Eğitimi
4. alışan Hakları ve Güvenliği Eğitimi

5. El Hijyeni Eğitimi
6. Temizlik Eğitimi
7. CPR Eğitimi
8. İdari Birim Eğitimleri

Gösterge, ilgili karne döneminde eğitim alan personel sayısının yine aynı dönemdeki eğitimi alması gereken aktif personel sayısına oranlanması ile bulunur.

*Eğitim Gerçekleşme Oranı*

$$= \frac{\text{Eğitim Alan Personel Sayısı}}{\text{Eğitim Alması Gereken Aktif Personel Sayısı Toplamı}}$$

Veriler, sağlık tesislerince Bakanlığın Çekirdek Kaynak Yönetim sisteminde (ÇKYS) bulunan “Personel Hizmet İçi Eğitim Bilgileri Formuna girilmektedir. Bu formda tanımlı olan eğitimler ve kodları; TKHK Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanlığınca zaman zaman güncellenmektedir.

Bazı sağlık tesislerinde personel devir hızının yüksek olması nedeniyle hizmet içi eğitim göstergesinin hesaplanmasında aktif personel sayısı dikkate alınır. Hizmet İçi Eğitim göstergesinin her bir alt parametresi için hedef kitle farklılık gösterir. İdari birimlerde çalışan personelin, idari birim eğitimi parametresi hesaplanırken çalıştığı birime göre değerlendirilir. Diğer eğitim parametrelerinde ise çalışanın unvanına ve hastane/ağız dış sağlığının hizmet sınıfına göre hesaplanır. Her bir alt hizmet içi eğitim alt parametresi için oranlar belirlendikten sonra hedef değerle karşılaştırılır. Temel amaç eğitim oranının %90'ın üzerinde olmasıdır. Alt parametrenin gerçekleşme oranı % 60'ın altında olması sağlık tesisi puan alamaz. Gösterge puanı 8 alt parametrelerin puanlarının ortalamasından oluşur. (Keleş, 2015, s. 28-32).

#### 2.4.2.2. Çalışan Memnuniyet Oranı

İşletmeler açısından müşteriden kasıt sadece dış müşteri değil, aynı zamanda kurumun iç müşterileri olan çalışanlardır. Çalışanların memnuniyetleri onların iş performansına



ve örgütsel bağlılık duygusunun gelişmesine etki eder. Çalışanların yaptıkları işe, kuruma, amirlerine ve çalışma arkadaşlarına karşı hisleri doğrudan müşteri memnuniyetine etki etmektedir. Bu nedenle işletmeler performansı ölçerken müşteri memnuniyetinin öğrenilmesi sürecini tasarladıkları zaman, çalışan ve müşteri memnuniyet ölçümlerini birlikte düşünmek zorundadırlar (Eynullayev, 2012: 37).

Sağlık Bakanlığı da aynı bakış açısı ile çalışan memnuniyet anketlerini uygulamış ve değerlendirmiştir. İlk uygulama ilk kez 2008 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinde (ADSM) gerçekleşmiş ve daha sonra özel hastaneler, üniversite hastaneleri, diş hekimliği fakülteleri, il ambulans servisleri ve özel ADSM'lerde uygulanmaya başlanmıştır ( Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015: 8).

Çalışan memnuniyeti anketleri tüm sağlık tesislerinde yılda iki kez (Mart ve Eylül aylarında) uygulanır. Anket asgari olarak sağlık tesislerindeki hekim, sağlık hizmetleri sınıfı ve diğer (genel idari hizmetler sınıfı, teknik hizmetler ve hizmet alanı kapsamı) alan personelinin % 50'sine uygulanır. Anket sonuçlarına göre memnuniyet oranı hesaplanır.

Puanlamada temel hedef çalışan memnuniyet oranının mümkün olduğu kadar yüksek olması ve %75'in altına inmemesidir. Çalışan memnuniyet oranı %75'in altında olması halinde sağlık tesisi bu göstergeden puan alamaz.

#### 2.4.2.3. Sağlık Bilgi Sistemlerine Entegrasyon ve Veri Gönderimi

Kurumsal Karne Modelinde öğrenme ve gelişme boyutu altında ele alınan konulardan biri de organizasyonların bilgi teknolojilerinin geliştirilmesi ve bilgi sistemlerinin zenginleştirilmesidir.

Bu anlamda Verimlilik Karnesi Modelinde sağlık tesislerinin bilgi yönetim sistemleri (HBYS) ile Sağlık Bakanlığının yönetiminde yer alan ve verileri belli çatılar altında toplayan sağlık bilgi sistemlerinin birbiri ile uyumunu ve veri gönderim oranlarını değerlendirmeye dahil etmek amacıyla "Sağlık Bilgi Sistemleri ile Entegrasyon ve Veri Gönderimi" göstergesi belirlenmiştir. Bu gösterge değerlendirilirken aşağıdaki alt parametreler hesaplanır.

##### 1. Sağlık.Net Online ve Sağlık. Net'e veri gönderimi

2. Sağlık Bilgi Sistemleri standartlarına uygun veri oluşturma ve gönderimi
3. Sağlık.Net Online'a anlık veri gönderimi
4. Tele Tıp ve Teleradyoloji Sistemine entegrasyon

Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinin entegrasyon sağlamakla yükümlü olduğu Sağlık.Net ve Sağlık.Net Online bilgi sistemlerine veri gönderiminin kalitesini ölçmeyi amaçlar.

Sağlık.Net'e veri gönderim oranının % 90, Sağlık.Net Online için fatura bilgilerinin gönderim oranının % 95 ve laboratuvar sonuç gönderim oranının %65'in üzerinde olması hedeflenir.

Verilerin Bakanlık Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından kullanılması istenen standartlara uygun olarak oluşturulması ve bilgi sistemlerine gönderilmesi amaçlanmaktadır. Standartlara uygun olmayan durumlarda puan alınmaz.

Sağlık Yönetim Sisteminin verileri anlık olarak izleyebilmesi için Sağlık.Net Online'a gönderilen paketlerin gönderilme zamanlarını ölçmektir. Bu alt parametreye göre hasta kayıt bilgilerinin 30 dakika altında, muayene bilgisi kayıtlarının 2 saatin altında, laboratuvar sonuç kayıtlarının 2 saatin altında, sunulan hizmet, ilaç ve malzeme bilgilerinin 2 saatin altında ortalama süre ile sağlık bilgi sistemlerine aktarılması hedeflenmektedir.

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yönetilen Tele Tıp ve Teleradyoloji Sistemlerine sağlık tesislerinin entegrasyon durumlarını ölçmek amaçlanmıştır. Entegrasyonu sağlayamayan sağlık tesisleri puan almamaktadır.

#### 2.4.3. Mali Göstergeler

##### 2.4.3.1.Net Borç / Net Hizmet Tahakkuk Geliri (Finansal Risk Oranı)

İşletmelerde temel amaç karlılıktır. Genel olarak hastaneler, tedavi edici ve rehabilitasyon amacıyla sağlık hizmetleri üreten ve kamuoyuna sunan kuruluşlardır. Hastaneler ise temel olarak kar amacı gütmeyen kuruluşlardır.

Ancak özel sektörde kurulan ve hâlihazırda sağlık hizmeti sunumunda yer alan hastanelerde girişimcinin yatırımdan elde edebileceği getiriye karşılık risk

üstlenmektedir. Bu durum özel hastanelerin yönetiminin ticari işletme temelinde yapılmasını gerekli kılmaktadır (Yücel ve Önal, 2015: 89).

Kamu hastanelerinde ise her ne kadar karlılık birincil amaç olmasa da sağlık hizmetinin vazgeçilemez bir hizmet olduğu gerçeği ve sosyal devlet anlayışı gereği bu hizmetin devlet tarafından sunulması nedeniyle kamu sağlık kuruluşları açısından sürdürülebilirlik önem kazanmaktadır.

Bu bağlamda TKHK bağlı sağlık tesislerinin finansal açıdan sürdürülebilirliğini değerlendirmek amacıyla Verimlilik Modeli kapsamında Finansal Risk Oranını mali göstergelere dâhil edilmiştir.

Gösterge şöyle hesaplanır:

$$\text{Finansal Risk Oranı} = \frac{\text{Toplam borçlar} - \text{Banka mevcudu}}{\text{Ortalama hizmet tahakkuk geliri}}$$

Hesaplanan oranın değerine göre sağlık tesisi finansal yönden risk derecelerine ayrılır. Finansal açıdan risk derecesi en düşük olarak kabul edilen sağlık tesisi (Finansal risk oranı 1,5 ve altı olanlar) tam puan alır.

Net borcu, aylık ortalama tahakkuk gelirinin 2,5 katı ve üzerinde olanlar sağlık tesisleri ise göstergeden puan alamaz.

#### 2.4.3.2.Bütçe Gerçekleşme Oranları

5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununun 9 uncu maddesinde “Kamu idareleri; kalkınma planları, programlar, ilgili mevzuat ve benimsedikleri temel ilkeler çerçevesinde geleceğe ilişkin misyon ve vizyonlarını oluşturmak, stratejik amaçlar ve ölçülebilir hedefler saptamak, performanslarını önceden belirlenmiş olan göstergeler doğrultusunda ölçmek ve bu sürecin izleme ve değerlendirmesini yapmak amacıyla katılımcı yöntemlerle stratejik plan hazırlarlar.

Kamu idareleri, kamu hizmetlerinin istenilen düzeyde ve kalitede sunulabilmesi için bütçeleri ile program ve proje bazında kaynak tahsislerini; stratejik planlarına, yıllık amaç ve hedefleri ile performans göstergelerine dayandırmak zorundadırlar.

Kamu idareleri bütçelerini, stratejik planlarında yer alan misyon, vizyon, stratejik amaç ve hedeflerle uyumlu ve performans esasına dayalı olarak hazırlarlar.” hükmü yer almaktadır.

Kanun kapsamında birlik merkezleri ve sağlık tesisleri her yıl yayımlanan bütçe çağrısı doğrultusunda bütçelerini hazırlamaktadır. Temel amaç karlılık değil, maliyet minimizasyonu ve sürdürülebilirliktir.

Gösterge sağlık tesislerinde dönem sonu itibari ile gelir ve gider gerçekleşmeleri göre onaylı bütçe tutarlarını karşılaştırmakta, bütçe disiplini sağlamayı amaçlamaktadır. Gelir ve gider için ayrı ayrı hesaplama ve puanlama yapılmaktadır.

$$\text{Gelir Bütçesi Gerçekleşme Oranı} = \frac{\text{İlgili Dönem Gelir Tutarı}}{\text{İlgili Dönem Gelir Bütçesi Tutarı}}$$

$$\text{Gider Bütçesi Gerçekleşme Oranı} = \frac{\text{İlgili Dönem Gider Tutarı}}{\text{İlgili Dönem Gider Bütçesi Tutarı}}$$

Sağlık tesisi oranı, hedef değerlerle karşılaştırılarak puanlanmaktadır.

#### 2.4.3.3.Borçluluk Süresi

Sağlık tesislerinin borç ödeme kabiliyetinin artırılması ve borç ödeme süresinin asgari seviyede tutulması amacıyla izlenir.

Borçluluk süresi şöyle hesaplanır:

$$\text{Borçluluk Süresi} = \text{Dönem sonu tarihi} - \text{Ödenmeyen en eski borcun muayene kabul tarihi}$$

Sağlık tesisi için kabul edilebilir süre 150 gün ve altıdır. Bu hedef değer altındaki kurumlar tam puan alır. 150 gün-180 gün aralığında ise, süre uzadıkça azalan puanlama kuralları geçerlidir. 180 gün üzerindeki borçlarda sağlık tesisi puan alamaz.

#### 2.4.4. Verimlilik Yerinde Değerlendirme

Sağlık tesislerinde iç süreçler Verimlilik Karne Modelinin diğer boyutlarının düzgün olarak işleyebilmesi için önemlidir. Hizmet kalitesini artırmak için, hizmet sunumu için yapılan faaliyetlerin kalitesinin artırılması gerekir.

Süreçlerin başarıyla yönetilmesi hizmet alanların memnuniyetinin artmasını sağlar. Sunulan hizmetin mükemmelliği hasta memnuniyetini oluşturacak en önemli unsurlardan birisidir. Sağlık kuruluşlarının hizmet mükemmelliğini ölçmek için çeşitli göstergeler kullanılır. Süreçlerin stratejik hedeflere en uygun biçimde yönetilmesi gerekir (Karsavuran, 2013: 14).

Verimlilik Karnesinde süreç yönetimine ilişkin çıktılar kantitatif yöntemle sağlık, idari ve mali hizmetler boyutunda değerlendirilmektedir. Süreç yönetimine ilişkin faaliyetlerin değerlendirilmesi amacıyla modele “Verimlilik Yerinde Değerlendirme” boyutu eklenmiştir. Yerinde değerlendirmeye ilişkin usul ve esasları belirlemek üzere 26.12.2014 tarihli ve 376 sayılı “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge” yayımlanmıştır.

Yönerge kapsamında TKHK tarafından alanında uzmanlaşmış profesyonellerden oluşan ekiplerce karne dönemi içinde sağlık tesisleri ziyaret edilir. Ekipler standart değerlendirme parametre listesi üzerinden sağlık tesislerinin süreç yönetimini ve mevzuatlarla belirlenmiş yapısını değerlendirilir.

Yerinde Değerlendirme Listesi hizmetlerde değişiklik ve gelişmeler doğrultusunda revize edilir. Değerlendirmede sağlık tesisinin çok boyutlu olarak mevcut durumunun bir fotoğrafının çekilmesi amaçlanmıştır.

**Tablo 17**  
**Yerinde Değerlendirme Boyutları**

1	Alt Yapı Ve Donanım
2	Çalışan Hakları Ve Güvenliği
3	Çalışan Nitelikleri Ve Eğitimi
4	Enfeksiyonların Kontrolü Ve Önlenmesi
5	Hasta Ve Ailesinin Hakları
6	Hasta Değerlendirme Ve Bakımı
7	Hizmete Erişim Ve Devamlılığı
8	Hasta Güvenliği Yönetimi
9	Toplam Kalite Yönetimi
10	Tesis Yönetimi Güvenliği
11	Eczacılık Hizmetleri Yönetimi
12	Klinik Mühendislik Hizmetleri Yönetimi
13	Teknik Hizmetler Yönetimi

Sağlık tesislerinin hizmet alanlarındaki çeşitliliği nedeniyle temelde 4 farklı formda yerinde değerlendirme soru listesi oluşturulmuştur:

1. Genel hastaneler
2. ADSM / ADSH
3. Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri
4. Kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastaneleri

Sağlık tesisi dalına göre uygun standart listeye uygun olarak gözlemlenir. Yerinde değerlendirme kapsamında genel hastanelerde 17 alanda, 282 soru ve 933 unsura göre mevcut durum tespiti yapılır.

