

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**HASTANE İŞLETMELERİNDE FİNANSAL VERİLERE
DAYALI PERFORMANS ÖLÇÜMÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Aysun BAYRAM

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU

Ankara–2006

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**HASTANE İŞLETMELERİNDE FİNANSAL VERİLERE
DAYALI PERFORMANS ÖLÇÜMÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Aysun BAYRAM

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU

Ankara–2006

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Aysun Bayram'a ait "Hastane İşletmelerinde Finansal Verilere Dayalı Performans Ölçümü" adlı çalışma, jürimiz tarafından Hastane İşletmeciliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

(İmza)

Başkan

Prof. Dr. Yurdakul ÇALDAĞ

(İmza)

Üye

Yrd. Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU (Danışman)

(İmza)

Üye.....

Prof. Dr. Mevlüt KARAKAYA

ÖNSÖZ

Çalışmanın temel amacı; hastanelerin sağlık hizmeti üreten birimlerinde finansal performansı kârlılık ve etkinlik kavramları ile ölçmek ve bu iki kavram arasında bağıntı olup olmadığını tespit etmektir. Bu amaçla seçilen bir Üniversite Hastanesinin birimlerinin kârlılığı ve etkinliği incelenmiş, aralarında ilişki olup olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın, girdi ve çıktıların yönetimi konusunda hastane yöneticilerine de yardımcı olacağı ve bu konuda araştırma yapacak olanlara da kaynak olacağı düşünülmektedir.

Tezin ilk bölümünde hastaneler ve hastanelerde finansal yapı kavramları açıklanarak, araştırma kapsamında yer alan hastanelerin finansal faaliyetlerini nasıl yürütüldüğüne dair bilgilere yer verilmiştir. Aynı zamanda 01.01.2006 tarihinde yürürlükten kaldırılan 1050 Sayılı Muhasebe-i Umumiye Kanuna ve yürürlüğe giren 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununa da değinilmiştir.

İkinci bölümde performans, finansal performans kavramları açıklanarak, performansı etkileyen faktörler ve performansı artırma yollarının yanında literatür bilgilerinden elde edilen performans ölçümüne ilişkin olarak çalışmalara yer verilmiştir.

Üçüncü bölümde araştırma yöntemine ve analiz sonucunda elde edilen potansiyel iyileştirme tablolarına yer verilmiştir. Sonuç ve öneriler kısmında ise literatür bilgileri ve bulgulara dayanarak ortaya konulan yargılar ile getirilen öneriler tartışılmıştır.

Çalışma sırasında desteğini, zamanını esirgemeyen ve bana güvenip inanan çok kıymetli annem ve babam Ümmiye ve Muvaffak Bayram'a teşekkürden öte minnet borçlu olduğumu ifade etmek isterim.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR CETVELİ.....	v
TABLolar, ŞEKİLLER VE GRAFİKLER CETVELİ.....	vii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANELER, HASTANELERİN FAALİYETLERİ VE

HASTANELERİN FİNANSAL YAPISI

1.1. HASTANELERİN TANIMI	3
1.2. SAĞLIK KURULUŞLARININ GÖREVLERİ	5
1.2.1. Topluma Yönelik Tedavi Hizmetleri Sunumu.....	7
1.2.2. Eğitim Faaliyetleri.....	9
1.2.3. Araştırma Faaliyetleri.....	9
1.3. HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI.....	9
1.3.1. Mülki Yapılarına Göre Hastaneler.....	10
1.3.1.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Hastaneleri'nin Sağlık Bakanlığı'na Devri.....	10
1.3.1.2. Sosyal Güvenlik Sistemi.....	12
1.3.2. Hizmet Türü.....	15.
1.3.3. Örgütsel Büyüklük.....	19
1.3.4. Eğitim Durumu.....	21
1.3.5. Hastaların Yatış Süresi.....	22
1.3.6. Akreditasyon Durumu.....	23
1.4. HASTANELERİN FİNANSAL YAPISI.....	24
1.5. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNİN FİNANSAL YAPISI	27

1.6. KAMU MALİ YÖNETİM VE KONTROL SİSTEMİ.....	31
1.6.1. Üniversitelerde Kamu Mali Yönetim ve Kontrol.....	38
1.6.2. Döner Sermaye Sistemi.....	42

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANELERDE FİNANSAL PERFORMANS ANALİZİ

2.1. PERFORMANS KAVRAMI.....	44
2.1.1. Performansın Boyutları.....	46
2.1.2 Performans Göstergeleri.....	52
2.2. FİNANSAL PERFORMANS.....	54
2.3. FİNANSAL PERFORMANSI ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE ARTTIRMANIN YOLLARI.....	59
2.3.1. Finansal Performansa Etki Eden Faktörler.....	59
2.3.2. Örgütsel Faktörler.....	60
2.3.2. Finansal Performansı Artırmanın Yolları.....	61
2.3.2.1. Maliyet Kontrolü.....	62
2.3.2.2. Ortalama Yatış Süresinin Düşürülmesi.....	62
2.3.2.3. Çeşitlendirmeye Gidilmesi.....	63
2.3.2.4. Faaliyet Dışı Gelirlerin Artırılması.....	63
2.3.2.5. Yatırım Stratejileri.....	63
2.3.2.6. Hasta Seçimi Yapılması.....	64
2.3.2.7. Finanslama Stratejileri.....	64
2.3.2.8. Pazar Payının Artırılması.....	65
2.3.2.9. Fiyatlama Stratejileri.....	65
2.4. HASTANELERDE FAALİYET TABANLI FİNANSAL YÖNETİM.....	65
2.4.1. Tanı İlişkili Grup (DRG-Diagnostic Related Group).....	66
2.4.2. Bütçe Uygulama Talimatı (BUT).....	68
2.4.3. DRG'lerin Temel Nitelikleri ve DRG Kavramı Nedir?.....	69
2.4.4. DRG'ye Dayalı Finansmanın Katkı Sağladığı Konular.....	71
2.5. PERFORMANS ÖLÇÜM YAKLAŞIMLARI	73
2.5.1. Oran Analizi.....	75

2.5.2. Regresyon Analizi.....	78
2.5.3. Kâr Marjı ve Kârlılık.....	80
2.5.4. Veri. Zarflama. Analizi.....	82
2.5.5. Özsermayenin Kârlılığı.....	84
2.5.6. Varlıkların Kârlılığı.....	86

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GERÇEK VERİLERE DAYALI UYGULAMA

3.1 HARCAMA BİRİMLERİNİN TOPLAM ETKİNLİĞİNİN VERİ ZARFLAMA ANALİZİ (VZA) İLE SAPTANMASI.....	88
3.2. VERİ ZARFLAMA ANALİZİNİN UYGULANMASINDAKİ AMAÇLAR.....	94
3.3. VERİ ZARFLAMA ANALİZİ ÜZERİNE KISA BİR DEĞERLENDİRME...95	
3.4. UYGULAMANIN YAPILDIĞI ÜNİVERSİTE HASTANESİ HAKKINDA TANITICI BİLGİLER.....	96
3.5. HASTANE VERİLERİNİN ANALİZİ.....	97
SONUÇ.....	141
KAYNAKÇA.....	146
EKLER.....	150
ÖZET.....	153
ABSTRACT.....	155

KISALTMALAR CETVELİ

WHO	:World Health Organization, Dünya Sağlık Örgütü
SSK	:Sosyal Sigortalar Kurumu
IMF	:International Monetary Fund, Uluslar arası Para Fonu
BAĞ-KUR	:Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
MSB	:Milli Savunma Bakanlığı
KİT	:Kamu İktisadi Teşebbüsleri
S	:Sayfa
JCAHO	:Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, Birleşik Komisyon Sağlık Akreditasyon Organizasyonu
JCI	:Joint Commision International, Uluslararası Birleşik Komisyon
OECD	:Organization for Economic Co-operation and Development, Ekonomik İşbirliği ve Geliştirme Organizasyonu
GSYİH	:Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
MD	:Madde
DSS	:Döner Sermaye Saymanlığı
DPT	:Devlet Planlama Teşkilatı
DİE	:Devlet İstatistik Enstitüsü
TMS	:Tekdüzen Muhasebe Sistemi
GSMH	:Gayri Safi Milli Hâsıla
SAGP	:Satınalma Gücü Paritesi
VB	:Ve Benzeri
DRG	:Diagnostic Related Group, Tanı İlişkili Grup
BUT	:Bütçe Uygulama Talimatı
VZA	:Veri Zarflama Analizi

DEA	:Data Envelopment Analysis, Veri Zarflama Analizi
ROE	:Return on Equity, Özsermayenin Kârlılığı
CCR	:Charnes, Cooper ve Rhodes
HACCP	:Hazard Analysis and Critical Control Point, Tehlike Analizi ve Kritik Kontrol Noktaları
ISO	:International Standards Organization, Uluslararası Standartlar Organizasyonu
FTR	:Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
K.B.B.	:Kulak, Burun, Boğaz
T. KALP- DAMAR C	:Toraks Kalp-Damar Cerrahisi
AD	:Anabilim Dalı
GEN.DAH	:Genel Dahiliye
C.UP	:Check Up