**Tablo 18**  
**Yerinde Değerleme Alanları**

	DEğERLENDİRİLECEK BÖLÜM	SORU SAYISI	DEğERLENDİRİLECEK UNSUR SAYISI
1	Acil Servis	24	87
2	Poliklinikler	14	51
3	Görüntüleme Hizmetleri	11	44
4	Biyokimya Laboratuvarı	13	35
5	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	14	44
6	Patoloji Laboratuvar	12	40
7	Yoğun Bakım	22	72
8	Doğumhane	11	54
9	Ameliyathane	11	47
10	Servis	20	66
11	Eczacılık Hizmetleri	22	75
12	Medikal Depo	11	38
13	Klinik Mühendislik Hizmetleri	18	43
14	Biyomedikal Depo	12	23
15	Ayniyat Depo	21	46
16	Sterilizasyon	4	20
17	Genel Değerlendirme	42	148
	<b>TOPLAM (17 BÖLÜM)</b>	<b>282</b>	<b>933</b>

Değerlendirme sonuçları TKHK ekip üyeleri tarafından bilgi sistemine kaydedilir. Her bir unsur için sisteme girilmiş olan “Evet, hayır, kısmen, muaf” yanıtlarına göre sistem otomatik olarak Yerinde Değerlendirme Puanını hesaplar. Yerinde Değerlendirme Puanı, dönem sonunda sağlık tesisi başarı puanı hesaplamasında kullanılır.

## 2.5. Birlik Hedefleri

Birlik Hedefleri olarak sağlık alanında sunulan özelliğli ve müşterek hizmetlere ilişkin TKHK tarafından birlik yönetiminden beklentileri ortaya koyan parametreler yer alır. İlgili dönem sonunda, TKHK tarafından konulmuş hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığı değerlendirilir.

Özelliğli hizmet birimleri; ünite veya merkez olarak adlandırılan, hastaneler bünyesinde yapılandırılan, özel fiziki şartlar göz önünde bulundurularak projelendirilmiş fiziki alanı olan, özel teknolojik donanım ve bu hizmete yönelik sertifikasyon eğitimlerinden geçmiş nitelikli personel istihdamı gerektiren ve faaliyet izni gerektiren sağlık hizmet birimleridir.

Yoğun bakım, kardiyovasküler cerrahi, radyasyon onkolojisi, nükleer tıp, girişimsel radyoloji, yanık merkezi/ünitesi, patoloji merkezi, perinatal merkezler, organ nakli merkezi, kemik iliği, el ve mikro cerrahi, robotik cerrahi, hiperbarik oksijen tedavisi, robotik yürüme rehabilitasyon sistemi, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, genetik merkezler özelliğli birimlere birer örnektir. (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011: 8).

Müşterek sağlık hizmetleri ise evde sağlık hizmetleri, çocuk izlem merkezi, AMATEM, ÇEMATEM gibi gerek Bakanlığın farklı birimler ve gerekse de diğer kurum ve kuruluşlarla ortaklaşa çalışmayı gerektiren hizmet alanlarını ve birimleri içerir.

TKHK ilgili dönemde KHB bünyesinde yapılanmasını istediği merkez / ünite sayısını veya hizmet sunum kapasitesini hedef olarak ortaya koyar. Bu merkez / ünitelerin planlanıp yapılanmasından veya mevcut birimlerde verilen hizmetin kapasitesinin artırılmasından KHB sorumludur. Dönem sonunda hedefe ulaşılması halinde puan alınır.



## 2.6. Verimlilik Karne Modelinin Değerlendirilmesi

### 2.6.1. Kurumsal Kapasite Üzerine Etkileri

Kapasite kavramı genel olarak bir sistemin bir işi yapabileceği en iyi değer olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda optimal bir yaklaşım değil maksimal bir yaklaşım söz konusudur. Kapasitenin planlaması kavramı ile de eldeki mevcut üzerinde bir ölçüm yapılarak kaynakların uygun kullanım düzeylerinin belirlenmesi süreci anlatılmaktadır.

Bu bağlamda sağlık sektöründe kapasite planlamasının ana unsurları sağlık hizmeti organizasyonunu gerçekleştirmek için gerekli olan insan kaynakları ile cihaz bina gibi donanımsal nitelikteki kaynakların belirlenmesi süreçleridir (Ettelt ve diğerleri, 2010: 5).

Bu süreçler belirlenirken sağlık hizmeti üretim gereksinimleri ile uyum gözetilmelidir. Sağlık sisteminin çıktılarının takibi, mevcut kaynakların ile planlamanın karşılaştırılması bu uyumun sağlanmasında önem taşır. Sonuç olarak kapasite planlaması ile var olan kapasitenin hangi gruplarda ne düzeyde kullanılacağı, ülke çapında coğrafi olarak hangi oranlarda dağıtılacağı ve hizmet sunumunun şekli ve benzeri ölçütlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

#### 2.6.1.1. Sağlık Kurumlarında Kapasite Değerleme

Sağlık sektörü daha önce ifade edildiği üzere koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere üç ana bölümde ele alınabilir. Özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri hem hacimce hem de etkinlik olarak sağlık organizasyonunun en büyük bölümünü oluşturmaktadır.

Bu bağlamda sağlık hizmeti sunumunda hastaneler kurum olarak ön planda yer alırlar. Sağlık kapasitesinin planlanmasında da hastane planlanması önemli ve başat bir rol oynamaktadır.

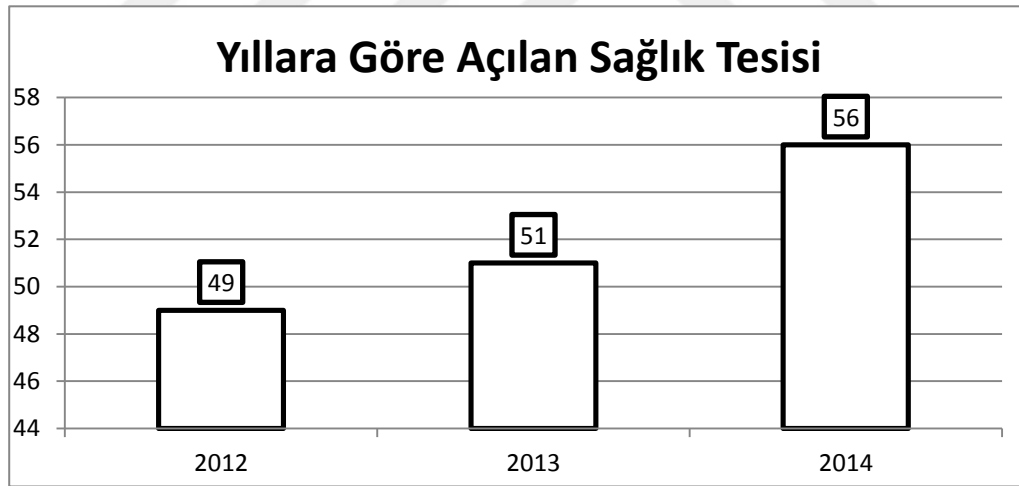
Hastane kapasitesinin planlanması; mevcut hizmetlere sermaye yatırımı ve yeni gelişmeler; pahalı donanım ve teknolojiye yatırım; insan ve mali kaynak tahsisi gibi

birçok farklı boyuta sahiptir. Sağlık hizmetinin düzenlenmesi ile ilgili yaklaşımların çeşitliliği nedeniyle, planlamanın her bir boyutuna verilen ağırlık değişebilmektedir.

#### 2.6.1.2. Kamu Hastanelerinde Sayısal Artış

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri bünyesinde Kurumsal Karne uygulamasının uygulanmaya başladığı 2012 yılından sonra kurumsal kapasite üzerine önemli etkileri olmuştur. Öncelikle 2012 yılında toplumda oluşan talepte dikkate alındığında açılan yeni kurum sayısı totalde 156 olmuştur. Sadece 2014 yılında 56 adet sağlık yatırımının yapımı tamamlanarak, 46 adet hastane, 9 adet ağız ve diş sağlığı merkezi, 1 adet ağız ve diş sağlığı hastanesi hizmete açılmıştır (Tekkanat ve diğerleri 2015: 40).

Burada Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısı ve yönetim anlayışında yaşanan değişikliklerle bazı hastane ve kurumların birleştirildiği de göz önüne alındığında 701 TKHK bünyesinde 2. ve 3. basamak, 173'ü THSK bünyesinde birinci basamak olmak üzere mevcut 874 hastane içerisinde yeni açılan kurumların önemli bir yer tuttuğu görülecektir.



Grafik

#### 1. Sağlık Tesisleri 2012- 2014

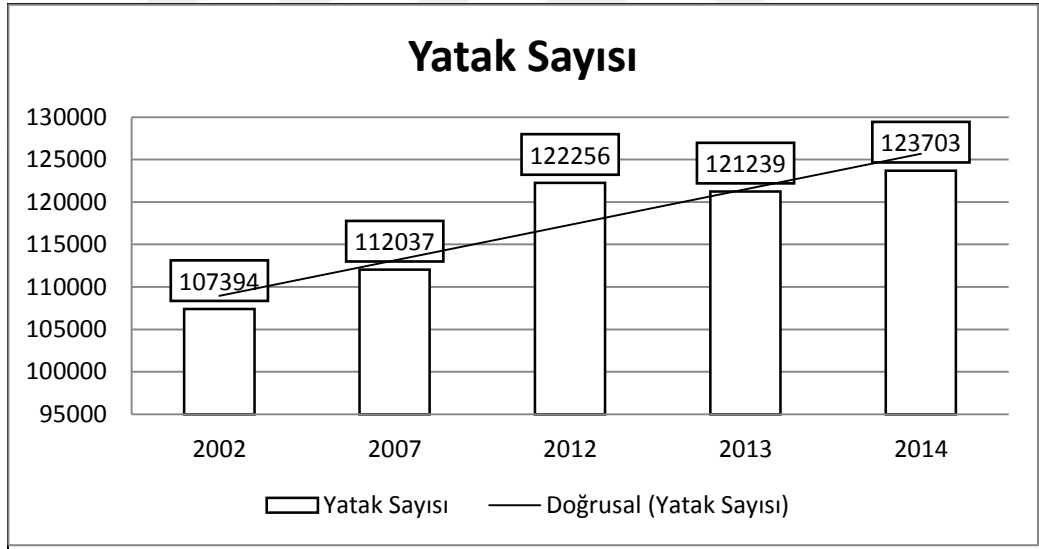
**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 40)

Uygulamaya bakıldığında birçok ülkede olaya sadece niceliksel bir bakış açısı ile yaklaşıldığı hastanelerin ve sunulan hizmetlerin sayı ve yer olarak planlandığı görülmektedir. Günümüzde ise sayısal planlanmanın yanı sıra hizmet sunumuna yönelik tüketici odaklı planlamaların öneminin arttığı görülmektedir.

Finlandiya, İtalya ve Yeni Zelanda, Kanada ve Almanya gibi ÷lke örneklerine bakıldığında geleneksel olarak hastane planlamasının ana unsuru olarak yatak kapasitesi ön plana çıkmaktadır. İngiltere ve Fransa ise son dönemlerde bu yaklaşımdan uzaklaşmıştır. Hizmetin miktarı ve etkinliğini esas alan bir planlama anlayışına yönelmişlerdir (Ettelt ve diğerleri, 2010: 16). Ülkemizde de kurumsal karne uygulamasının gündeme gelmesiyle birlikte bu güne kadar geçerli olan niceliksel planlamadan, çok boyutlu ve niteliksel unsurlarda içeren planlama arayışlarına doğru bir eğilim söz konusu olmuştur.

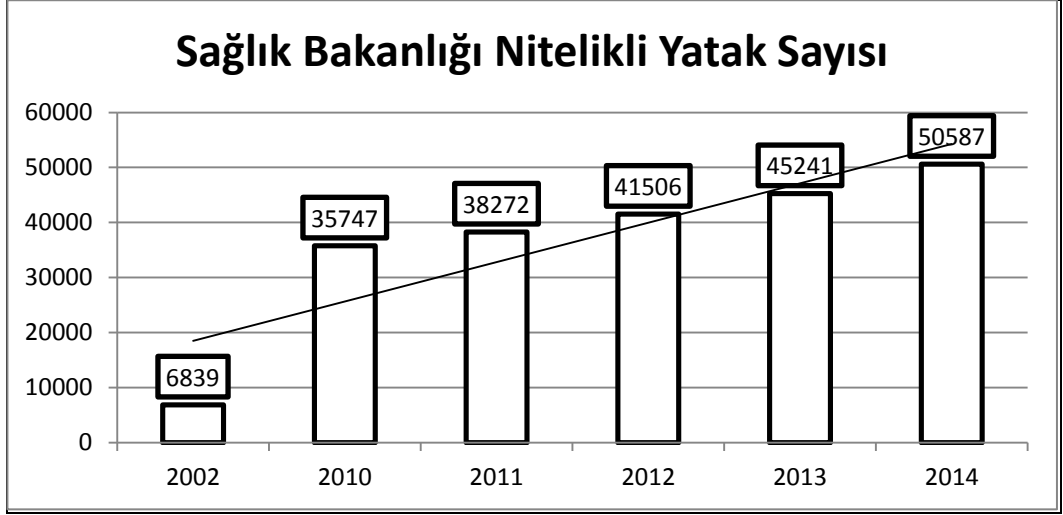
### 2.6.1.3. Yatak Kapasitesinin Gelişimi

Sağlık tesisi sayısında yaşanan artış trendi hastanelerin yatak kapasitesi içinde geçerli olmuştur. 2012 yılı sonrasında hastanelerin yatak kapasitesi artarken 2012 yılında görece bir düşme yaşanmıştır. 2012 yılında yaşanan değişiklik ertesinde hastane yataklarında sadece niceliksel bir artış değil niteliksel bir iyileşmede yaşanmıştır.



**Grafik 2.** Yatak Sayıları

**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 25)



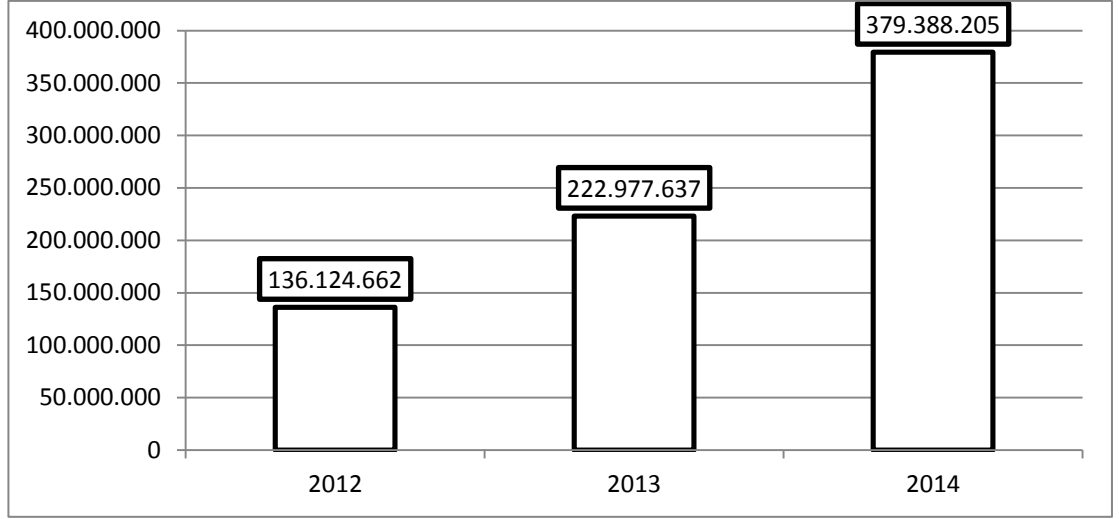
**Grafik 3.** Nitelikli Yatak Sayıları

**Kaynak:** (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, s. 76)

Daha önce birçok hastanede bulunan ve “koğuş sistemi” olarak adlandırılan ve bir oda içerisinde sayısı ikiden fazla yatağın konulduğu bir sistem terkedilmiştir. Nitelikli hasta yatağı olarak adlandırılan ve içinde tuvaleti, banyosu, en fazla iki hasta yatağı, televizyonu, telefonu, yemek masası, etajeri ve yatılabilen refakatçi koltuğu bulunan odaların bulunduğu nitelikli yatak sistemine geçilmiştir. Bu çerçevede, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için nitelikli hasta yatağı sayısı artırılmıştır.

#### 2.6.1.4. Cihaz Kapasitesinin Gelişimi

Günümüzde gelişen teknoloji ile birlikte; hastalıkların teşhisi, tedavisi ve hastaların rehabilitasyonu konusunda tıbbi cihazların rolü, sağlık kuruluşlarındaki yeri ve önemi her geçen gün artmaktadır. Genel anlamda kamu hastanelerinde 2012 sonrası yaşanan niceliksel ve niteliksel kapasite artışı teknolojik kaynakları ve hastanelerin araç parkurunu da olumlu yönde etkilemiştir. Bu doğrultuda; sağlık tesislerindeki tıbbi cihazların tıbbi cihazların etkin kullanımı ve planlamaların dengeli yapılması hizmet kalitesini arttırarak hasta memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır. Bu kapsamda 2014 yılında 379 milyon TL civarında ödenek tahsis edilmiştir (Tekkanat ve diğerleri, 2015: 40).



**Grafik 4.** Tıbbi Cihazlara Ödenen Miktar

**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 40)

#### 2.6.2. Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkileri

Bu bölümde Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde bir yönetim aracı ve izleme değerlendirme metodu olarak Kurumsal Karne uygulamasının sağlık hizmetleri üzerine etkisi analiz edilmiştir. Kurumsal Karne uygulamasının ilk yılı olan 2012 ile 2013 ve 2014 yılı verileri karşılaştırmalı şekilde analiz edilmiş ve Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti veren kurumlar hizmet yönünden değerlendirilmiştir.

##### 2.6.2.1. Sağlık Kurumlarına Başvurular

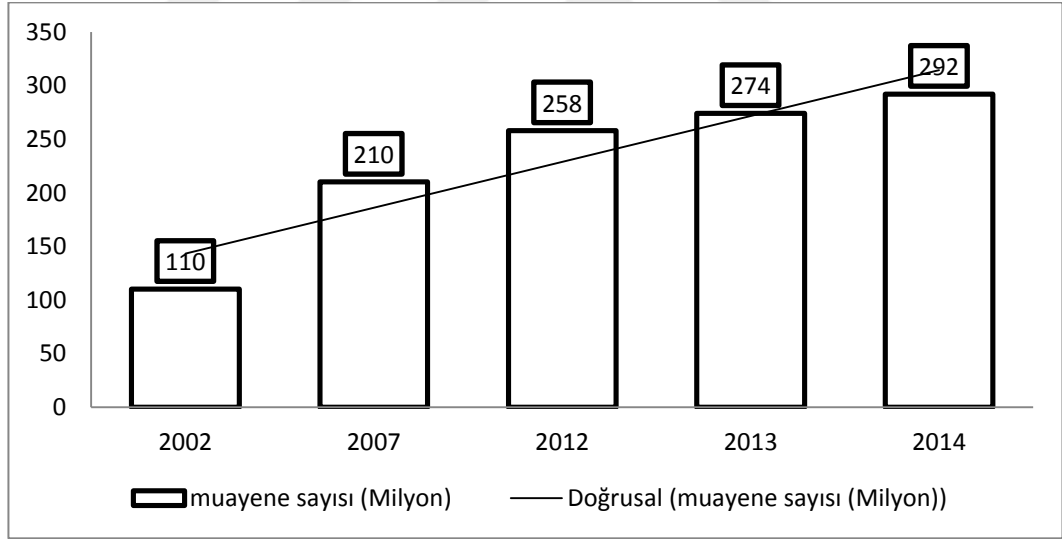
Sağlık hizmetlerinde hizmetin kendisi kadar ulaşılabilirliği de önem taşımaktadır. Ülkemizde 1990'lı yıllardan itibaren devam eden muayene sayısı artışı 2003 yılı sonrasında hızlanmış ve 2009 yılında 2003'teki rakamın yaklaşık üç katına ulaşmıştır. 2003 yılı sonrasındaki değişimlerin de katkısı ile sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve başvuru sayısındaki artış yaşanmasına neden olmuştur.

**Tablo 19**  
**Sağlık Bakanlığı Muayene Verileri**

SB Muayene ve Kişi Başı Muayene Sayıları		
Yıl	Muayene sayısı (Milyon)	Kişi Başı Müracaat
2002	110	1,58
2007	210	2,97
2012	258	3,4
2013	274	3,6
2014	292	3,75

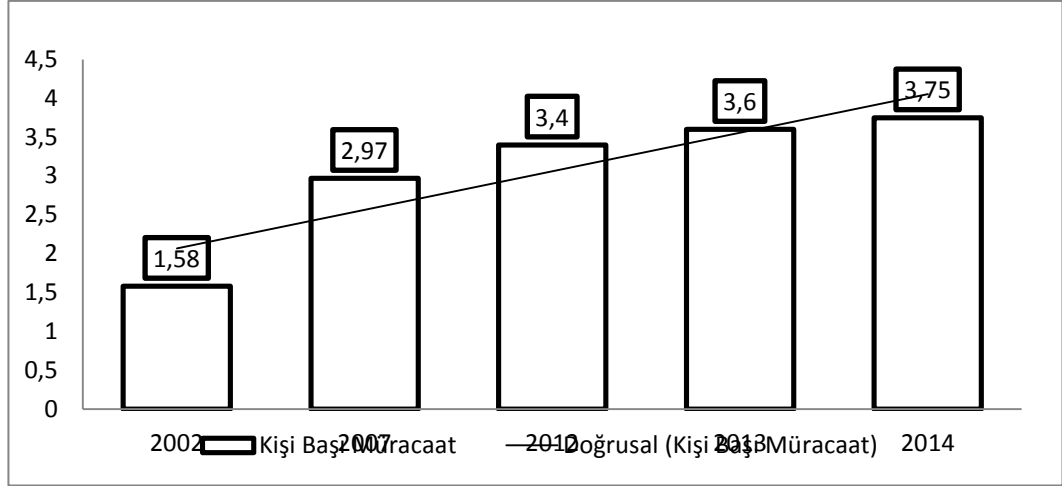
**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 25)

Tablo 19 da görüldüğü üzere Verimlilik Karnesi uygulamasının başladığı 2012 yılından sonra da muayene sayıları ve kişi başı müracaatlarda artış trendi devam etmiştir.



**Grafik 5.** KHB Muayene Sayıları

**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 25)



**Grafik 6.** KHB Kişi Başına Müracaat

**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 25)

#### 2.6.2.2. Ameliyatlara İlişkin Bilgiler

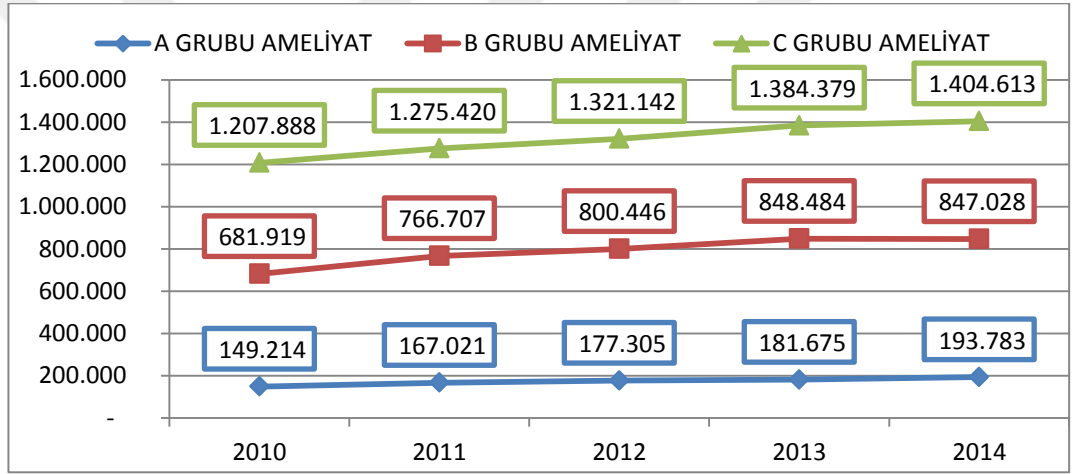
Dünya Sağlık Örgütü tarafından cerrahi işlemleri tanımlamak amacıyla 1971 yılında çalışmalara başlanılmış ve 1978 yılında Tıpta Uluslararası İşlem Sınıflandırması (ICPM) çalışması yayımlanmıştır. Söz konusu çalışmaların cerrahi işlemlerin sınıflandırılmasında yetersiz kalması üzerine 1989 yılında Ameliyatlar için ayrıca (ICHI, International Classification of Health Interventions) çalışması yayımlanmıştır (www.who.int, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Sağlık Müdahalesi Sınıflaması (ICHI, International Classification of Health Interventions) baz alındı. Bu sınıflamada yapılan tanıma uygun olarak ameliyat (A, B ve C grubu) sayıları verilmiştir.

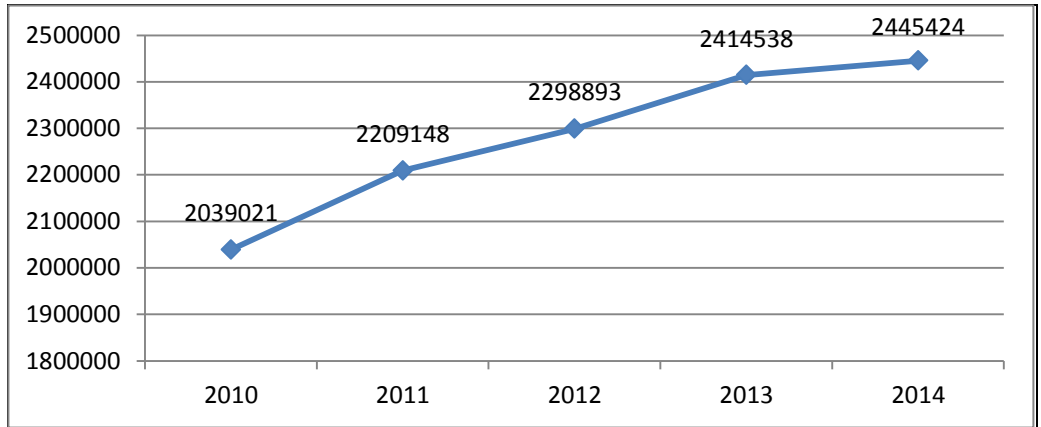
**Tablo 20**  
**Sağlık Bakanlığı ABC Grubu Ameliyatlar**

Yıl	2010	2011	2012	2013	2014
A GRUBU AMELİYAT	149.214	167.021	177.305	181.675	193.783
B GRUBU AMELİYAT	681.919	766.707	800.446	848.484	847.028
C GRUBU AMELİYAT	1.207.888	1.275.420	1.321.142	1.384.379	1.404.613
ABC Ameliyat Toplamı	2.039.021	2.209.148	2.298.893	2.414.538	2.445.424

**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 24)

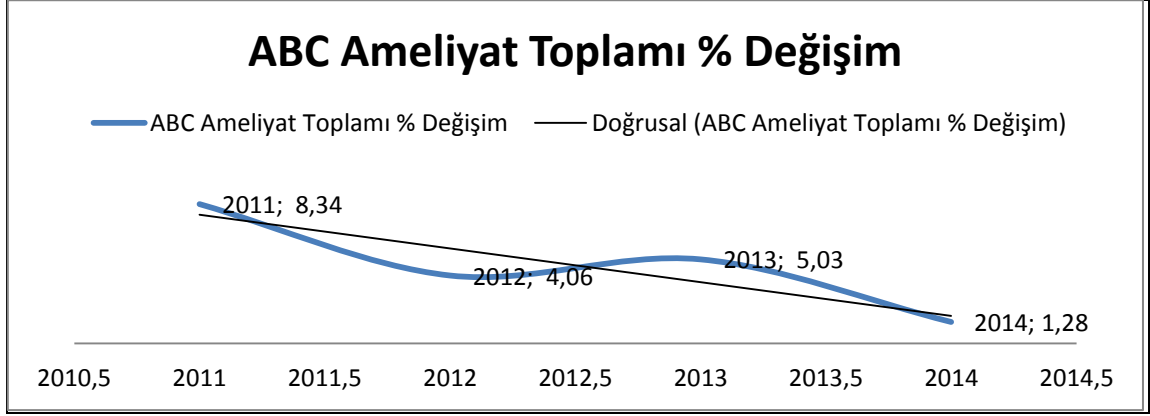


**Grafik 7. TKHK ABC Grubu Ameliyatlar 2010- 2014**



**Grafik 8. TKHK ABC Grubu Toplam Ameliyat 2010- 2014**





**Grafik 9.** ABC Grubu Ameliyat Toplamı % Değişim

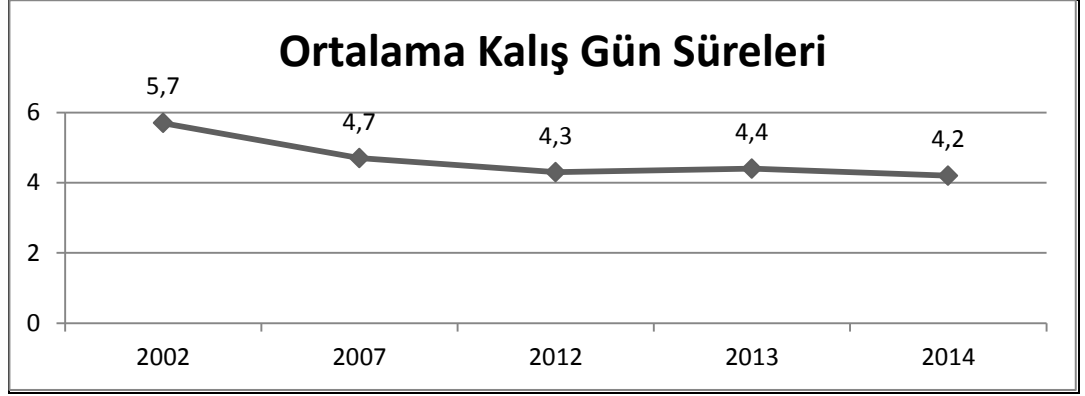
Verimlilik Karnesinin uygulanması ile birlikte daha kaliteli ve nitelikli hizmet sunumu yönünde oluşan genel eğilim ABC grubu ameliyat sayılarında da bir artışa neden olmuştur. Özellikle karnenin ilk başlangıç yıllarında yüksek oranda pozitif değişim gözlemlenmiştir.