TABLOLAR, ŞEKİLLER VE GRAFİKLER CETVELİ

TABLO NO	TABLO ADI	SAYFA
Tablo 1:	Hizmet Sunum Süreçleri	9
Tablo 2:	Türkiye'de Hastanelere Başvuran Hastaların Kurumlara Göre Poliklinik ve Yatan Hasta Durumu - 1	17
Tablo 3:	Türkiye'de Hastanelere Başvuran Hastaların Kurumlara Göre Poliklinik ve Yatan Hasta Durumu - 2	18
Tablo 4:	Türkiye'de Hastanelerin Kurumlara Göre 2004 Yılı İtibari ile Hizmet Değerlendirmesi	19
Tablo 5:	Türkiye'deki Hastanelerin Eğitim Verme Durumu	23
Tablo 6:	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Gelir-Gider Dağılımı	32
Tablo 7:	İki Kanun Arasında Sorumlulukların Karşılaştırılması	38
Tablo 8:	Harcama Birimi ve Harcama Yetkilisi İlişkisi	41

Tablo 9:	Teknik Performans Göstergeleri	54
Tablo 10:	Finansal Performans Göstergeleri	55
Tablo 11:	Hastanenin Gider Yerleri	99
Tablo 12:	Nefroloji İçin Girdi ve Çıktı Değerleri Formül Tablosu	107
Tablo 13:	1. Derecede Etkinliğe Yakın Birimler	108
Tablo 14:	2. Derecede Etkinliğe Yakın Birimler Tablosu	119
Tablo 15:	3. Derecede Etkinliğe Yakın Birimler Tablosu	127
Tablo 16:	4. Derecede Etkinliğe Yakın Birimler Tablosu	140

GRAFİK NO	GRAFİK ADI	SAYFA
Grafik 1:	Türkiye'de Hastanelerin 2004 Yılı İtibariyle Kurumlara Göre Dağılımı	15
Grafik 2:	Türkiye'de Hastanelerin 2004 Yılı İtibariyle Yatak Kapasitelerine Göre Dağılımı	15
Grafik 3:	Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yatak İşgal Oranı (%)	20
Grafik 4:	Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yatak Devir Hızı (Hasta)	21

Grafik 5:	Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yatak Devir Aralığı (Gün)	21
Grafik 6:	Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanelerinde Yatak Devir Aralığı (Gün)	22
Grafik 7:	Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanelerinde Yatak Devir Hızı (Hasta)	22
Grafik 8:	Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Ortalama Kalış Sayısı (Gün)	24
SEKİL NO	SEKİL ADI	SAYFA
Şekil 1:	5018 Sayılı Kanun ve Harcama Süreci	36
Şekil 2:	Giderin Yapılması	37
Şekil 3:	Üniversitelerde Mali Yönetim Organizasyonu ve Kontrol Yapısı	40
Şekil 4:	Stratejik Planlama Süreci	43
Şekil 5:	Yedi Performans Boyutunun İlişkisi	50
Şekil 6:	Finansal Performansı Etkileyen Faktörlerin Hastane Yöneticileri Tarafından Kontrol Edilebilme Derecesi	60
Şekil 7:	Finansal Performansı Etkileyen Faktörler	61

GİRİŞ

Günümüzde küreselleşmenin de etkisi ile hızla değişen teknolojik, politik ve ekonomik ortamda, tüm işletmeler varlığını koruyabilmek için kendini geliştirme çabası içindedir. Bunun için işletmelerin iyi bir performans düzeyine ulaşmaları ve bunu koruyabilir olmaları gerekmektedir. İyi bir performans düzeyinin sağlanabilmesi ise ancak her işletmenin kendi yapısında uygulanabilen performans yönetim sistemini işlevsel hale getirmesi ve kurum kültürüne adapte edebilmesi ile mümkün olabilir. İşletmeler, iyi bir mevcut durum analizi yaptıktan sonra önceki durumun değerlendirilmesi ile geleceğe yönelik kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerini de belirlemelidirler. Faaliyetlerini sürdürürken de belirli dönemlerde ölçülen performans göstergeleri ile belirlenen hedeflere ulaşmadaki başarı ivmesini tespit etmeleri ve öngörülemeyen olası aksamaların çözümü ya da hedeflerin yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin üretiminde büyük paya sahip olan hastaneler, topluma daha iyi sağlık hizmeti sunabilmek için sürekli gelişmekte olan tıbbi teknolojiyi de yoğun ve nitelikli işgücü istihdamı ile kullanarak artan talebe mevcut kaynaklarla cevap verebilmenin yanı sıra hizmet sunumunda kalite ve verimliliği artırmalı, rekabetin olumsuz etkilerinden korunmalı ve üstünlük sağlamalıdır.

Hastanelerdeki sağlık hizmetinin en verimli şekilde verilebilmesi için oluşan maliyetler, sağlık hizmetlerini oldukça pahalı bir hizmet haline getirmiştir. Bu nedenle hastaneler, etkin teknik ve finansal analizler ile mevcut kaynaklarla karşılayabilecekleri ve katlanabilecekleri maliyetlerin analizlerini yapmalı ve tüm bunların sonucunda sağlık hizmeti sunumundaki etik değerler çerçevesinde gelir artırıcı ve gider azaltıcı stratejiler geliştirmelidir. Belirlenen doğru stratejiler ile iyi bir finansal yönetim sisteminin varlığı hastanelerde daha verimli ve kaliteli hizmetin sunumunun yanı sıra

finansal performansın artarak daha çok gelir ve kâr sağlanmasını sağlayacaktır.

Günümüzde sağlık sektöründeki mevcut sorunların çözümünde sağlık hizmetlerinde kaynakların iyi kullanılmasının öneminin daha fazla anlaşılmış olması bu tezin konusunun belirlenmesinde önemli bir etken olmuştur.

Finansal performansın ölçümünde son yıllarda, özellikle sağlık sektöründe büyük ölçüde yararlanılan Veri Zarflama Analizi (Data Envelopment Analysis) kullanılmıştır. Veri Zarflama Analizi Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından geliştirilmiş bir performans ölçme tekniğidir. Veri Zarflama Analizi'nin sahip olduğu en önemli özellik, her karar alma birimindeki etkinsizlik miktarının ve kaynaklarını tanımlayabilmesidir. Bütün karar alma birimlerinin üretim sınırları dahilinde, etkin olmayan birimleri referans kümelerindeki bütün diğer birimler gibi etkin yapmak için gerekli olan girdi miktarının azaltılması veya çıktı miktarının artırılması gibi kararların alınabilmesine olanak vermektedir. Veri Zarflama Analizi, çok girdili ve çok çıktılı üretim ortamlarında verimlilik ölçümünde ve özellikle hizmet sektöründeki performans ölçümünde oldukça iyi sonuçlar veren bir yöntemdir.

Birimlerin gelir ve gider tabloları oluşturulduktan sonra, veriler ETAKS paket programı kullanılarak, uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANELER, HASTANELERİN FAALİYETLERİ VE

HASTANELERİN FİNANSAL YAPISI

İnsanlar günlük hayatlarını daha iyi sürdürmeleri için fiziksel ve ruhsal bakımdan en iyi durumda olmalıdırlar. Hükümetler de her seviyede kendi halklarının sağlıkları ile çok yakından ilgilenmelidirler.

Hastaneler ise temel olarak toplumun genel sağlık durumunu korumayı amaçlayan teşhis ve tedavi kurumlarıdır.

1.1. HASTANELERİN TANIMI

Günümüzde hastanelerin birçok tanımı yapılmıştır. Bu tanımlardan yola çıkarak özetle hastaneler; kendilerine başvuran bireylerin sağlık durumunun korunduğu, yükseltildiği ve tedavilerinin yapıldığı kurumlar olarak tanımlanabilir.

Hastaların başvurdukları kurum olarak Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri; hastaları ve hastalıkları kontrol altında tutan, tanı ve tedavi işlemlerinin yanı sıra rehabilitasyon hizmetleri de veren sağlık kuruluşları olarak tanımlamaktadır⁽¹⁾.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler hizmetlerini, 13.01.1983 tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre yürütmektedirler.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre sağlık merkezleri; "acil vakalar, doğumlar, ateşli hastalar, küçük müdahaleler, kısa

⁽¹⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: "Hastanelerde Teknik ve Finansal Performans İlişkisi" Yayınlanmamış Doktora tezi, 2001, s. 6.

zamanda iyileşmesi mümkün görülen hastalarla, fiilen görev yapan uzmanların branşıyla ilgili hastaların, kabul ve tedavi edildiği ve hükümet tabipliği, ocak tabipliği veya diğer koruyucu tababet hizmetleri ile acil tedavi hizmetlerini bünyesinde bütünleştiren kurumlar” olarak tanımlanmıştır⁽²⁾. Bu yönetmeliğe göre; yataklı tedavi kurumları en az 50 yataklıdır ve işlevlerine göre dört gruba ayrılır.