#### 2.6.2.3. Ortalama Kalış Günü Sayısı

Bir hastanın ortalama kalış günü; belirli bir süre (ay, üç ay veya bir yıl) içerisinde toplam (klinik bazında) yatılan gün sayısının, çıkan toplam (taburcu olan ve ölen) hasta sayısına bölünmesiyle elde edilen sayıdır.

Sağlık hizmeti almak için hastaneye gelen hastaların tedavi, bakım süresince hastanede kalma süresi de bir başka performans göstergesidir. Hastanenin performansı bu kritere göre değerlendirildiğinde ortalama hastanede kalış süresinin düşük çıkması beklenir. Hastanenin performansının bu kritere göre yüksek kabul edilebilmesi için hastaların en kısa sürede şifa ile taburcu edilmesi gerekir (Yiğit ve Ağırbaş, 2004: 145).

Aksi durumda hastane enfeksiyonu gelişme riskinin yanı sıra uzun süreli yatıştan kaynaklanan maliyete katlanma durumu ortaya çıkar. Hastane enfeksiyonları hastanede kalış süresini uzatmakta, mortaliteyi ve maliyeti önemli oranda arttırmaktadır (Gürsoy, 2008: 19-20).



**Grafik 10.** KHB Ortalama Kalış Gün Süreleri

**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 24)

Verimlilik Karnesinin uygulanmasıyla birlikte kurumların ortalama kalış gün sürelerinde azalma yaşanmıştır. Bu alanda yaşanan talep artışı da dikkate alındığında karne uygulamasının olumlu yansıdığı söylenebilir.

Çünkü uzun süreli yatışlarda yaşanabilecek hastane enfeksiyonu durumlarında yalnızca hastanede kalış süresini uzatmamakta, aynı zamanda mortalite artışı da söz konusu olmaktadır.

Hastaların en kısa sürede iyileşerek taburcu edilmesi aynı zamanda uzun süreli yatıştan kaynaklanan maliyet artışlarının da önüne geçerek mali göstergelere olumlu etki etmektedir.

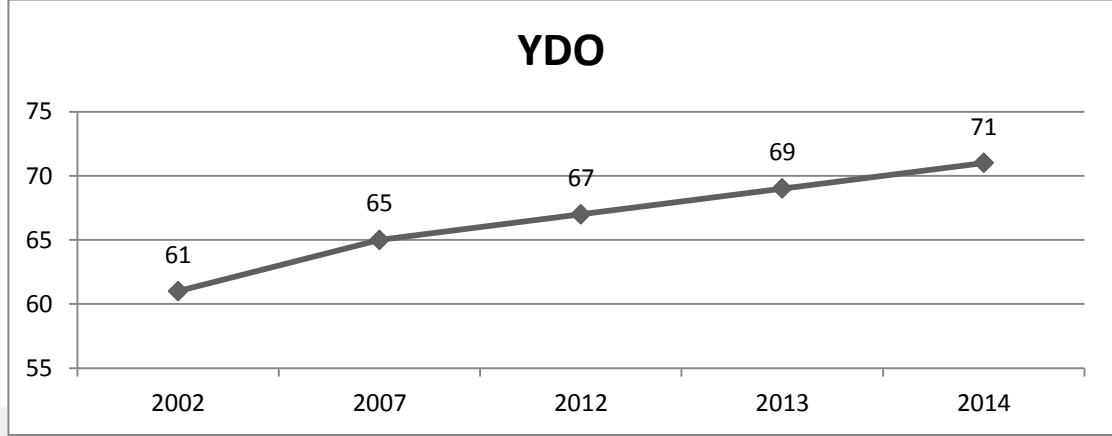
#### 2.6.2.4. Yatak Doluluk Oranları

Yatak doluluk oranı, belirli bir süre içerisinde hastane yataklarının ne oranda kullanıldığını gösteren sayıdır.

$$YDO = \frac{\text{Yatılan Gün Sayısı}}{\text{Toplam Gün sayısı} \times \text{Yatak Sayısı}} \times 100$$

Dünya Sağlık Örgütü tarafından da performans değerlendirme indikatörü olarak kabul edilmekte olan yatak doluluk oranının düşük olması, yatak kapasitesinin tamamının kullanılmadığını ve ihtiyaçtan fazla yatağın bulunduğunu ortaya koyar. Aksi durum ise

yatak sayısının yetersizliğini gösterir. Bu durumda da yeni yatak planlaması yapılması gerekir.



**Grafik 11.** KHB Yatak Doluluk Oranları

**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 25)

Verimlilik Karnesi uygulamasında ilk yıl sonunda kamu hastanelerinin yatak doluluk oranı % 67 gerçekleşirken 2013 ve 2014 yıllarında düzenli bir artış trendi gözlenmiştir. 2014 yılsonu itibarıyla % 71 oranı yakalanmıştır.

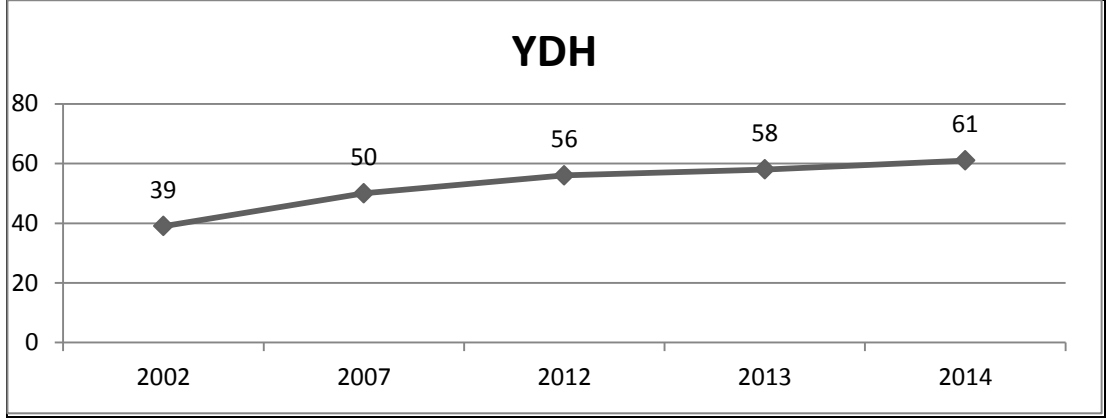
Yatak doluluk oranının artması atıl kapasitenin azalmasına ve kaynakların daha etkin kullanımına olanak sağlar. Kurumsal kapasite kullanımı ve kaynak yönetimi açısından değerlendirildiğinde artan yatak sayısı da göz önüne alınırsa yatak doluluk oranında ki bu artışın pozitif bir gelişme olduğu söylenebilir. Bu gelişme de hizmete ulaşımın kolaylaşması ve tıp alanındaki gelişmelerin etkisi bulunmaktadır.

#### 2.6.2.5. Yatak Devir Hızı

Yatak devir hızı, bir yatağın ilgili dönem (ay, yıl) içerisinde hastalar tarafından kaç kez kullanıldığını gösteren sayıdır.

Yatak Devir Hızı=  $\frac{\text{Yatan Hasta Sayısı}}{\text{Fiili Yatak Sayısı}}$  formülü ile hesaplanır.

Yatak devir hızı değerlendirilirken yatak sayısı, yatak doluluk oranı ve hastaların ortalama kalış süresi göstergelerini bir arada değerlendirmek gerekir.



**Grafik 12.** KHB Yatak Devir Hızı

**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 25)

Yatak sayısındaki artış ve ulaşılabilirliğin artmasıyla birlikte hastaların yatarak tedavilerinin mümkün olan en kısa sürede yapılması yönündeki çalışmaları sonucunda yıllar itibari ile ortalama kalış süresi düşerken yatak devir hızı yükseldiği görülmektedir. 2012 yılında 56 olan yatak devir hızı 2014 yılsonu itibarıyla 61 olmuştur. Bu durumda kaynakların optimal ve etkin kullanımı bağlamında mali göstergeleri de pozitif etkilemiştir.

#### 2.6.2.6. Acil Servis Müracaat Oranları

Sağlık tesisine yapılan başvuruların ne kadarının acil servise yapıldığını ölçer.

Acil Servis Müracaat Yoğunluğu= Acil Servise Yapılan Toplam Başvuru Sayısı / Sağlık Tesisine Yapılan Toplam Başvuru Sayısı (Acil Dâhil)

formülü ile hesaplanır.

Acil servis müracaat oranı, Bakanlık tarafından uygulamaya konulan ve acile başvuran hastaların önceliklerini belirleyerek bekleyemeyecek durumda olanları tespit etmek, hastaları geliş sırasına göre değil, durumlarının aciliyet seviyesine göre kabul etmeyi esas alan triaj uygulamasının etkinliğini değerlendirmek amacıyla kullanılır.

Aynı zamanda acil servis hizmetlerinin özellikli bir hizmet alanı olması nedeniyle maliyetleri artırıcı etkisini göz önünde bulundurmak gerekir.

Acil servise başvuran hastaların sayısı arttıkça doktorun hastaya ayırdığı zaman azalmakta, bu da sağlık hizmetinin kalitesini düşürmekte ve hastaların memnuniyet

seviyesini aşağı çekmektedir. Aşırı iş yükü hekimlerde ve diğer sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromuna sebep olmaktadır. Yüksek başvuru oranı, acil servislerin kontrolünü zorlaştırmakta, bu da sağlık çalışanlarına karşı şiddet olaylarının artmasına neden olmaktadır (Eray, 2014: 3).

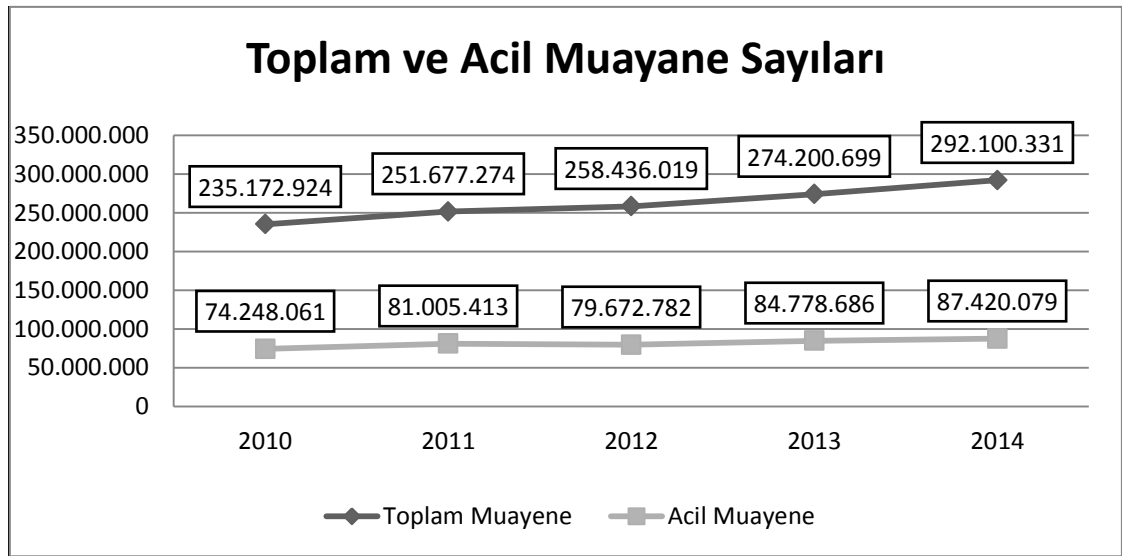
Bu yönüyle yıllar itibari ile yürütülen çalışmalar neticesinde acil servis müracaat oranının düştüğü görülmüştür.

**Tablo 21**  
**KHB Acil Servis Başvuru Verileri**

	2010	2011	2012	2013	2014
Toplam Muayene	235.172.924	251.677.274	258.436.019	274.200.699	292.100.331
Acil Muayene	74.248.061	81.005.413	79.672.782	84.778.686	87.420.079
Acil Servis Müracaat Oranı	%32	%32	%31	%31	%30

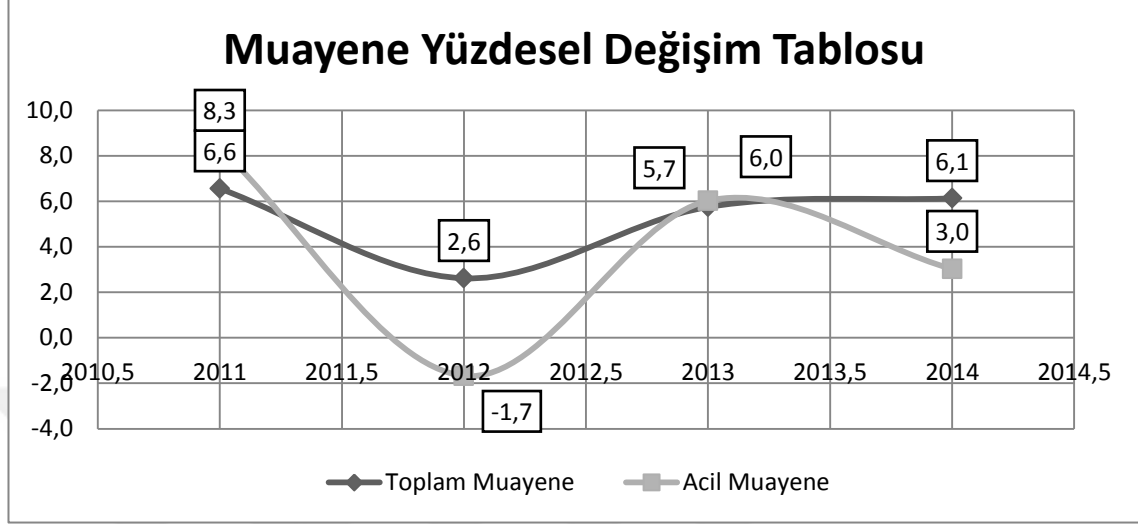
**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 25)

Sağlık tesislerine yapılan toplam başvuru sayıları gerek nüfusun artması ve gerekse de hizmetin ulaşılabilirliğinin yükselmesi nedeniyle hızla artmaktadır. Bununla birlikte stratejik yönetim bakışı çerçevesinde yürütülen çalışmalar neticesinde toplam başvurular içindeki acil servis başvurularının oranının düştüğü belirlenmiştir.



**Grafik 13.** KHB Muayene Sayıları

Acil servis muayene sayısındaki artışın, sağlık tesisinde yapılan toplam muayenedeki artışın altında olduğu gözlenmiştir.

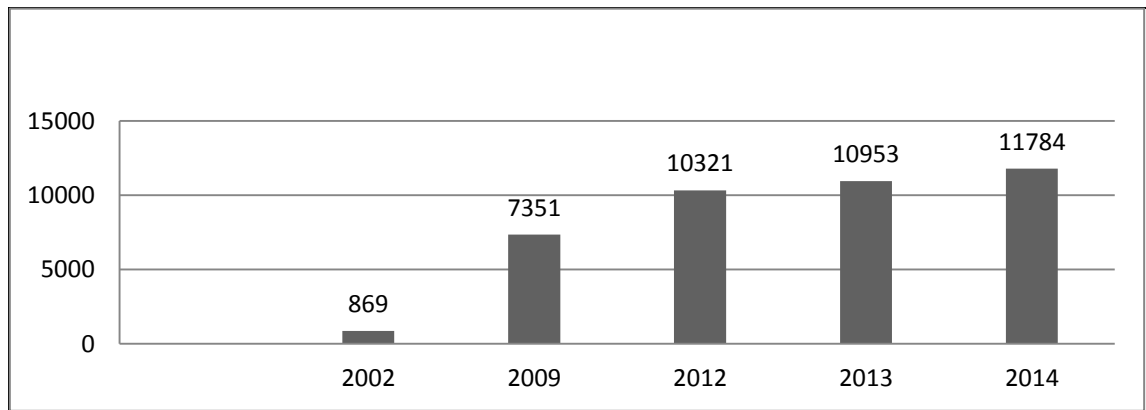


**Grafik 14.** KHB Muayene Yüzdesel Değişim Tablosu

#### 2.6.2.7. Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranları

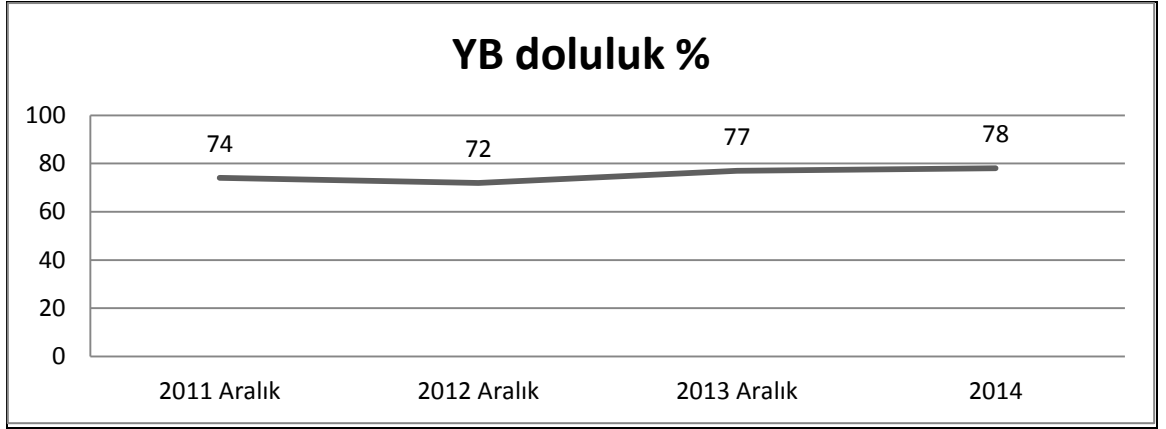
Sağlık tesisinin yoğun bakım yatak kapasitesinin doğru ve verimli olarak kullanılıp kullanılmadığını ölçmek için kullanılan sayıdır.

Yoğun Bakım Yatak Doluluk Oranı= İlgili Dönemde İlgili Yoğun Bakımda Toplam Yatılan Gün Sayısı / Dönemdeki Toplam Gün Sayısı x İlgili Yoğun Bakım Yatak Sayısı x 100 formülü ile hesaplanır.



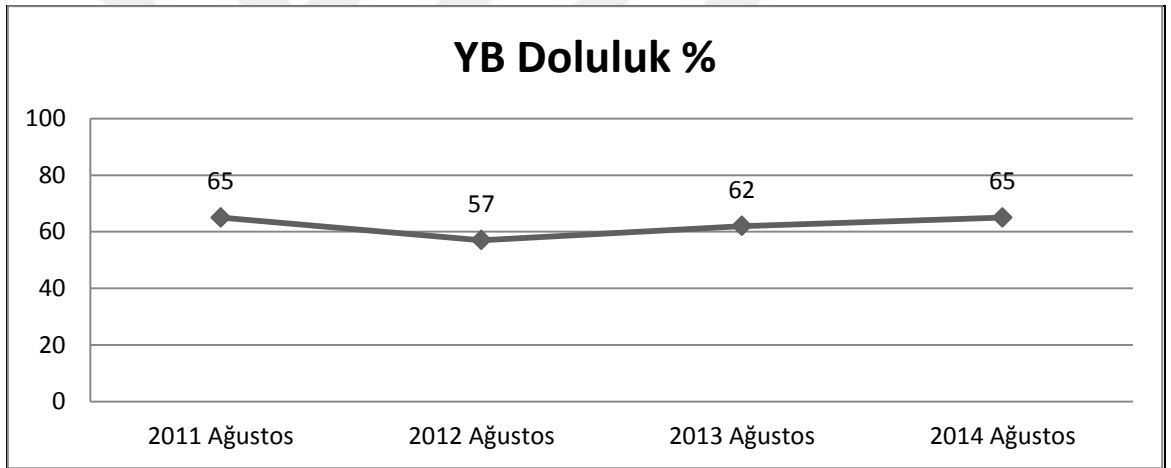
**Grafik 15.** Yoğun Bakım Yatak Sayıları 2002-2014

**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 25)



**Grafik 16.** Aralık Ayları YB- YDO 2011-2014

**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 28)



**Grafik 17.** Ağustos Ayları YB- YDO 2011-2014

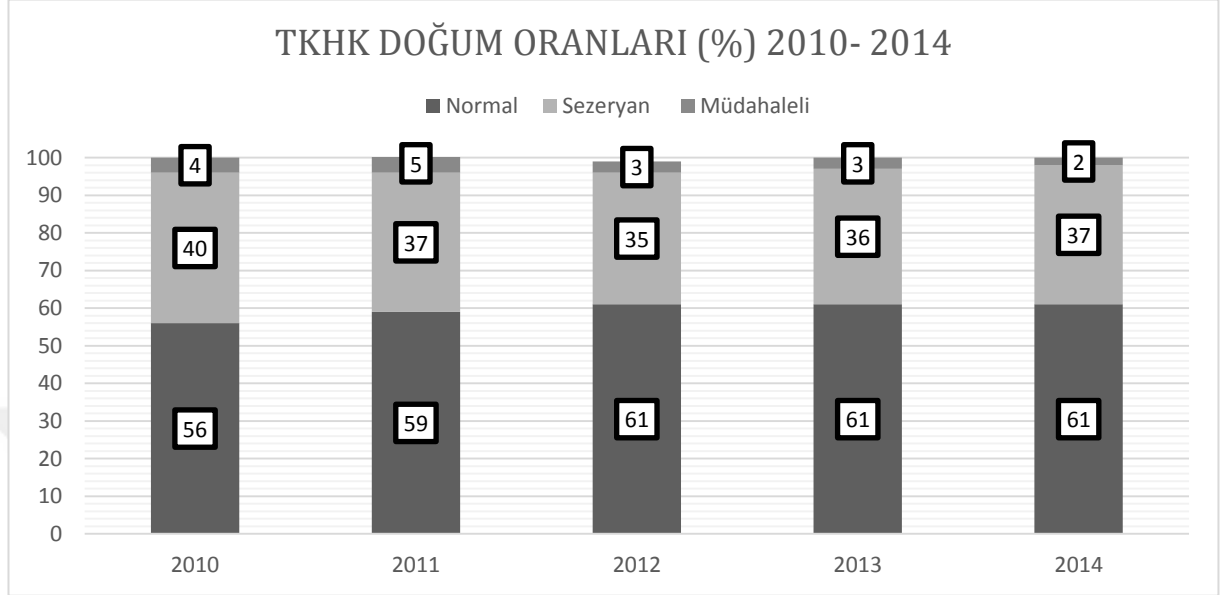
**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 28)

#### 2.6.2.8. Doğum Hizmetleri ve Sezaryen Çalışmaları

Kısaca tanımlanırsa sezaryen doğum, doğumun doğal yoldan gerçekleşmediği durumlarda karın ve rahmin kesilerek bebeğin alındığı cerrahi bir işlemdir. Çok nadir durumlarda bu yöntemle rahimdeki ölü fetüsün de alındığı olur.

Türkiye'de 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre %21.2 olan sezaryen oranının, 2008 TNSA 'da %36.7 olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün maternal ve perinatal mortalite oranlarını dikkate alarak hedeflediği sezaryen

oranı %15'dir. Gelişmiş batı ülkelerinde de 2008 itibariyle, %16.6 (Norveç) ile %37.4 (İtalya) arasında değişen sezaryen oranları bildirilmektedir ( Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2010: 7).



**Grafik 18.** TKHK Doğum Verileri 2010- 2014

**Kaynak:** (SB TKHK Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı, 2015, s. 29)

1960'dan 1990'a kadar tüm dünyada sezaryen oranlarında bir artış olsa da ülkemizde gerek sosyoekonomik nedenlerden gerekse annelerin ve hekimlerin tercihleri nedeniyle epidemi düzeyinde bir artış yaşanmıştır (Dölen ve Özdeğirmenci, 2014, s. 116).

Bu nedenle Sağlık Bakanlığı tarafından sezaryen oranlarının düşürülmesi önemli bir hedef olarak belirlenmiştir. Bu çerçevede doğum yaptırılan kamu hastanelerinin Verimlilik Karnelerinde önemli bir gösterge olarak tanımlanmıştır.

Sezaryen oranı sağlık tesisinde gerçekleşen tüm doğumların içerisindeki sezaryen doğumların oranını ölçmek için kullanılan sayıdır. Sezaryen Oranı; Toplam Sezaryen Yapılan Hasta Sayısı/ Toplam Doğum Sayısı formülü ile hesaplanır. 2011 yılında % 59 olan normal doğum oranı Kurumsal Karne Modelinin uygulamaya konulduğu 2012 yılında % 61 gerçekleşmiştir. 2013 ve 2014 yıllarında ise bu durum değişmemiştir.

Sezaryen hızının bir karne kriteri olarak belirlenmesi şüphesiz yöneticiler ve çalışanlar için konunun farkındalığının artması ve Bakanlığın genel politikası çerçevesinde bu doğrultuda çalışmalar yapılması ve optimal sezaryen hızına düşülmesinde açısından



önemlidir. Ancak sezaryen hızının artmasına neden olan toplumsal, yasal, kurumsal ve ekonomik nedenlerin düzeltilmeden sadece bu konunun bilincinde olan kadın doğum uzmanlarıyla optimal sezaryen hızına inilmesinin mümkün olamayacağı da bir gerçektir (Dölen ve Özdeğirmenci, 2014: 116).

#### 2.6.2.9. Özellikli Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde ortalama yaşam süresinin ve dolayısıyla yaşlı nüfusun giderek artması, gelişen dünyanın bir sonucu olarak kronik hastalıkların görülme sıklığının çoğalması gibi nedenler, insanların yaşam kalitesindeki beklenti ve ihtiyaçları da aynı oranda yükseltmektedir. Erken doğan bebeklerin hayatta kalma oranının yükselmesi, riskli gebeliklerin önceden tespit edilip takip edilebiliyor olması gibi etmenler de özellikli sağlık hizmet birimlerinin sağlık tesisleri bünyesinde etkin bir şekilde yapılandırılmasını zorunlu hâle getirmiştir.

İleri teknoloji ürünü ve yüksek maliyetli, alanında uzmanlaşmış, nitelikli sağlık insan gücü gerektiren bu alanların başlıcaları kemik iliği, organ nakli merkezleri, cyberknife, mikro cerrahi uygulamaları, robotik cerrahi sistemi gibi özellikli sağlık hizmetlerinin verilmesi gereken alanlardır. Özellikli sağlık hizmetlerinin verildiği yerler; ünite veya merkez olarak adlandırılmaktadır. Kamu hastaneleri bünyesinde kurulan, özel teknolojik donanım ve sertifikasyon sahibi nitelikli personel istihdamı gerektirmektedirler.

Başlıcaları; kardiyovasküler cerrahi, radyasyon onkolojisi, nükleer tıp, girişimsel radyoloji, yanık merkezi/ünitesi, patoloji merkezi, perinatal merkezler, organ nakli merkezi, kemik iliği, el ve mikro cerrahi, robotik cerrahi, hiperbarik oksijen tedavisi, robotik yürüme rehabilitasyon sistemi, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, genetik merkezleridir.