- **Genel Hastaneler:** her türlü acil vaka ile yaş ve cins farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dalları ile ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı kurumlardır.
- **Özel Dal Hastaneleri:** belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahade, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri yataklı kurumlardır.
- **Rehabilitasyon Merkezleri ile Servisleri:** organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonu uygulayan yataklı kurum veya servislerdir.
- **Eğitim Hastaneleri:** öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve ileri dal uzmanları yetiştirilen genel, özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56. maddesine göre; sağlıklı yaşam, ülkemizde yaşayan bütün vatandaşların en doğal hakkıdır. Toplumun her yönden sağlıklı olma durumunu korumak, teşhis ve tedavi edici hizmetleri sunabilmek için sağlık kuruluşları verimli ve etkili şekilde hizmet vermelidirler. Anayasamıza göre devletin sağlık hizmetleri sunumu, “herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde

⁽²⁾ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih: 13.1.1983; Sayı: 1927.

tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” olarak belirtilmiştir. Yine Anayasanın 56. maddesine göre devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Ülkemizde özel hastaneler, Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre hizmet vermektedir. Bu Yönetmeliğin amacı, etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere, bütün özel hastanelerin tesis, hizmet ve personel standartlarının tespit edilmesine, gruplandırılmasına, gruplarının değiştirilmesine, amaca uygun olarak teşkilatlandırılmasına ve bunların açılmalarına, faaliyetlerine, kapanmalarına ve denetlenmelerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir⁽³⁾.

1.2. SAĞLIK KURULUŞLARININ GÖREVLERİ

Sağlık kuruluşlarının asli görevlerinin başında, kuruma başvuran hastaların tanı ve tedavisinin eksiksiz ve doğru biçimde yapılması ya da ilgili kurum veya kişilere yönlendirilmesini sağlamaktır.

Sağlık kuruluşlarında, hekim ve hasta arasında çeşitli düzeylerde bilgi asimetrisi yaşanmaktadır. Bu nedenle sağlık kuruluşları hastalara iyi hizmet verebilmek, bakıma ulaşım ve sürekliliği koruyabilmek için aşağıdaki temel amaçlar çerçevesinde faaliyetlerini sürdürmelidir.

- **Toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi,** sağlık kuruluşlarının temel amacı, toplumun genel sağlık düzeyini korumak ve yükseltmektir. Bu amaçla dünyadaki yenilikleri takip etmeli, ulusal ve uluslar arası alanda işbirliği içerisinde olmalı ve toplumun genel sağlık seviyesini koruyucu sağlık hizmetleri vermelidir. Aynı zamanda kurum içi eğitimler ve bilgilendirme toplantıları ile bilgi paylaşımı olmalıdır.

⁽³⁾ Özel Hastaneler Yönetmeliği Resmi Gazete Tarihi: 27.3.2002; Sayı:24708.

- **Beklentilerin karşılanması**, hasta ve hasta yakınları sağlık kuruluşuna girdikleri andan itibaren ve çıkış anına kadar özel olduklarını hissetmek isterler. Sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta ve hasta yakınları tarafından oluşabilecek beklentilerin saptanması gerekmektedir. Bu beklentiler aşağıdaki sıralanmıştır.

- *Bireylere saygı*, hastanın ve hasta yakınlarının kimliklerine saygı, kişinin haklarının korunması
- *Bireysel özerkliğe saygı*, bireylerin sağlıkları hakkında karar alırken özerk davranabilmelerinin sağlanması
- *Gizliliğe saygı*, bireylerin kişisel sağlık bilgilerinin gizli tutulması, hasta mahremiyetinin korunması
- *Hasta odaklılık*, hasta ve yakınlarının hizmet alımı sırasında memnuniyetinin sağlanması
- *Sağlık ihtiyaçlarının karşılanması*, hizmete ulaşım süreçlerinin, hastaların ihtiyaçlarını anında karşılanacak biçimde tasarlanmış olması
- *Hijyen koşullarına uyma*, temiz oda, enfeksiyon kontrolü, uygun yatak ve yiyecek gibi unsurlara dikkat ediliyor olması
- *Sosyal desteğe ulaşma*, sağlık hizmetinin alımı süresince bireyler aile, arkadaş ve toplum desteğinden yoksun bırakılmaması
- *Hizmetten faydalananların tercih hakkının olması*, hasta ve hasta yakınları bireysel veya kurumsal hizmet sunucularını seçebilmesi

İçinde bulunduğumuz piyasa şartlarında hastaneler gibi karmaşık sistemleri yöneten yöneticiler aşağıda belirtilen faaliyetleri de göz önünde bulundurmalı ve stratejik kararlar alırken bu faaliyetleri de kapsayan yönetim planı yapmalıdır:

- Satınalma ve bütçenin planlanması aşamalarında, kurumun süreçlerinin belirlenmesi ve alım şartlarında kalite standartlarını gözetmelidirler.
- Hastanenin bütçesini, finansal araçlar kullanarak yönetmeli, harcamaları sürekli kontrol altında tutmalı ve idaresini etkili ve verimli şekilde yapmalıdır.
- Hasta, çalışan ve paydaşların memnuniyet düzeylerini belirli dönemlerde ölçmeli, tespit edilen düzeye göre faaliyetler planlanmalıdır.
- Sağlık bakımında uluslararası standartların belirlenip, teşhis ve tedavi süreçlerinin bu standartlarda verilmesini sağlamalıdır.

Hastanelerin, belirledikleri amaç ve hedeflerine göre değişkenlik göstermekle beraber temelde dört işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler şunlardır:

1.2.1. Topluma Yönelik Tedavi Hizmetleri Sunumu

Hastanelerin temel işlevi topluma tedavi hizmeti sunmaktır. Hastaneler, hasta ve yaralıları ayaktan veya yatarak teşhis ve tedavi hizmetleri sağlayan sağlık kurumlarıdır.

Kişilerin sağlıklı bir hayat sürmesinin sağlanmasında ve sağlık düzeyinin korunması ve arttırılmasında koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir rolü vardır. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi öncelikli hedef olmalıdır. Ülke genelinde vatandaşlara ücretsiz olarak verilen koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda ve yaygınlaştırılmasında en önemli birimler sağlık ocağı ve sağlık evleridir. Ülkemizde 2004 yılında toplam sağlık

ocağı sayısı 6042 dir⁽⁴⁾. Bir hastanenin sürekli gelişebilmesi, daha verimli ve etkili hale gelebilmesi ve verdiği hizmetlerin kalite ve hatasızlık seviyesini koruyup yükseltebilmesi için tüm süreçlerini iyi yönetebilmesi gerekmektedir. Verilen hizmetlerin standart hale getirilebilmesi için kurum içindeki tedavi hizmet süreçlerini ve diğer süreçleri tanımlamak ve sınıflandırmak gerekmektedir. Böyle bir sistem, hastaların hizmete ulaşımını kolaylaştıracağı gibi kurumda çalışan personelin çalıştıkları kurumun süreçlerine hâkim olabilmelerine imkân sağlayacaktır.

Hastanelere örnek oluşturması için süreçleri iki ana başlığa ayırmak faydalı olabilir:

Tablo 1: Hizmet Sunum Süreçleri

Temel Süreçler	Yardımcı Süreçler
• Ayaktan tanı ve tedavi • Acil tanı ve tedavi • Yatarak tanı ve tedavi • Tetkik • Ameliyat • Eğitim	• Enfeksiyon • Diyet ve beslenme • Bina, tesis güvenliği, hasta güvenliği, sivil savunma • İnsan kaynakları • Hastane bilgi sistemi • Tıbbi kayıt ve arşiv • Malzeme ve dışardan hizmet alım ve takibi

Günümüzde sağlık hizmetlerinin, teknik ve finansal performans göstergeleri, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık istatistikleri ülke içinde ve uluslar arası alanda kurumun nerede olduğunun resmini çizmektedir. Kişi başına düşen milli gelir,

⁽⁴⁾T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık 2004: 15.

sanayileşme ve istihdam düzeyi, beslenme, altyapı, temel mal ve hizmetlerdeki tüketim düzeyi, eğitim ve sağlık gibi birçok sosyoekonomik ve kültürel göstergelerle açıklana gelmiş olan “kalkınmışlık” olgusu, artık daha çok “eğitim” ve “sağlık” merkezli göstergeler ile tanımlanmaya başlanmıştır⁽⁵⁾.

1.2.2. Eğitim Faaliyetleri

Hastanelerin işlevlerinden bir diğeri ise eğitim faaliyetleridir. Hastanelerde kurum içi eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi ile beraber topluma sunulan bilgilendirme hizmetleri de eğitim faaliyetleri olarak kabul edilebilir. Verilen eğitim hizmetleri, tıbbi bakım sırasında hasta ve yakınlarının hastalık, hastalıktan korunma, ilaç kullanımı konusunda eğitimi, tıp ve diğer sağlık bilimleri alanında öğrenim gören öğrencilerin eğitimi, hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında halkın eğitimi olarak sıralanabilir.

1.2.3. Araştırma Faaliyetleri

Hastanelerin diğer fonksiyonu ise saha araştırmalarını ve hizmet geliştirme faaliyetlerini yürütmektir. Hastanelerin araştırma alanlarını temel olarak, toplum sağlığının yükseltilmesi, güncel tedavi hizmetlerinin revize edilmesi ve sağlık literatüründe teşhisi konulamayan, tedavisi bulunamayan hastalıkların araştırmaları olarak tanımlanabilir.

1.3. HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI

Hastaneler, verdikleri hizmetlerin çeşitliliğine göre, mülki yapılarına göre ve diğer ölçütlere göre sınıflandırılabilir. Temel ölçütlerden bir kaç aşağıdaki gibidir⁽⁶⁾.

⁽⁵⁾ Avrupa Birliği Amsterdam Belgesi, Madde 152

⁽⁶⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.8.

1.3.1. Mülki Yapılarına Göre Hastaneler

Ülkemizde hastaneler hangi kuruma ait olduğuna göre sınıflandırılabilirler. Türkiye'deki hastanelerin mülkiyet yapılarına göre dağılımı Tablo 4 'de sunulmuştur. Tablo 4'de görüldüğü gibi, 2004 yılı itibariyle Türkiye'deki hastanelerin yaklaşık % 56'sı Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır.

2003 yılında Sosyal Sigortalar Kurumuna (SSK) tabi vatandaşların, Sağlık Bakanlığı hastanelerinden yararlanabilmesi için SSK ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Tesislerinin ortak kullanımı protokolü imzalanmıştır. Bu protokole istinaden ilk önce 6 ilde daha sonra 11 ilde uygulamaya konulmuş, Ocak 2004 tarihinde ise bu protokol tüm yurttan uygulanmaya başlanmıştır. Dolayısıyla 2004 yılından itibaren SSK Hastaneleri'nin Sağlık Bakanlığı Hastanesi olarak kullanıma başlanması ile birlikte bu oranın %68'e çıktığı düşünülmektedir.

1.3.1.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Hastaneleri'nin Sağlık Bakanlığı'na Devri

Sosyal güvenlik reformu kapsamında SSK ile bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastaneler ile sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devrini öngören 5283 numaralı yasa 6.1.2005 tarihinde kabul edilmiş Cumhurbaşkanlığı onayı 19.1.2005 tarihinde alınmıştır.

Kabul edilen yasanın 1.maddesinde; "bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devredileceği" ifade edilmektedir. İkinci maddesi ise Sağlık Bakanlığı'na devredilecek kurumları tanımlamaktadır. Cumhurbaşkanlığı, Yüksek Mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve bazı vakıflara ait sağlık birimleri hariç tutularak, çeşitli bakanlıkları ve bakanlıklara bağlı sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devrini kapsamaktadır.

Yasa gereği, kapsam dışında tutulanlar hariç olmak üzere, tüm kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimleri, bunlara ilişkin her türlü görev, hak ve yükümlölükler, taşınır ve taşınmaz mallar ve taşıtlar bedelsiz olarak, SSK'ya ait olan taşınır ve taşınmaz mallar ile araçlar ise rayiç bedelli karşılığında devredilecektir.

Bu kurumlarda çalışan personele ilişkin de düzenlemeler içeren tasarı ile devredilecek kuruluşların devir işlemlerinin nasıl gerçekleştirileceği hususu da düzenlenmektedir.

Devredilen sağlık birimleri ile ilgili olarak, kanunun yürürlüğe girdiği tarihe kadar SSK'nın sağlık hizmeti satın almasına ilişkin sözleşmeler hariç, diğer sözleşmeler, yatırım projeleri, kredi anlaşmaları, mahkemelerde lehte ve aleyhte açılmış davalar, icra takiplerine ilişkin tüm hak, yetki ve yükümlölük de Sağlık Bakanlığı'na geçecektir.

Devir işlemlerine ilişkin her türlü bütçe ve muhasebe işleri konusunda da Maliye Bakanlığı yetkili olacak. Devir işlemlerini 4'er kişilik heyetler yürütecek. Bedel karşılığında devredilen SSK'ya ait sağlık kuruluşlarının bedelleri ise 10 yıl içinde ödenecek. 10 yıl süre konması, Genel Kurul görüşmeleri sırasında verilen bir önerge ile yasaya eklenmiştir.

15 Ekim 2004 tarihine kadar, devredilen sağlık kuruluşlarında sürekli işçi kadrolarında çalışan personel bu yasa ile Sağlık Bakanlığı'na geçirilecektir. Geçmek istemeyen personelin ise kanuni hakları ödenerek, kurum ile ilişkileri kesilecektir.

Bu kurumlarda devlet memuru olarak çalışanlar da hiç bir hak kaybına uğramadan Sağlık Bakanlığı'na devredilecektir.

SSK'ya bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devri sosyal güvenlik reformu kapsamında yapılması planlanan düzenlemelerin bir parçasını oluşturmaktadır. Uluslar arası Para Fonu'nun (IMF) da desteklediği sosyal güvenlik reformunun 4 ayağı bulunmaktadır. Bunlar; sosyal güvenlik

kuruluşlarının tek bir yapı altında toplandığı bir emeklilik sistemi, genel sağlık sigortasının uygulanması, sosyal yardımlarda standart sağlanması ve tüm sistemin koordinasyonunun tek bir çatı altında toplanması.

Ülkemizde İstihdam edilen çalışanların %26.82'si SSK'ya, %10.53'ü Emekli Sandığına, %10.84'ü ise Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu'na (Bağ-Kur) kayıtlı olarak çalışmaktadır. Türkiye genelinde istihdam edilenlerin %51.58'i (kırsal kesimde bu oran %74.69) herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olmadan çalışmaktadır⁽⁷⁾.

İnsanlar hayatlarının bazı dönemlerinde sosyal-ekonomik nedenlerle ya da yaşlanma, sakatlanma gibi fiziksel nedenlerle geçici veya sürekli bir şekilde gelirlerini kaybedebilir ya da hastalanabilirler. Karşılaştıkları bu olumsuz durumlarla bireysel olarak mücadele etmeleri mümkün olmayabilir. Sosyal güvenlik sistemlerinin temel amacı böyle zor dönemlerde insanları yoksulluk ve yoksunluk riskine karşı korumaktır. Bir diğer ifadeyle, sosyal güvenlik sistemleri toplumun zor durumda olan bireylerine yardım etmeyi daha iyi durumda olan kişilerin vicdanına bırakmayarak toplumsal dayanışmayı kurumsal hale getirir ve vatandaşlara sosyal güvenliği bir hak olarak sunar. Toplumsal dayanışma birbirini belki de hiç tanımayan insanlar arasında gerçekleşir.

Sistem tarafından toplanan mali kaynaklar zenginden yoksula, çalışandan çalışamayana, gençlerden yaşlılara aktarılır. Pirimler bir havuzda toplanır ve kaynaklar ihtiyaç doğduğunda kişiler için kullanılır.

1.3.1.2. Sosyal Güvenlik Sistemi

Soysak güvenlik Sistemlerin temel amacı insanları yoksulluğa karşı korumaktır. Yoksulluk, önlem alınmadığı takdirde, kendisini çoğaltan bir olgudur. Sosyal yardım ve hizmetler de dahil olmak üzere, ülkemizde sosyal

⁽⁷⁾ www.dyp.org.tr

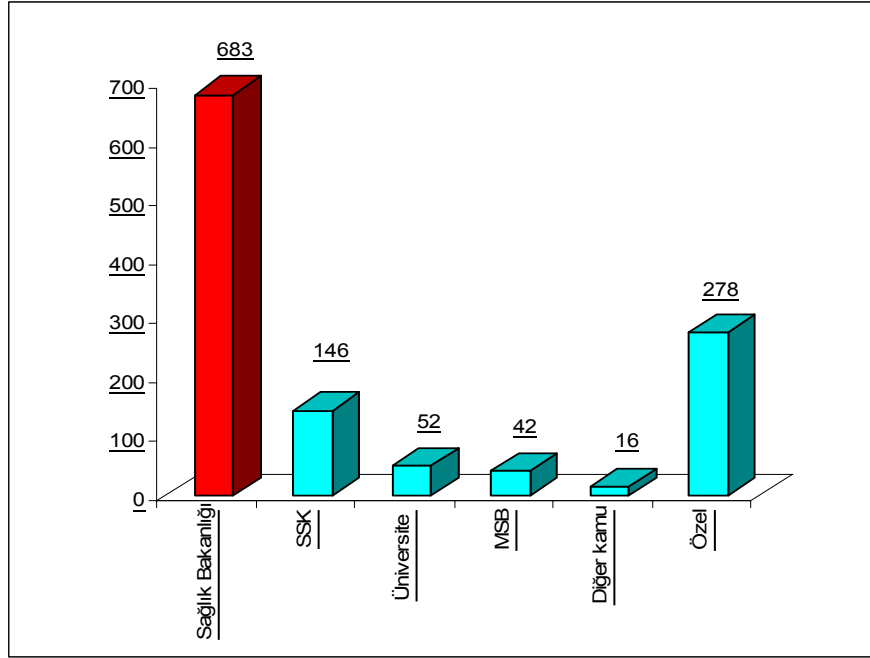
güvenlik kurumlarının 2005 yılındaki toplam harcamalarının milli gelire oranı % 12.1 gibi yüksek bir düzeydedir. 2005 verilerine göre bu üç kesimde çalışanların %76'sı kayıt dışındadır. Yoksulluk riskinin en düşük olduğu iki grupsa, işverenler ile ücretli ve maaşlı çalışanlardır. Oysa sosyal güvenlik kurumları aracılığı ile aktarılan kamu kaynakları büyük oranda emeklilik sistemi açıklarını finanse etmek amacıyla kayıtlı çalışma ve emekli olma olanağını yakalamış bu kesime yöneliktir.