**Tablo 22**  
**Özellikli Hizmetlerin Gelişimi**

Kardiyovasküler Cerrahi Hizmetleri	2007 yılında belirlenen 7 olan erişkin KVC merkezi sayısı 2014 yılında 48'e ulaşmıştır.
Yanık Hizmetleri	2009 yılında 3 olan sayı, 2014 yılında 35' e çıkmıştır.
Kapsamlı Onkoloji Merkezi (KOM):	2012 yılında 5 olan KOM sayısı, 2014 yılı itibariyle de 10' a ulaşmıştır.
Onkoloji Tanı ve Tedavi Merkezleri (OTTM):	2014 yılı itibariyle sayısı 23'e ulaşmıştır.
Prematüre Retinopatisi (ROP) Hizmetleri	2012 de 12 olan ROP tanı tedavi merkezleri 2014 yılı itibariyle 22 olmuştur.
Perinatal Merkezler	2010 yılında 6 olan Perinatal merkez sayısı, 2014 yılında 13 olmuştur.
Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri	2011 yılında 40 olan TRSM sayısı % 132'lik bir artışla 2014 yılında 93'e ulaşmıştır.

**Kaynak:** <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/7bd8bca6de2a44dd903ddec8dea5d626.pdf>

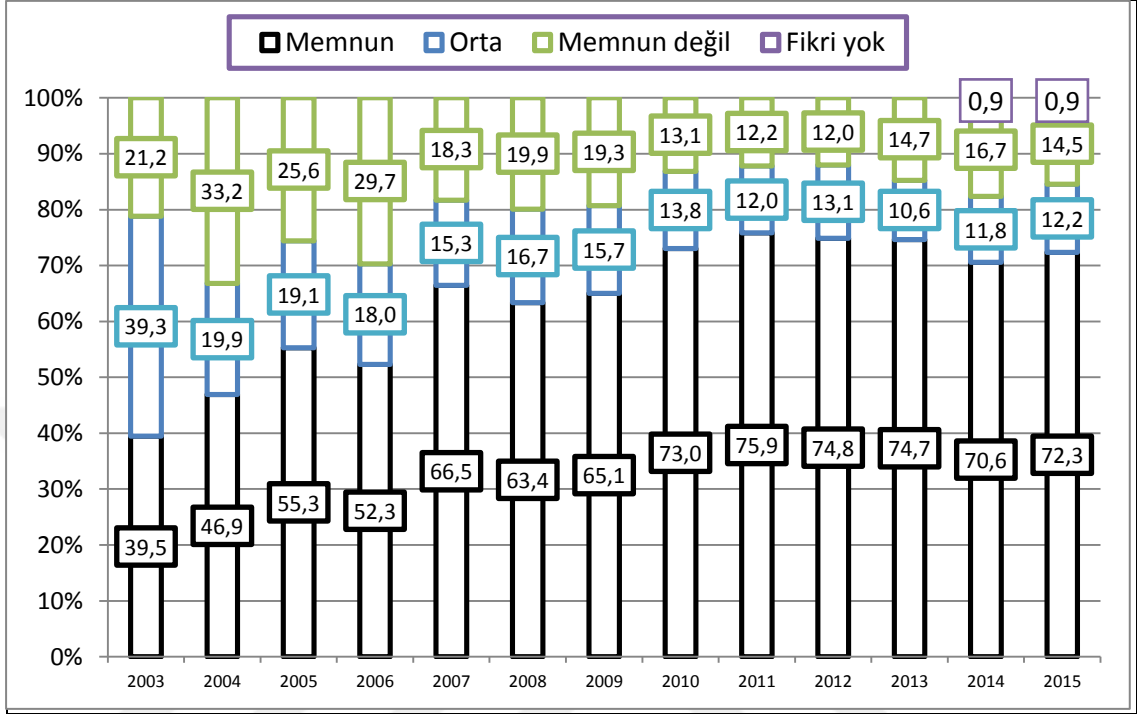
Tablo 22 de görüldüğü üzere Verimlilik Karnesi uygulaması ile özellikli sağlık hizmetlerinde ciddi artışlar yaşanmıştır. Bakanlığın genel politikası ve stratejisinin yanı sıra özellikli sağlık hizmetlerinin doğrudan KHB puanlamasına dâhil edilmesi ve bu alanın gerek birlik puanı gerekse yönetici değerlendirmelerinde ağırlıklı olması yaşanan gelişmeye etkili olmuştur.

### 2.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümleri

Kaplan (2009) bir çalışmasında Norton ile birlikte Kurumsal Karneyi ilk ortaya attıkları doksanlı yıllarda müşteri kazanma, işletme kusurları, müşteri memnuniyeti, çalışan memnuniyeti gibi alanların nasıl ölçüleceği sorunuyla karşılaştıklarını, ancak havayolları vb. nitelikteki şirketlerin özellikle müşteri memnuniyeti konularına önem verdiklerini ve müşteri memnuniyetini artırmak için çalışmalar yürüttükleri söylemektedir (Kaplan, 2009: 18, 19, 20).

Bu aşamada Kurumsal Karne yaklaşımı çerçevesinde müşteri memnuniyetinin yanı sıra çalışan motivasyonu ve süreç kalitesini de yöneticilerin dikkatini çektiklerini ifade etmektedir.

Bu bağlamda memnuniyet ölçümlerinde tek taraflı sadece müşteri odaklı bir yaklaşım değil aynı zamanda çalışanların memnuniyetini de dikkate alan bir yaklaşım gerekli olmaktadır.



**Grafik 19.** TUİK Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti

**Kaynak:** [www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab\\_id=1598](http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1598)

Sağlık Bakanlığı çalışan memnuniyetini değerlendirmek amacıyla memnuniyet anketleri geliştirilmiş ve kurumlara yol göstermek amacıyla anket uygulama ilkelerini içeren rehber hazırlanmıştır. Anketler, kurumlarda bu rehber çerçevesinde uygulanmakta ve kurumlar bu kapsamda değerlendirmeler yapmaktadır. 2015 yılında güncellenerek yayımlanan Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi'nde yer aldığı üzere çalışanların cinsiyet, yaş, meslek ve eğitim durumu gibi temel bilgileri sorulduktan sonra çalışanlara yer alan sorular yöneltilmektedir. (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015: 17).

**Tablo 23**  
**Sağlık Çalışanı Memnuniyet Anketi Soruları**

	<b>Lütfen aşağıdaki ifadelere ilişkin görüşünüzü en iyi yansıtan cevabı daire içerisinde alarak işaretleyiniz. Örnek: (1)</b>	<b>EVET</b>	<b>BİRAZ/BAZEN</b>	<b>HAYIR</b>
<b>1</b>	Aldığım eğitime uygun bir bölümde çalışıyorum.	(3)	(2)	(1)
<b>2</b>	Çalışma ortamım ve çalışma koşullarım ile ilgili yapılacak düzenlemelerde görüşüme başvurulur.	(3)	(2)	(1)
<b>3</b>	Çalışma mekânım rahat çalışabileceğim biçimde düzenlenmiştir.	(3)	(2)	(1)
<b>4</b>	Çalıştığım bölümde çalışan güvenliği tüm yönleriyle sağlanmaktadır	(3)	(2)	(1)
<b>5</b>	Yönetim tarafından çalışanları ödüllendirme (teşekkür yazıları, ek ödeme ilave puanı, vb.) mekanizmaları işletilmektedir.	(3)	(2)	(1)
<b>6</b>	Yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusunda düzeltici ve önleyici faaliyetler yapmaktadır.	(3)	(2)	(1)
<b>7</b>	Yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıklar için ilgili personel ile birlikte çözümler üretmekte ve gerekli önlemleri almaktadır.	(3)	(2)	(1)
<b>8</b>	Yöneticilere sorunlarımı iletme imkânı bulurum.	(3)	(2)	(1)
<b>9</b>	Yönetim "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)" konusunda tüm çalışanları bilgilendirir.	(3)	(2)	(1)
<b>10</b>	Çalıştığım bölümün işleyişi konusunda önerilerim dikkate alınır.	(3)	(2)	(1)
<b>Lütfen sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (x).</b>			<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
<b>11</b>	Son 6 ay içinde fiziksel bir saldırıya uğradım.			
<b>12</b>	Çalıştığım kuruma başlarken uyum eğitimi aldım.			
<b>13</b>	Çalıştığım bölüme başlarken uyum eğitimi aldım.			
<b>14</b>	Son 6 ay içinde bir hizmet içi eğitime katıldım.			
<b>15</b>	Çalıştığım bölüm ile ilgili olmak üzere, son 6 ay içinde hasta ve çalışan güvenliği (hasta kayıt ve kimlik bilgilerinin kayıt altında olması, hastaya doğru tedavi uygulanması, enfeksiyonları önleme, mahremiyet, vb.) konularında eğitim aldım.			
<b>16</b>	Hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında eğitim aldım.			

**Kaynak:** <https://kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=316>

Memnuniyetin artırılması hasta ve çalışanların beklenti ve gereksinimlerinin hangi ölçüde karşılanabildiğini ortaya konulması hastane işletmeleri içinde önem kazanmıştır. Hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet kalitesinin önemli göstergelerinden biri olarak

kabul edilmektedir. Bu alanda başarılı olmak için, hasta ve çalışanların görüş ve deneyimlerine başvurmak ve beklentilerini doğru algılamak gerekmektedir.

Kamu hastanelerinde hasta ve çalışan memnuniyetini değerlendirmek amacıyla anketler uygulanmaktadır. 2003- 2015 yılları arasında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının % 40 lardan % 70 lere yükseldiği görülmektedir.

2010 yılından sonra memnuniyet oranlarının % 70 in üzerinde seyrettiği ve kalıcılık kazandığı da dikkati çekmektedir. Yıllar içerisinde hasta memnuniyeti ve memnuniyetsizliği oranlarının stabilleşmesi sistemin kalıcılığı açısından önemlidir.



## SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Günümüzde bilginin üretimi ve paylaşımın hızlanması, globalleşme, bireylerin kamu kurumlarından beklentilerinin değişmesi ve artması beraberinde yönetim anlayışında bir değişimi getirmiştir. Kamudaki yönetim anlayışında katılım, açıklık, hesap verebilirlik, yönetişim, etkinlik, verimlilik, tutumluluk gibi kavramlar ön plana çıkmıştır. Bu bağlamda performans değerlendirme ve denetim anlayışında ve bu kavramların kullanıldığı modeller gündeme gelmiştir. Geleneksel anlayışta farklı olarak sadece finansal boyutun yeterli olmayacağı vurgulanmıştır.

Sağlık sektörü toplumdaki tüm bireyleri doğrudan ilgilendiren ve toplumun tüm kesimlerini kapsayan bir yapıdır. Kaliteli ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi, ülke ekonomisine katkı sağlaması, toplumsal kaynakların daha verimli kullanılabilmesi ve vatandaşların geleceğe umutla bakabilmesini sağlamaktadır.

Bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısında 2011 yılında yaşanan değişiklik ve ertesinde Kaplan ve Norton tarafından geliştirilen Kurumsal Karne modelinden yola çıkılarak 2012 yılında uygulanmaya başlanan Verimlilik Karne Modeli anlatılmıştır. Verimlilik Karne Modeli ile TKHK ve sağlık hizmeti sunucusu olarak kamu hastanelerinin performansının ne şekilde ölçülebileceği, bu modelin kullanımının sağlık yönetişimine katkısı ile seçilmiş göstergelerde Kurumun ve kamu hastanelerinin karne öncesi ve sonrası durumunun karşılaştırılması yapılarak kurumsal karne uygulamalarının, kurumsal hizmet kapasitesi üzerine etkisi araştırılmıştır.

2011 yılında Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısında ve kurumsal yönetim anlayışında yaşanan değişikliklerin ertesinde kamu hastanelerinin performans değerlemesi kapsamında yapılan düzenlemelerde uygun bir model arayışı çalışmalarında önceki çalışmalar da dikkate alındığında “Balanced Scorecard- Dengeli Kurumsal Karne” modeli ön plana çıkmıştır. Modelde belirlenen ölçütler ile başta yöneticiler olmak üzere kurumların performansını ölçmek üzere puanlamanın esas alındığı karne sistemi ile çalışanlar ve hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi, tıbbi hizmetin kalitesi gibi önemli parametrelerin takibi ön görülmüştür (Birinci, 2012).

Çalışmada yer aldığı üzere sağlık sektöründe kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde kamu hastane birlikleri kurulmuştur. Hâli hazırda 2. basamak ve 3. basamak sağlık hizmetleri bu birlikler aracılığı ile sunulmakta olup İstanbul'da 6, Ankara'da 3, İzmir'de 2 birlik ve diğer illerde bir olmak üzere toplam 89 Kamu Hastane Birliği bulunmaktadır.

Birliklerin kurulması ve faaliyete geçmelerinin ertesinde birliklerin ve bünyesindeki sağlık tesislerinin, bir performans programı çerçevesinde yönetilmesi öngörülmüş, hem performans değerlendirme modeli hem de stratejik yönetim bağlamında gereksinim ortaya çıkmıştır. Bu noktada Sağlık Bakanlığı; Kamu Hastane Birliklerinin ve yöneticilerinin kaynak kullanımının, hizmet sunumunun etkinliğini ve verimliliğini değerlendirmek üzere Kaplan ve Norton tarafından geliştirilen ve literatürde Kurumsal Karne “Balanced Score Card” olarak adlandırılan modeli temel almıştır.

Kurumsal Karne “Balanced Score Card” Modelinin, değer yaratan anahtar faktörleri anlamayı ve ölçmeyi amaçlayan, yöneticilerin operasyonları daha etkili biçimde ölçmelerini sağlayan, dengeli ölçüm setine; kaynak kullanımı, Bakanlık politika ve hedefleri ve sektöre has değerlendirme kriterleri eklenerek Verimlilik Karne Modeli olarak adlandırılan yeni bir performans değerlendirme modeli oluşturmuştur.

Verimlilik Karne Modeli yasal düzenlemelerle de desteklenmiş ve zorunlu tutulmuştur. Sağlık Bakanlığının organizasyon yapısını tekrar düzenleyen 663 sayılı KHK'nın 34'üncü ve 40'inci maddelerinde performans değerlendirmesi ve temel esasları tanımlanmıştır.

Yasal olarak uygulayıcı kurum olan TKHK tarafından “Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği”, “Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Karne Değerlendirmesi Hakkında Yönerge”, “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge” ve “Birlik Değerlendirme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” hazırlanarak uygulamaya konulmuştur.

Bu yönergeler ile kanun gereği sağlık tesislerinin sözleşmeli yöneticilerinin performansı Tıbbi Hizmetler, İdari Hizmetler, Mali Hizmetler ve Yerinde Değerlendirme olmak

üzere dört boyutta değerlendirilmiştir. Birlik yöneticilerinin performansı ise TKHK tarafından belirlenmiş birlik hedefleri ile sağlık tesislerinin puanlarından elde edilen ağırlıklı puan kullanılarak hesaplanır.

Türkiye genelinde 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunan kamu kurumlarının yöneticilerinin 2012- 2014 arasındaki özet performans tablosu ve karne analizi Tablo 24’de verilmiştir.

**Tablo 24**  
**Kamu Hastane Birlikleri Yönetici Başarı Gruplarına Göre Dağılım**

	DÖNEM	Başarı Grubu				
		A	B	C	D	E
Birlik Yöneticisi ve Birlik	2012 Başlangıç	6	80	1		
	2013 İlk	49	39			
	2014 Son	78	10			
Tıbbi Hizmetler Başkanı	2012 Başlangıç		40	46	1	
	2013 İlk	11	62	15		
	2014 Son	43	44	1		
İdari Hizmetler Başkanı	2012 Başlangıç	17	58	11	1	
	2013 İlk	26	57	5		
	2014 Son	59	26	3		
Mali Hizmetler Başkanı	2012 Başlangıç			4	20	63
	2013 İlk	2	25	36	21	4
	2014 Son	60	22	5	1	

Birlik yöneticisi ve Birlik karne puanına göre A başarı grubunda yer alan birlik sayısı 2012 Başlangıç Karnesinden itibaren artış göstererek, 2014 yılsonu karnesinde toplam 78’e yükselmiştir.

Tıbbi Hizmetler Başkanı karne puanına göre A başarı grubunda yer alan birlik sayısı 2012 Başlangıç Karnesinden itibaren artış göstererek, 2014 yılsonu karnesinde toplam 43’e yükselmiştir.

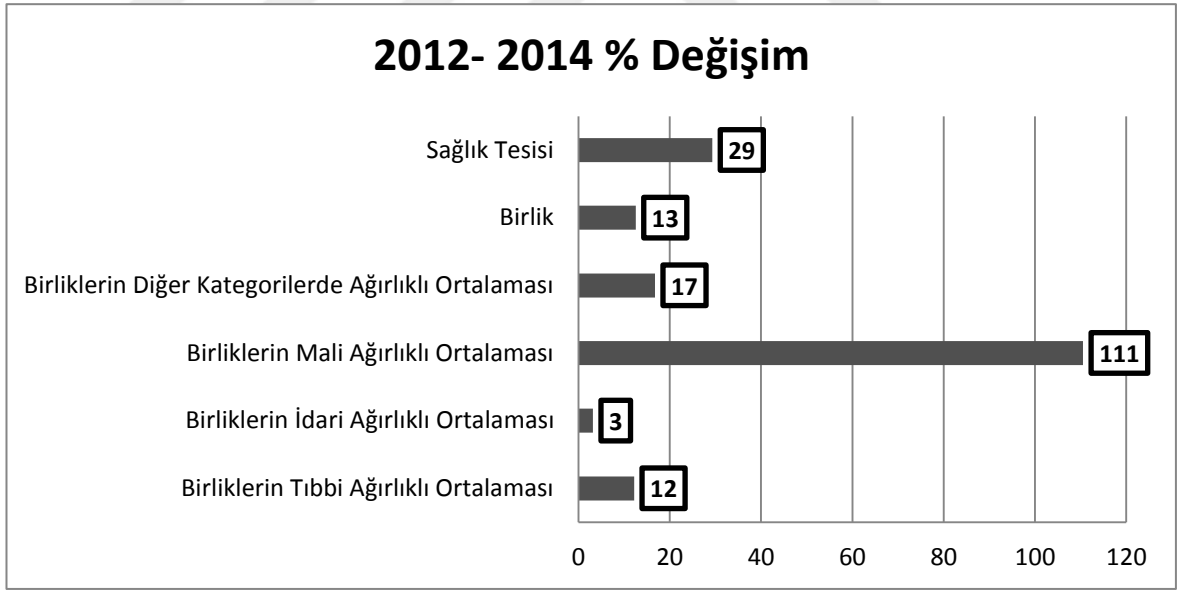
İdari Hizmetler Başkanı karne puanına göre A başarı grubunda yer alan birlik sayısı 2012 Başlangıç Karnesinden itibaren artış göstererek, 2014 yılsonu karnesinde toplam 59’a yükselmiştir.



Mali Hizmetler Başkanı karne puanına göre A başarı grubunda yer alan birlik sayısı 2012 Başlangıç itibaren artış göstererek, 2014 yılsonu karnesinde toplam 60'a yükselmiştir.

**Tablo 25**  
**Başarı Grupları Puan Ortalaması**

Kriter	2012 Başlangıç	2013 İlk Karne	2014 Son Karne
Birliklerin Tıbbi Ağırlıklı Ortalaması	699	757	784
Birliklerin İdari Ağırlıklı Ortalaması	790	782	815
Birliklerin Mali Ağırlıklı Ortalaması	389	589	819
Birliklerin Diğer Kategorilerde Ağırlıklı Ortalaması	806	869	941
Birlik	758	803	853
Sağlık Tesisi	628	731	812



**Grafik 20.** Karne Puanlarının Değişim Oranları

Tablo 25 de kamu hastaneleri birliklerin verimlilik karnesi değerlendirme puanları bulunmaktadır. Grafikte 20 de görüldüğü üzere tüm alanlarda başlangıç karnelerine göre belirgin bir artış var iken mali ağırlıklı ortalamada 2014 sonu itibari ile 2012 başlangıç karnesine göre % 111 oranında bir artış gözlemlenmektedir.

Bu durum esas itibari ile Kurumsal Karne temelli Verimlilik Karnesinin sektörün tüm alanlarında belirgin bir iyileşme sağlarken, mali alanda daha yüksek oranda etki ettiğinin bir göstergesidir. Daha önce profesyonel yönetim anlayışının diğer alanlara göre daha az uygulama alanı bulduğu mali alanda gözlemlenen bu değişim, Verimlilik Karnesi uygulaması ile alanın düzenlenip ve hedefler belirlenmesine ve disipline edilmesine bağlanabilir.

Ülkemiz de Kurumsal Karnenin daha önce kısmen özel hastaneler ve diğer bazı kamu kuruluşlarında lokal kullanımı olmuşsa da bu yaygınlıkta ilk kez Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunda ve bağlı birliklerde kullanılmıştır.

Kurumsal Karne temelli Verimlilik Modelinin uygulanması ile 2. ve 3. basamak kamu sağlık kurumlarında verimlilik yaklaşımı ve profesyonel yönetim desteklenmiştir. Kurulan model sahadan gelen geri bildirimlerle beslenen, uluslararası güncel uygulamaları takip eden ve araştıran, dinamik ve çok boyutlu bir uygulamadır.

İleri dönemlerde her hastaneyi kendi altyapısı, insan kaynağı, hasta profili ve sahip olduğu şartlarda tek tek değerlendirme ve kendi gelişim sürecini bir önceki durumuyla karşılaştırma imkânı sunan bir modelle çalışma alt yapısı düşünülmektedir.

Sağlık Bakanlığına bağlı 2. ve 3. basamak kamu hastanelerinde uygulanan Kurumsal Karne tabanlı Verimlilik Karnesi uygulamasının gerek yönetim gerekse performans yönünden olumlu etkileri Sağlık Bakanlığının diğer kurumlarda da benzer arayışların ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Bu çerçevede her ne kadar sözleşmeli pozisyonda çalışmasalar da İl Halk Sağlığı Müdürlerinin dolayısıyla 1. basamak sağlık hizmetlerin her yıl verimlilik değerlendirmesine tabi tutulması gündeme gelmiştir. 2015 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından oluşturulan ve sunulan sağlık hizmetini ölçmeyi amaçlayan 123 farklı göstergeden oluşan bir karne ile İl Halk Sağlığı Müdürlerinin de performansları ölçülmeye başlanmıştır.

Bu karnenin içeriği ve değerlendirme yöntemleri incelendiğinde Kurumsal Karne temelli Verimlilik Karne Modeline benzer şekilde bir ayırım ve sınıflamaya gidildiği görülmektedir. Karne göstergeleri, tıbbi, idari, mali, kalite üst başlıkları altında ki genel

göstergeler ile izleme ve değerlendirme, eğitim kriterleri olmak üzere üç grupta oluşturulmuştur. Halk Sağlığı Müdürlerinin karne puanı hesaplanırken genel kriterler grubu altı yüz seksen beş puan, izleme ve değerlendirme kriter grubu iki yüz puan ve eğitim kriter grubu ise yüz on beş puan üzerinden hesaplanmaktadır.

TKHK da yaşanan ve yaşanmakta olan Kurumsal Karne deneyimi kurumların reorganizasyonunun sık sık gündeme geldiği günümüzde sunduğu çok boyutlu değerlendirme anlayışı ve kurumsal gelişimi destekleyen bütüncül yapısıyla önemli bir uygulama olarak öne çıkmaktadır.

Çalışmada gösterildiği üzere Kurumsal Karne Sistemi (Balanced Score Card) kamu hastanelerini sadece finansal açıdan değil çok boyutlu bir değerle Kurumsal Karne Sisteminin seçilmesinin nedeni, yalnızca finansal kapsamda değil, Kurumun ve hastane işletmelerinin diğer boyutlarını da değerlendirme fırsatı yaratmakta ve çok boyutlu bir bakış açısı sunmaktadır.

Kamu hastanelerinde yapılan uygulamaya bakıldığında kurumsal karne modelinin tek başına bir performans ölçüm sistemi olmaktan öte hastane işletmeleri ile kurumun ve Bakanlığın temel stratejisi ve hedefleri arasında birlikteliğin sağlanmasında önemli rol oynadığı ve hastane işletmelerinin başta yönetim kademesi olmak üzere genel olarak bu çerçevede motive oldukları gözlemlenmiştir.

Bu bağlamda karne uygulaması amaçların gerçekleştirilmesini kolaylaştıran, engelleyici unsurlara karşı koyan ve kaldırılmasına yardım eden, organizasyon ve birey amaçlarını ve çalışmalarını birleştiren, değişim ve ilerleme için gerekli ve değerli bir yönetim aracı olmuştur.

## KAYNAKÇA

### *Kitaplar*

- AGUİNİS, H (2011). *Performance Management*. Edinburgh, Baskı Sayısı  
İskoçya: Edinburgh Business School
- AKDAĞ, R (Ed.) (2011). *Kamu Hastanelerinin Genel Verimliğinin  
Değerlendirilmesi Araştırma Raporu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı  
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü
- AKDUR, R (2000). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri  
ile Kıyaslanması*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ  
(2010). *Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi*. Ankara: T.C.  
Sağlık Bakanlığı.
- ARGÜDEN, Y. ve E. SAĞDIÇ, (2000). *Mükemmellik Modeli "Balanced  
Scorecard"*. İstanbul: AR-GE Danışmanlık Yayınları.
- ATEŞ, M (2011). *Sağlık Sistemleri*. İstanbul: Beta Yayınevi.
- AYDIN, S. ve M. DEMİR, (2006). *Sağlıkta Performans Yönetimi*. Ankara:  
T.C. Sağlık Bakanlığı.
- ÇELİK, O (2002). İşletmelerde Bir Performans Ölçütü Olarak Ekonomik  
Katma Değer (EKD) ve Türk Telekom A.Ş.'de Uygulanması (M.  
Özügurlu) (Ed), AÜ SBF GETA Tartışma Metinleri. içinde Ankara:  
Ankara Üniversitesi.
- ÇİNAL, A. ve DEMİR, M (2011). *Hastane Hizmet Kalite Standartları*.  
Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- ÇUKUROVA, Z., AKIN, M., ve KOÇATAKAN, P (2015). *Verimlilik Karne  
Uygulama Rehberi*. Ankara: TKHK.
- ETTELT S, E. NOLTE, S. THAMSON ve N. MAYS (2010). *Politika Belgesi,  
Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama*. 1. Baskı. Ankara: T.C.  
Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

- HALİS, M (2015). Toplam Kalite Yönetimi. K. O. Özer, M. Hızıroğlu, A. Saldamlı, (Ed) *Yönetmel ve Örgütsel Etkinliği Geliştirme Yöntemleri* içinde İstanbul: Adra Yayıncılık. 26-71
- KAPLAN, R. S (2009). Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard. C. Chapman, A. Hopwood, ve M. Shields, *Handbook of Management Accounting Research* içinde Boston : Elsevier. 18- 20
- KAPLAN, R. S. ve NORTON, D. P (2015). *Balanced Scorecard- Şirket Stratejisini Eyleme Dönüştürmek*. S. Egeli, (Çev.) İstanbul: Aura Yayınevi (orijinal baskı tarihi 2003)
- MACKAY, A (2004). *Practitioner's Guide to the Balanced Scorecard*. London, United Kingdom: CIMA (The Chartered Institute of Management Accountants).
- MCKEE, M (2003). *Reducing Hospitals Beds*. Copenhagen- Denmark: WHO.
- MOLLAHALİLOĞLU, S., Ü. HÜLÜR., N. YARDIM, H. ÖZBAY, A.K. ÇAYLAN, N. ÜNÜVAR VE S. AYDIN (Ed) (2007). *Türkiye'de Sağliğa Bakış 2007*. Ankara: T.C. Sağliğ Bakanliğı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü
- MURBY, L. ve Gould S (2005). *Effective Performance Management with the Balanced Scorecard Technical Report*. . London, United Kingdom: CIMA (The Chartered Institute of Management Accountants).
- ONTARİO HOSPİTALS ASSOCIATION (2007). *Hospital Reposrts 2007 Acute Care*. Ontario: ICHI (Canadian Instute For Health Information)
- PALADİNO, B (2007). *Five Key Principles of Corporate Performance Management*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- SAĞLIK BAKANLIğI, TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2011). *Hastane Hizmet Kalite Standartları* (1. Baskı b.). Ankara. T.C. Sağliğ Bakanliğı
- SAĞLIK BAKANLIğI (2011). *Sağliğın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü* (1. Baskı b.). Ankara: T.C. Sağliğ Bakanliğı Temel Sağliğ Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- SAĞLIK BAKANLIğI (2012). *Stratejik Plan 2013- 2017*. Ankara: Sağliğ Bakanliğı.