Ülkemizde; çalışma ilişkisine dayalı üç sosyal güvenlik kurumu vardır. Bunlar bir işveren emrinde çalışanlar için Sosyal Sigortalar Kurumu, işveren ve kendi nam ve hesabına çalışanlar için Bağ-Kur ve memurlara yönelik olarak Emekli Sandığı'dır. Bu kurumlar hizmetlerini verirken kişilerden prim toplarlar. Onun için bunlara primli sistem denir. Bir de prim veremeyen kişilere hizmet eden kurumlar vardır ki; bunlar da Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ile Sosyal Yardımlaşma Genel Müdürlüğü'dür. Bu kurumların harcamaları devlet bütçesinden ayrılan kaynaklarla finanse edilir.

Sosyal güvenlik sistemlerinin en önemli amacı göreceli ve mutlak yoksulluğu azaltmaktır.

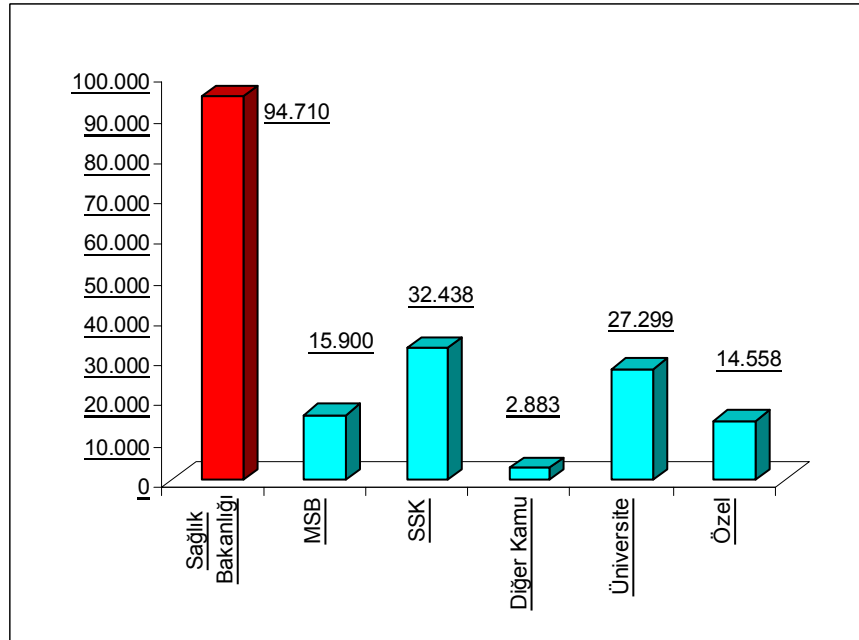
Ülkemizde sosyal sigortalara ilişkin ilk kısmi düzenlemeler 1860'lı yıllara kadar gitmektedir. Tüm çalışanlara yönelik olarak ise, ilk defa 1946 yılında İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu ile mesleki risk sigortası uygulanmaya konularak Sosyal Sigortalar Kurumu'nun temelleri atılmıştır. 1949 yılında memurlar için Emekli Sandığı, 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kanunu ve en son 1971 de ise Bağ-Kur kurulmuştur.

Grafik 1: Türkiye'de Hastanelerin 2004 Yılı İtibariyle Kurumlara Göre Dağılımı



Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 22.03.2006

Grafik 2: Türkiye'de Hastanelerin 2004 Yılı Yatak Kapasitelerine Göre Dağılımı



Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 22.03.2006

1.3.2. Hizmet Türü

Verilen tedavi hizmetini türüne göre hastaneler genel ve özel dal hastaneleri olarak ayrılmaktadır. Genel hastaneler her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise, belirli bir yaş ve cinsiyet grubundaki hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların müşahede, muayene, teşhis ve tedavi edildiği hastanelerdir⁽⁸⁾.

Sağlık Bakanlığı'nın S.S.K. Hastaneleri ile ortak kullanımı sonucunda S.S.K. Hastaneleri'nde ki yatak doluluk oranının düştüğü öngörülmekte, bu düşüş Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ise yatak kullanım oranını artırdığı düşünülmektedir. Tablo 2-1'de özel bölümü, dernek-vakıf, yabancı, azınlık ve şahıslara ait hastanelerin çalışmalarını kapsamaktadır. Tabloya göre yatan hasta oranı, polikliniğe başvuran hasta sayıları üzerinden hesaplanmıştır.

⁽⁸⁾ Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1998, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No 619, 1999, s.6.

Tablo 2: Türkiye’de Hastanelere Başvuran Hastaların Kurumlara Göre Poliklinik ve Yatan Hasta Durumu -1

Kuruluşlar	POLİKLİNİK			KLİNİK		
	Yıllar	Sayı	% Artış	Sayı	% Artış	Hasta oranı (%)
Sağlık Bakanlığı	2000	59.389.441	-	2.673.533	-	4,5
	2001	64.738.234	9,0	2.763.150	3,4	4,3
	2002	66.231.841	2,3	2.806.588	1,6	4,2
	2003	68.957.525	6,5	2.896.540	4,8	4,2
	2004	91.257.412	37,8	3.522.173	25,5	3,9
Üniversite	2000	8.135.393	-	681.826	-	8,4
	2001	8.385.900	3,1	727.015	6,6	8,7
	2002	8.823.361	5,2	781.990	7,6	8,9
	2003	9.637.840	14,9	838.486	15,3	8,7
	2004	10.685.275	21,1	921.735	17,9	8,6
S.S.K.	2000	32.864.494	-	1.208.201	-	3,7
	2001	41.683.636	26,8	1.293.853	7,1	3,1
	2002	43.561.287	4,5	1.363.191	5,4	3,1
	2003	44.977.045	3,3	1.382.636	1,4	3,1
	2004	43.911.817	0,8	1.338.260	-1,8	3,0
Diğer Kamu	2000	1.159.403	-	32.891	-	2,8
	2001	1.543.126	33,1	32.723	-0,5	2,1
	2002	1.293.748	-16,2	26.983	-17,5	2,1
	2003	1.127.136	-12,9	31.894	18,2	2,8
	2004	809.366	-37,4	20.901	-22,5	2,6
Özel (1)	2000	4.245.388	-	478.719	-	11,3
	2001	3.917.791	-7,7	473.283	-1,1	12,1
	2002	4.407.122	12,5	529.511	11,9	12,0
	2003	5.033.572	14,2	586.961	10,8	11,7
	2004	6.187.371	40,4	637.731	20,4	10,3
TOPLAM	2000	105.794.119	-	5.075.170	-	4,8
	2001	120.268.687	13,7	5.290.024	4,2	4,4
	2002	124.317.359	3,4	5.508.263	4,1	4,4
	2003	129.733.118	4,4	5.736.517	4,1	4,4
	2004	152.851.241	17,8	6.440.800	12,3	4,2

Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 22.03.2006

Tablo 3: Türkiye'de Hastanelere Başvuran Hastaların Kurumlara Göre Poliklinik ve Yatan Hasta Durumu -2

<u>DALLAR</u>	<u>Hastane Sayısı</u>	<u>Yatak İşgal Oranı(%)</u>	<u>Bir Hastanın Ortalama Kalış Günü</u>	<u>Yatak Devir Hızı (Hasta)</u>	<u>Devir Aralığı (Gün)</u>	<u>Yatan Hasta Oranı (%)</u>	<u>Kaba Ölüm Oranı(%)</u>
Genel Hastaneler	1.059	63.7	5.6	41.9	3.2	3.9	1.7
Göğüs Hastalıkları Hastaneleri	27	73.6	13.4	20.1	4.8	7.5	2.6
Doğum ve Çocuk Hastanesi	56	63,2	2,9	78,5	1,7	10,9	0,4
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri	8	89,9	32,2	10,2	3,6	8,0	1,4
Kemik Hastalıkları Hastaneleri	3	53,7	15,6	12,6	13,5	3,8	0,1
Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Merkezleri	6	67,4	6,2	39,5	3,0	9,1	3,1
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri	16	85,9	19,4	16,1	3,2	5,4	0,0
TOPLAM	1.175	64,9	5,7	41,8	3,1	4,2	1,5

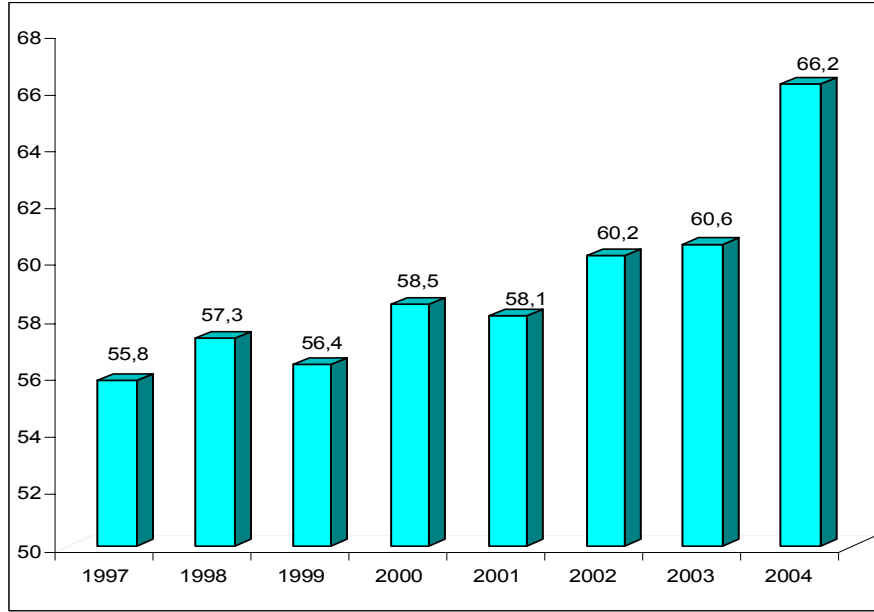
Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 19.04.2006

Tablo 3’de genel hastaneler: yukarıdaki gruplara girmeyen bütün hastaneleri kapsamaktadır. Milli Savunma Bakanlığı’na (MSB) ait hastaneleri kapsamamaktadır.

Tablo 4: Türkiye’de Hastanelerin Kurumlara Göre 2004 Yılı İtibari ile Hizmet Değerlendirmesi

<u>KURULUŞLAR</u>	Hastane Sayısı	Yatak İşgal Oranı (%)	Bir Hastanın Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı (Hasta)	Devir Aralığı (Gün)	Yatan Hasta Oranı (%)	Kaba Ölüm Oranı (%)
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	683	66.2	5.4	44.8	2.8	3.9	1.3
S.S.K. Hastaneleri	146	66.5	6.0	40.5	3.0	3.0	1.4
Tıp Fakültesi Hastaneleri	52	74.7	8.3	32.9	2.8	8.6	3.2
Diğer Resmi Kuruluş Hastaneleri*	8	28.0	8.3	12.4	21.3	1.5	0.9
Belediye Hastaneleri	8	47.5	13.0	13.3	14.4	3.5	1.2
Dernek ve Vakıf Hastaneleri	17	48.1	2.8	62.2	3.0	8.7	0.8
Yabancı ve Azınlık Hastaneleri	8	58.3	14.5	14.7	10.3	10.3	3.3
Özel Hastaneler	253	30.0	2.1	53.0	4.8	10.6	1.0
TOPLAM	1.175	64.9	5.7	41.8	3.1	4.2	1.5

Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 19.04.2006

Grafik 3: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yatak İşgal Oranı (%)

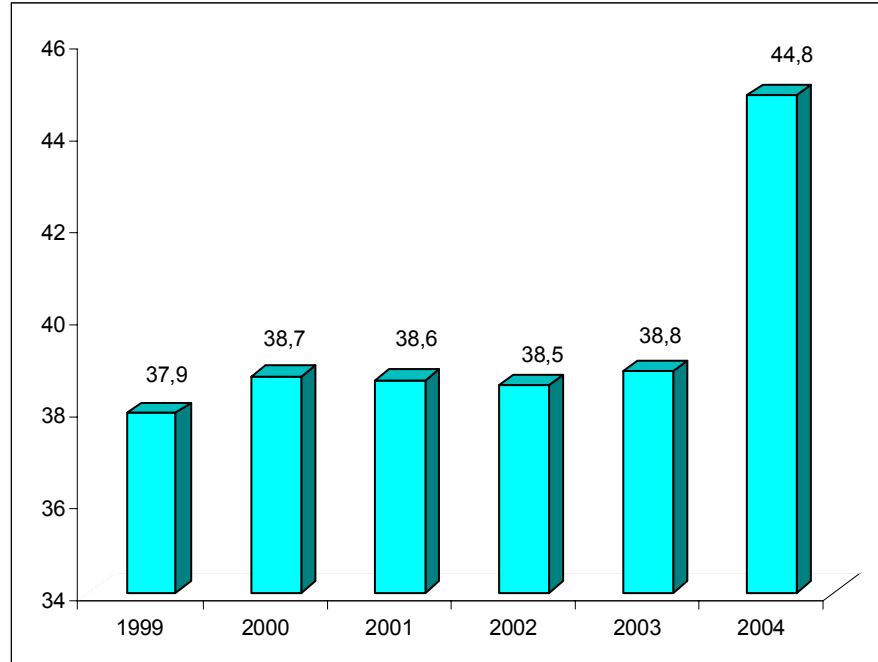
Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 19.04.2006

1.3.3. Örgütsel Büyüklük

Hastaneler, örgütsel yapılarına göre de sınıflandırılmaktadır. Hastanelerin örgütsel büyüklüğünü belirlemede kullanılan başlıca ölçütler, yatak sayısı, personel sayısı, hasta günü sayısıdır. Bunların içinde en yaygın kullanılan ölçüt yatak sayısıdır. Yatak sayısı bakımından hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üst yataklı hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır⁽¹⁰⁾.

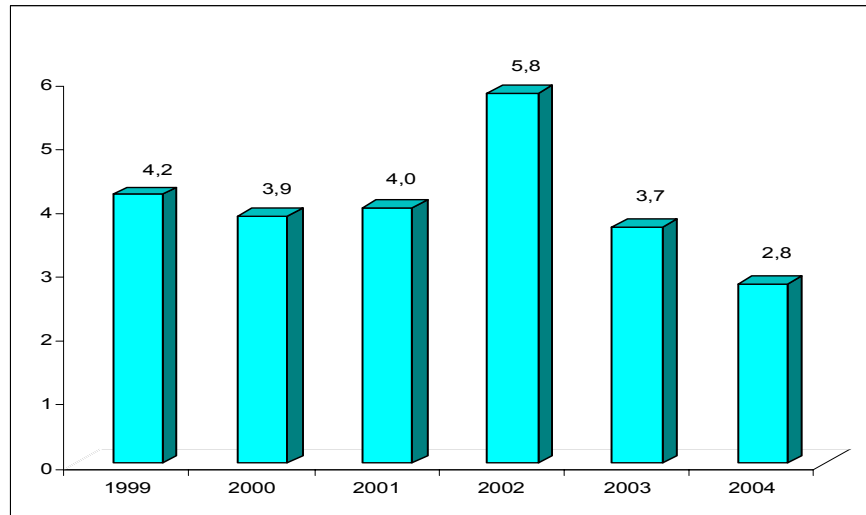
⁽¹⁰⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e. 10.

Grafik 4: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yatak Devir Hızı (Hasta)



Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 19.04.2006

Grafik 5: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yatak Devir Aralığı (Gün)

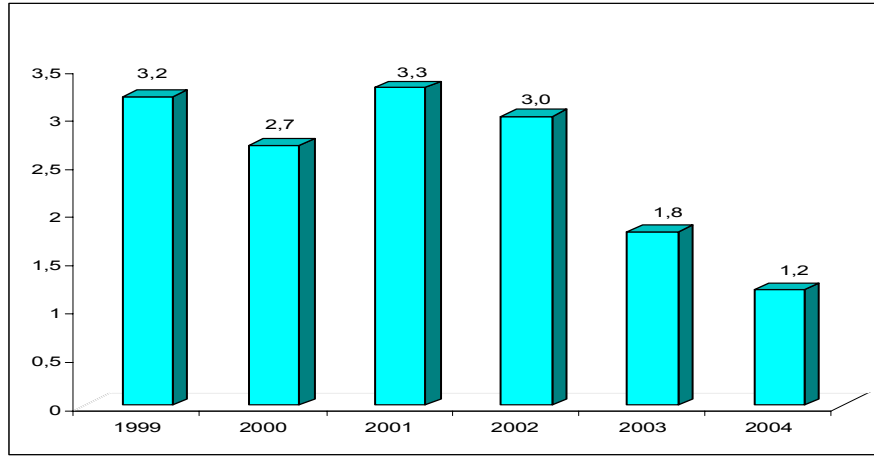


Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 19.04.2006

1.3.4. Eğitim Durumu

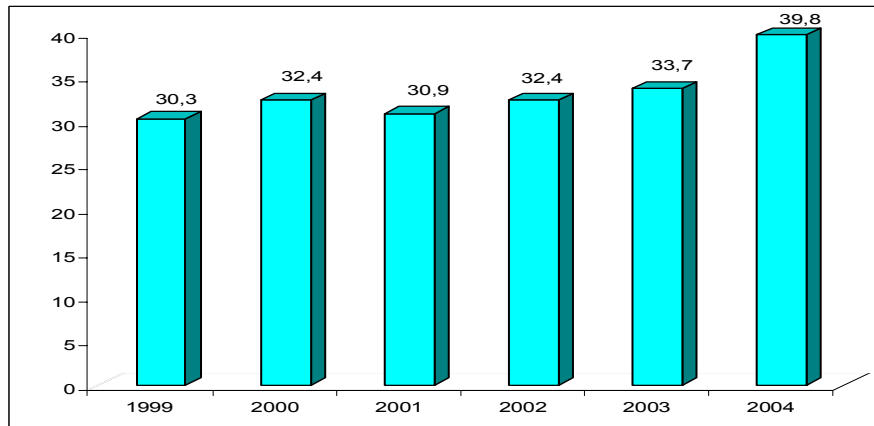
Hastaneler, eğitim veren hastaneler ve eğitim vermeyen hastaneler olarak da ayrılabilir. Eğitim hastaneleri, bünyesindeki öğrencilerine araştırma imkânı veren, uzmanlık alanlarının üstüne uzmanlıklarını ilerletebilecekleri çalışma ortamını sağlayan eğitim kurumlarıdır. Tablo 5’de görüldüğü gibi Türkiye’deki hastanelerin % 8’i (98 hastane) eğitim verirken, %92’si (1.119 hastane) eğitim vermemektedir.