- SAĞLIK BAKANLIĞI (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 (s. 76). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2015). *Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi (Versiyon-2.0; Revizyon-00)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- SAYIŞTAY (2003). Sayıştay'ın Performans Ölçümüne İlişkin Ön Araştırma Raporu. Ankara. Sayıştay Başkanlığı
- SODERBERG, M. J (2006). *The Balanced Scorecard: Structure And Use In Canadian Companies*. Saskatchewan: University of Saskatchewan.
- SÖRMAN, H (2011). *Swedish Waiting Times for Health Care in an International Perspective*. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions.
- TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2011). *Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2013*. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- TEKKANAT, U (hızl) (2015). *Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı 2014*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu.
- TKHK, Sağlık Bakanlığı (2012). *Verimlilik Modeli Ön Değerlendirme Raporu*. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı
- TKHK, Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı (2015). *Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Rehberi- Hastane*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu.
- UZOĞLU, C (2011).(hızl) Performans Yönetim Sistemi ve Performans Denetimi. Ankara: T.C. Bayındırlık ve İskân Bakanlığı TKGM Teftiş Kurulu Başkanlığı
- YALKIN, Y. K (1981). *İşletmelerde Mali Analiz Teknikleri (5. b.)*. Ankara: Ankara Üniversitesi.

### *Sürekli Yayınlar*

- AĞCA, V. ve TUNCER, E (2006). Çok Boyutlu Performans Değerleme Modelleri Ve Bir Balanced Scorecard Uygulaması. Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, 8(1), 175,176.
- ARSLANHAN S (2010). Muayene Sayısındaki Artış Anlamlı Bir Erişim Artışını Mı İfade Ediyor? TEPAV (Türk Ekonomi ve Politikalar Araştırma Vakfı) <http://www.tepav.org.tr/tr/yayin/s/320>
- ATKINSON, A.A., J.H WATERHOUSE ve R.B.,WELLS, (1997) Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement, Sloan Management Review, 38,(3), 25-38
- CHİNG, Y., & CHAN, L (2004). Performance Measuremet and Adoption of Balanced Scorecards, A Survey of Municipal Governments in the USA and Canada. The International Journal of Public Sector Management, 17(3), 213
- CIHANGİR, E (2014). Kurumsal Performans Yönetimi ve Yüksek Performanslı Organizasyonların Özellikleri. Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi (5), 38, 39.
- ÇANAKÇIOĞLU, M., & DEMİRBAŞ, M (2009). Performans Ölçüm Yöntemleri İle Kurumsal Karne Yaklaşımı. İktisat Fakültesi Mecmuası İstanbul Üniversitesi 59 (2) 216; 217.
- ÇOŞKUN, A (2006). Bankaların Stratejik Performans Yönetiminde Performans Karnesi Kullanımı. Bankacılar Dergisi (6), 30.
- ÇUKURÇAYIR, M.A.ve EROĞLU H.T (2014). Yerel Yönetimlerde Yeniden Yapılanmaya Farklı Bir Yaklaşım: Verimlilik ve Başarı Karnesi (Balanced Scorecard). Sayıştay Dergisi (53), 41-67.
- DEMİR, A.S. ve TAŞKIN, H (2008). İşletme Performansı Ölçme Modellerinin Karşılaştırılması: Kuantum Performansı, Maddi Olmayan Varlıkların İzlenmesi, Performans Prizması ve Skandia Kılavuzu Modelleri. Journal of Yaşar University, 3, (12) 1697,1698.

- DÖLEN, İ. ve ÖZDEĞİRMENCİ, Ö (2014). Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır Türkiye’de ve dünyada güncel nedir. TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, (7) 113-117.
- ELİTAŞ, C. ve AĞCA, V (2006). Firmalarda Çok Boyutlu Performans Değerleme Yaklaşımları: Kavramsal Bir Çerçeve. AKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 8, (2), 358-360.
- EMANET, H (2007). EFQM Mükemmellik Modeli İle Kamu Sektöründe Öz Değerleme Çalışmaları Üzerine Bir Saha Çalışması. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 8(1), 71,72.
- ERAY, P. D (2014). Türkiye’de Acil Servise Başvuran Hastaların Profilleri. Kardiyovasküler Akademi Derneği Bülteni: 3.
- ESTİS, A. E (1998). The Balanced Scorecard- Applying a Private Sector Technique to the Public Sector. Conference of the Association for Public Policy Analysis and Management Newyork: Grant Hyatt ( 8-11).
- EYNULLAYEV, C (2012). Kurum Performansının Değerlendirilmesinde İç ve Dış Memnuniyetinin Ölçülmesi ve Yönetilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14, (4), 37
- GÖREN, M (2015). Türkiye Kamu Hastanelerine Bağlı Sağlık Tesislerinin Sınıflandırılması. Sağlıkta Verimlilik Dergisi (4), 26-30.
- GÜRSOY, B (2008). Hastane İnfeksiyonlarında Maliyet Analizi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 5 (1) 15-21
- HWA, M., SHARPE, B. A., & WACHTER, R. M (2013). Development and Implementation of a Balanced Scorecard in an Academic Hospitalist Group. Journal of Hospital Medicine, 8(3), 148- 153.
- KALİNİCHENKO, O., C. A. AMADO, ve P. SANTOS: (2013). Performance Assessment in Primary Health Care: A Systematic Literature Review. Évora, Portugal: University of Algarve - Faculty of Economics and CEFAGE-UE.
- KAPLAN, R. S., & NORTON, D. P (1992). The Balanced Scorecard Measures That Drive Performance. Harvard Business Review (s. 72). içinde Boston : Harvard University.



- KAPLAN, R. S., & NORTON, D. P (2005). The Balanced Scorecard: Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, 11.
- KAPLAN, R. S (2001). Strategic Performance Measurement and Management in Non-profit Organizations. *Nonprofit Management & Leadership*, 11(3), 353-370.
- KARAHAN, A. ve ÖZGÜR, E (2009). Stratejik Yönetim Modeli Olarak Kurumsal Karnenin Uygulanabilirliği. *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (16) 59-80.
- KARSAVURAN, S (2013). Stratejik Değerlendirme ve Kontrol: Dengeli Puan Kartının Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16 (2) 15.
- KELEŞ, A (2015). İdari Hizmetler Yönetimi Hizmet İçi Eğitimler Gösterge Kartları. *Sağlıkta Verimlilik Dergisi* (5), 28-32.
- KIRLI, M., T. D KUĞU ve KARA, İ. E (2013). Finansal Performansın Ölçümünde Nakit Katma Değer Yöntemi (CVA) ve Borsa İstanbul'a Kote Şirketlerde Bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (26), 108.
- KUTUKİZ, D., ÖNCÜ, M. A., & AKCAN, A (2012). Changes On Capital Structure Of The Firms On The Occasion Crisis And Situation Of Tourism Companies Traded On Ise. *Tourismos: An International Multidisciplinary Journal Of Tourism*, 7(2), 434.
- LAMBA, M., Y ALTAN, M. AKTEL ve U. KERMAN (2014, Mart). Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 47, (1), 53-78.
- ZELMAN, W.N., G.H. PINK ve C.B. MATTHIAS, (2003). Use Of Balanced Scorecard In Health Care. *Journal Of Health Care Finance*, 29 (4) 1-16.
- OTLU, F., ve KARACA: S (2006). Faaliyet Temelli Maliyetleme Sistemine Göre Ekonomik Katma Değer Analizi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*(29), 141.

- ÖZBİRECİKLİ, M. ve ÖLÇER, F (2002). Strateji Odaklı Performans Ölçüm Sistemi: Balanced Scorecard–BSC. İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, 31(2), 39.
- ÖZTÜRK, M. B (2014). Finansal Performansın Ölçülmesinde Alternatif Bir Yöntem "Ekonomik Katma Değer. Niğde Üniversitesi İİBF İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 18 (3-4), 351.
- SAAT, M (1999). Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak Servqual Analizi. Gazi Üniversitesi. İ.İ.B.F Dergisi, 3, (99) 107- 118.
- SAKARYA, Ş (2008). Hissedar Değeri ve Hesaplanması Üzerine Bir Uygulama. Muhasebe ve Finansman Dergisi (40), 177.
- TARIM, M (2004). Sağlık Organizasyonlarında Performans Ölçme ve Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard). Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(2), 233-248.
- TÖRE BAŞAT, H (2011). Çok Boyutlu Bir Performans Ölçüm Modeli Olarak Performans Prizması ve “The London Youth” Örneği. Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, 13(1), 19-20.
- UÇKUN, N. ve ŞAHİN, Ü (2016). Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesinde Verimlilik Karnesi Uygulaması. International Journal of Social Sciences and Education Research, 2(1), 370-383.
- UĞUZ, N (2015). Sağlık Hizmetleri Yönetimi Poliklinik Hizmetleri Gösterge Kartları. Sağlıkta Verimlilik Dergisi:(5) 17.
- USTA, A (2012). Kamu Örgütlerinde Kurumsal Karne Modeli ile Performans Yönetimi: Boyutlar ve Göstergeler. Amme İdaresi Dergisi,, 45(1), 99.
- ÜNLÜ, U (2014). Yatırımın Nakit Akım Karlılığı (CFROI) ve Nakit Katma Değer (CVA) Yöntemi: Borsa İstanbul’da İşlem Gören Çimento Firmaları Üzerine Ampirik Bir Uygulama. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, 173,174.
- YAĞCI, M.İ.ve DUMAN, T (2006). Hizmet Kalitesi- Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel Ve Ünivesite Hastaneleri Uygulamaları. Doğuş Üniversitesi Dergisi, 7 (2) 2006, 218-238, 7(2), 218-238.

- YILDIZ, M. S., Ö KETHÜDA ve M.N KURUTKAN, (2013). Dengeli Ölçüm Kartı'nın Hastane İşletmelerinde Uygulanması: Örnek Olay Çalışması. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 27(4), 90-106.
- YİĞİT, V. ve AĞIRBAŞ, İ (2004). Hastane İşletmelerinde Kapasite Kullanım Oranının Maliyetlere Etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7, (2), 143-144.
- YÜCEL, E. ve ÖNAL, Y.B (2015). Özel Hastanelerde Finansal Sıkıntı ve Yeniden Yapılandırma: Adana İlinde Bir Uygulama. Sosyal Güvenlik Dergisi, 5(2), 88-123.
- YÜKÇÜ S. ve ATAĞAN, G (2009). Etkinlik, Etkililik Ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 23(4), 1-3.
- YÜREĞİR, O.H. ve NAKİPOĞLU, G (2007). Performans Ölçümü Ve Ölçüm Sistemleri: Genel Bir Bakış. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16, (2), 545-562.

### ***Diğer Yayınlar***

#### ***Tezler***

- ALACAHAN, E (2015). Sağlık Harcamalarının Türkiye'nin Kalkınmasına Etkileri. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- ÇETENAK, E. H (2012). İşletme Grubu İlişkisinin Firma Performansına Etkisi: İMKB'DE Bir Uygulama. Adana: Çukurova Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü
- İLARSLAN, K (2011). Birleşme Ve Satın Almaların Finansal Oranlar Yoluyla İşletmelerin Finansal Performansı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

SOBA, M (2006) Esnek Üretim Sistemlerinin İşletme Performansına Etkileri ve Vestel Elektronik A.Ş. Örneği. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

ŞENTÜRK, Z (2011). Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektöre Devredilmesinin Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanması: Kayseri Örneği. Kayseri Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

### ***Sempozyum***

TOKAY: H., DERAN, A., & ARSLAN: (2010). Lojistik Maliyet Yönetiminde İzlenebilecek Stratejiler Ve Muhasebe Eğitiminden Beklentiler. XXIX. Türkiye Muhasebe Sempozyumu (S. 274). İstanbul: Galatasaray Üniversitesi.

### ***Gazeteler***

RESMÎ GAZETE (02.11.2011) 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname

### ***Anayasa***

TÜRKİYE CUMHURİYETİ ANAYASASI

### ***İnternet Kaynakları***

[www. dagitimkanallari.blogspot.com.tr](http://www.dagitimkanallari.blogspot.com.tr) Son Erişim 29.04.2016

[www. hbr.org](http://www.hbr.org) Son Erişim. 31.12.2015

[www. kfknowledgebank.kaplan.co.uk](http://www.kfknowledgebank.kaplan.co.uk) Son Erişim 03.03.2016

[www. pascal.iseg](http://www.pascal.iseg). Son Erişim. 23.12.2015

[www.borsagundem.com](http://www.borsagundem.com) Son Erişim 30.12.2015

[www.http://docplayer.net/2725433-A-review-of-the-use-of-the-balanced-scorecard-in-healthcare.html](http://www.http://docplayer.net/2725433-A-review-of-the-use-of-the-balanced-scorecard-in-healthcare.html) (Donald, B. M (2012, Nisan). A Review of the Use of the Balanced Scorecard in Healthcare.) Son Erişim 12.03.2016

[www.investinganswers.com/financial-dictionary](http://www.investinganswers.com/financial-dictionary) Son Erişim.22.12.2015

[www.kalite.saglik.gov.tr](http://www.kalite.saglik.gov.tr) Son Erişim. 07.05.2016

[www.kaynak.unak.org.tr/mod/data/view.php?d=1&mode=single&page=36](http://www.kaynak.unak.org.tr/mod/data/view.php?d=1&mode=single&page=36)

(Çakmak, N (2005). Bilgi Merkezlerinin Yönetiminde "Balanced Scorecard (BSC): Dengeli Kurumsal Karne" Yaklaşımı.ÜNAK'05: Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlanması, İstanbul: Kadir Has Üniversitesi (s. 263-266).) Son Erişim 01.04.2016

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943387/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943387/) (Tashobya, C. K., V.C. Silveira, F. Ssengooba, J. Nabyonga-Orem, J Macq ve B. Criel, (2014). Health systems performance assessment in low-income countries: learning from international experiences.) Son Erişim 15.03.2016

[www.riskonomi.com](http://www.riskonomi.com) Son Erişim. 22.12.2015

[www.sdplatform.com](http://www.sdplatform.com) (Birinci, Ş (2012). Sağlıkta Yeni Bir Dönem: Kamu Hastaneleri Birliği.) Son Erişim 17.02.2016

[www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr)

[www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/db0c44cddaa84e29973bdfe565593a43.pdf](http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/db0c44cddaa84e29973bdfe565593a43.pdf) (TKHK-Kamu Hastane Birliklerinin Finansal Verilerinin Konsilasyonu) Son Erişim 01.04.2016

[www.who.int](http://www.who.int). Son Erişim 10.04.2016