Grafik 6: Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanelerinde Yatak Devir Aralığı (Gün)



Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 19.04.2006

Grafik 7: Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanelerinde Yatak Devir Hızı (Hasta)



Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 19.04.2006

Tablo 5: Türkiye’deki Hastanelerin Eğitim Verme Durumu

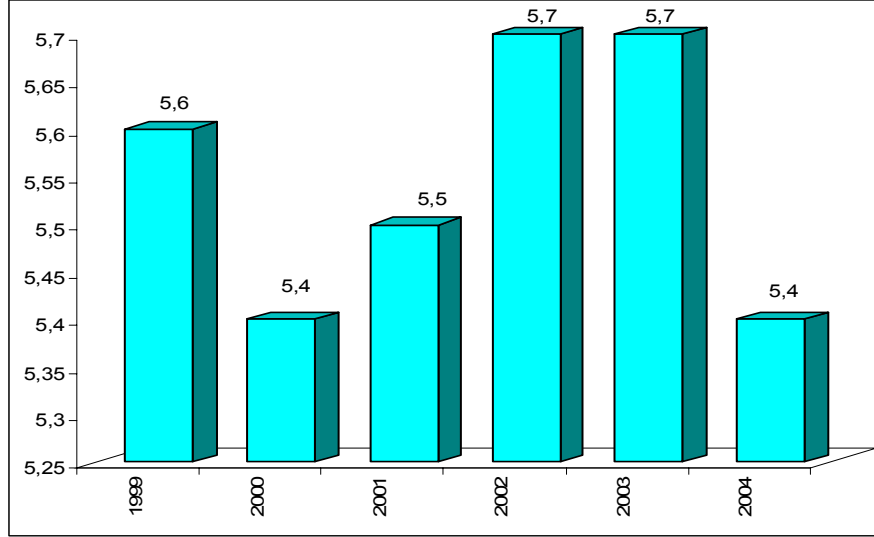
Eğitim Verme Durumu	Sayı	%
Eğitim Veren	98	8
Eğitim Vermeyen	1.119	92
TOPLAM	1.217	100.00

Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 19.04.2006

1.3.5. Hastaların Yatış Süresi

Hastaneler ayrıca yatarak tedavi gören hastaların yatış süresine göre akut bakım hastaneleri (acute care hospitals) ve kronik bakım hastaneleri (chronic care hospitals) olarak iki grupta toplanmaktadır. Akut bakım hastaneleri, 30 günden daha kısa süre, kronik bakım hastaneleri 30 günden daha uzun süreli yatış gerektiren hastalıklara yönelik tedavi hizmeti sunmaktadır. Akıl ve ruh sağlığı hastaneleri ile kemik hastalıkları hastanesi kronik bakım veren hastanelere örnek olarak verilebilir⁽¹¹⁾.

⁽¹¹⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.10.

Grafik 8: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Ortalama Kalış Sayısı (Gün)

Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 19.04.2006

1.3.6. Akreditasyon Durumu

Günümüzde sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmek ve belgelemek amacıyla uluslararası akreditasyon birlikleri bulunmaktadır. Ülkemizde sağlık alanında, ulusal akreditasyon kurumu bulunmamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaneler akredite olma durumlarına göre, akreditasyon belgesine sahip ve akreditasyon belgesine sahip olmayan hastaneler olarak ayrılmaktadır. Türkiye'de geçerli olmayan bu sınıflandırmada, ABD'de Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations – JCAHO) tarafından belirlenen kriterlere uygunluğu JCAHO denetçileri tarafından saptanan hastaneler, akreditasyon belgesini alırlar ve bu hastaneler belirli sürelerle denetime tabi olurlar. Uluslararası hastaneleri akredite eden kuruluş ise JCAHO'nun bünyesinde bulunan Joint Commision International (JCI) kurumudur. Bu kurum Amerika Birleşik Devletleri dışından başvuruları değerlendirir ve belgeleştirilir. Ülkemizde de JCI'dan akreditasyon belgesini alan hastaneler bulunmaktadır.

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında gerçekleştirilecek olan Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin oluşturulmasında her türlü teknik destek ve işbirliği altyapısını hayata geçirilmesi amacıyla, Joint Commission International ile Sağlık Bakanlığı arasında bir protokol imzalanmıştır. Bu protokol çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin JCI'dan akredite edilmesi planlanmaktadır.

1.4. HASTANELERİN FİNANSAL YAPISI

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde hastanelerde finansal hizmetlerin, kurum için gerekli tüketim maddeleri, ilaç, tıbbi malzeme, demirbaş, döşeme ve cihazların satın alınma, muayene ve tesellüm, depolama, sarf işleri ile her çeşit onarım ve diğer finansal işlemlerin mevcut tüzük, yönetmelik ve kararname hükümlerine göre yapılmasını kapsadığı belirtilmektedir.

Hastanelerde finansal yönetim faaliyetleri, gerekli finansal kaynakların sağlanması ile başlar. Kaynaklar sağlandıktan sonra finansal yönetici fonların kullanımı ve bu kapsamda tüm finansal kayıtların tutulması, özetlenmesi, raporlanması, hastanenin varlıklarının korunması, maliyetlerin kontrol altına alınması ve raporlanması faaliyetleri ile ilgilenir.

Hastanelerin temel amacı, hastalara sağlık hizmeti vermektir. Bu kurumlar kâr amacı gütmeyen kuruluşlardır. Devletten ayrılan finansal kaynaklarla ve elde ettikleri gelirlerle yaşamlarını sürdürürler. Hazineden ayrılan finansal kaynakları etkin ve verimli yönetilmeleri gerekmektedir. Basit yaklaşımla, kâr elde etme amacı olmasa da topluma karşı sorumluluğu gereği, mevcut kaynaklarla en fazla geliri elde etmeyi amaçlamalıdır. Bu nedenledir ki son derece karmaşık yapıya sahip hastanelerin, ağırlıklı olarak finans eğitimi almış, profesyonel hastane yöneticileri tarafından yönetilmelidir.

Hastanelerde finansal faaliyetlerle ilgili olarak üç önemli fonksiyondan söz etmek mümkündür. Bunlar⁽¹²⁾:

1. Hastanenin gelirlerinin nereden ve nasıl sağlanacağını belirlemek,
2. Hastanenin nakit, faaliyet ve sermaye bütçelerini analiz etmek,
3. Hastane ile ilgili finansal faaliyetleri yürütmektir. Bu faaliyetler ise;
 - Tüm gelir ve giderler için uygun muhasebe sistemi oluşturmak, eğer varsa ulusal muhasebe standartlarını kullanmak ve mali veride ve finansal tablolarda standardizasyona gitmek,
 - Bütçe kontrol mekanizması geliştirmek ve koordinasyonu sağlamak,
 - Kredi ve tahsilât prosedürlerini hazırlamak,
 - Nakit sağlamak, bankalarla ve ödeme kurumlarıyla ilgili prosedürleri hazırlamak,
 - Etkin kontrol sistemleri geliştirmek, bu kontrol sistemi cezalandırmaya yönelik değil, sürekli gelişmeye yönelik planlanmalıdır,
 - Arşiv veya tıbbi kayıt bölümleri ile beraber demografik ve finansal istatistikler oluşturmak. Hasta düzeyinde bilgiyi saklamak ve gerektiğinde finansal analizleri hasta ve hastalık düzeyinde yapabilmek,
 - Gerekli finansal raporları hazırlamaktır.

Ülkemizde hastanelerin finansal faaliyetleri ile ilgili olarak yapılan araştırmalar hastanelerin finansal faaliyetlerine ve sorunlarına ilişkin bazı

⁽¹²⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.12.

bulguları ortaya koymaktadır.⁽¹³⁾ Kamu hastanelerinde genel bütçe ve döner sermaye uygulamalarını inceleyerek, finansal yapıda ortaya çıkan temel problemlerin finansal sistemin çok başlı olarak yönetilmesi ve tepe yöneticilerin finansal konulardaki yetersizlikleri olduğunu tesit etmiştir. Ayrıca hastanelerde hastane yönetim muhasebesi ve bunun alt muhasebe dallarına ilişkin maliyet muhasebesi, maliyet analizleri, finansal tablo analizleri ve muhasebe sistemlerine ilişkin düzenlemelere de rastlanmadığını belirtmiştir⁽¹⁴⁾.

Günümüzde bazı üniversite hastanelerinde ve özel hastanelerde yöneticilere finansal bilgi vermek amacıyla özel maliyet muhasebesi çalışmaları yapılmaktadır. Bu çalışmalar kanuni bir zorunluluğu olmadığı için her hangi bir devlet kuruluşuna gönderilmemekte ve doğruluğu veya standartlara uygunluğu tespit edilememektedir. Aynı zamanda maliyet muhasebesi verilerinin hangi ilkelere göre hazırlandığı da bilinmemektedir.

Toplam sağlık harcamaları içinde % 70 paya sahip olan kamu sektörü, kaynaklarının önemli bir kısmını her yıl artan miktarda ilaç ve tıbbi malzeme alımı için kullanmaktadır. Bu alımların belirli standartlar dâhilinde yapılmaması, kamuoyunda bu alanda suiistimaller olduğu (aynı nitelikteki malzemenin değişik fiyatlarla tedariki gibi) yönünde kanaat oluşturmuştur⁽¹⁵⁾. Bu sebeple hastane yöneticisinin kurum içindeki tüm finansal hareketleri ve mevcut durumu takip edebilmelidir.

OECD'nin 2000 yılı verilerine göre, ülkemizde kişi başına düşen sağlık harcaması 255 ABD doları olup, bunun GSYİH'ye oranı % 4'tür. Gelişmiş ülkelerde ise bu oran % 7 ile % 11 arasında değişmektedir. Buna rağmen, ülkemizde genel sağlık harcaması içerisinde toplam ilaç giderlerinin payı ise

⁽¹³⁾ Çetin AKAR: "Hastanelerin Finansal Yönetiminde Sağlık İdarecilerinin Rolü." Sağlık Yönetimi, Yıl 3, Sayı 7, Mart, 1989, s.38–39.

⁽¹⁴⁾ Çetin AKAR. "Devlet Hastaneleri Muhasebe Sistemi." Sağlık Yönetimi, Yıl 1, Sayı 1, Ocak, 1987, s.39.

⁽¹⁵⁾ Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi Ve Tıbbi Cihaz Yönetimi, T.C. Sayıştay Başkanlığı Performans Denetim Raporu 2005, s.10.

% 40 civarındadır ki, bu oran diğer OECD ülkeleriyle kıyaslandığında oldukça yüksektir⁽¹⁶⁾.

1.5. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNİN FİNANSAL YAPISI

Ülkemizde ve gelişmiş toplumlarda sağlık bakanlığı koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunan ve ülkenin sağlık politikasını da yürütmekten sorumlu bir kuruluştur.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumları ile bu kurumlara bağlı sağlık kuruluşlarını açmak, kapasitelerini artırmak, mali, idari ve teknik her türlü işlemlerini düzeltmek, takip etmek, yürütmek ve gerektiğinde bunları kapatmaktan sorumludur. Tablo 4’de görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı’nın, devir olan Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri’nin sayısı ile beraber, ülke çapına yayılmış toplam 829 hastanesi ve bu hastanelere ait 127.148 adet yatağı bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde genel bütçeden sonra en önemli gelir kaynağı olan Döner Sermaye İşletmelerinin kurulması, devletin temel hizmetlerinin yani kamu görevlerinin yürütülmesi sırasında bir ihtiyaç olarak beliren ticari ve endüstriyel hizmetlerinin bir yan faaliyeti olarak yürütülebilmesi amacına dayanmaktadır.

Bu hastanelerin her iki örgütlenme için farklı yöneticileri, finansal faaliyetleri ve mevzuatı bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na ait hastanelerde genel bütçeden alınan payı harcamaktan sorumlu birinci derece ita amiri, ikinci derece ita amiri ve tahakkuk memuru bulunmaktadır. 1050 Sayılı Muhasebe-i Umumiye Kanunu 22. maddeye göre ita amirleri; ödeneklerin zamanında ve yerinde kullanılmasını, giderlerin gerçek ihtiyaç karşılığı olmasının ve programlanmış hizmetlerin yerine getirilmesinin gözetimi ile görevlidir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm kuruluşların birinci derece ita amiri

⁽¹⁶⁾ Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi Ve Tıbbi Cihaz Yönetimi, T.C. Sayıştay Başkanlığı Performans Denetim Raporu 2005, s.11.

Sağlık Bakanıdır. İkinci derece ita amiri gider tahakkuk ettikçe, mahallindeki saymanın veznesinden ödenmek üzere, birinci derece ita amiri olan bakanlar tarafından kendisine yetki verilen memurlardır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ikinci derece ita amiri hastane başhekimleridir. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre, başhekim: kurumun tıbbi, idari, mali ve eğitim hizmetlerinin görevlilerce en iyi şekilde yürütülmesini sağlar ve bu hizmetlerin yapılmasını izler, en az haftada bir defa denetler⁽¹⁷⁾.

Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye Kanunu 106 Sayılı Yönetmeliği 8. ve 9. maddelerine göre başhekim, birinci derece imza yetkisine sahip en büyük ita amiridir. Başhekim idari işlerden doğrudan, muhasebe işlemlerinin, ayniyat ve ambar işlerinin düzenli olarak yürütülmesi açısından döner sermaye saymanı ile ortak sorumluluk taşır. Bunun yanında hastanelerin döner sermaye hesap işleri, sorumlu sayman olan Döner Sermaye Saymanı tarafından yürütülür. Muhasebe işlerinin düzenli yürütülmesi, alacakların takibi, ödenek ayarlamaları, tahakkuk evraklarının kontrolü, aylık mizanlar, bütçe, bilanço ve kâr zarar cetvellerinin düzenlenmesi, vezne işlerinin düzenlenmesi gibi görevleri yerine getirmekle yükümlüdür. Madde (md) 10 ve 11'e göre sorumlu saymanın atanması Sağlık Bakanlığı'nın teklifi üzerine Maliye Bakanlığı'nca yapılır.

Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye Kanunu 106 Sayılı Yönetmeliği md.11–12–13–14 ve 15'e göre Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde döner sermaye faaliyetlerin yürütülmesinde yer alan diğer görevliler şunlardır: Tahakkuk memuru, sayman yardımcısı, veznedar, ayniyat saymanı, ambar ve depo memuru.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarının saymanlık hizmetlerini yürütmekte olan 192 Döner Sermaye Sayanlığı'nda (DSS) 2004 yılından itibaren standart bir Tek Düzen Muhasebe Programı kullanılmaya başlanmıştır.

⁽¹⁷⁾ Ahmet ALAGÖZ: "Kamu Döner Sermaye İşletmeleri", Ankara: DSİ Matbaası, 1982.

Bu sayede tüm mali bilgiler tek düzen muhasebe sistemi içinde standart bir şekilde tutulacak ve mali veride standardizasyon sağlanmış olacaktır. Borç-alacak, gelir-gider, bilanço ve mizanlar takip edilebilecek ve ulusal bazda elde edilen finansal veriler konunun uzmanları tarafından yorumlanabilecektir.

Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde yıllık bütçeleme faaliyetleri, yıl içerisinde üçer aylık bütçeler esas alınarak formların, bağlı bulunan Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçe Dairesi Başkanlığı'na yollanmasından ibarettir. Muhasebe işlemleri 1050 Sayılı Muhasebe-i Umumiye Kanunu esas alınarak yürütülmektedir. Maliyet muhasebesi uygulamalarına yer verilmemektedir. Satınalma işlemleri 2886 Sayılı Devlet İhale Kanunu hükümlerince Satınalma Komisyonunca yürütülmektedir. Satın alınan malzemenin kontrolünden Muayene ve Tesellüm Komisyonu sorumludur. Alacakların takibi ise 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun hükümlerince yürütülmektedir.

Döner sermaye bütçesinin hazırlanması sorumlu saymanın görevidir. Muhasebe işlemleri Döner Sermayeli Kuruluşlar Muhasebe Yönetmeliği ile yürütülmektedir. Satınalma faaliyetleri Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliği çerçevesinde uygulanmaktadır. Malzeme yönetimi ve stok kontrol işlemleri, Ayniyat Saymanlarının sorumluluğunda Ayniyat Talimatnamesi hükümlerine göre yürütülmekte ve gerekli kayıtlar tutulmaktadır. Alacakların takibi ise 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun hükümlerince yürütülmektedir.

2003 yılında 1. basamak sağlık kuruluşlarında 18.06.2003 tarih 1863 Sayılı Ek Ödeme Yönergesi ile performansa dayalı döner sermaye uygulamasına geçilmiştir. İki eğitim hastanesi olmak üzere on hastanede de pilot olarak performansa dayalı döner sermaye uygulaması daha önceden yapılmıştır. Performansa dayalı ek ödeme yapılmasının tüm sağlık kurumlarında uygulanması amacıyla sürdürülen mevzuat çalışmaları 01.01.2004 tarihinde sonuçlandırılmış ve bu tarihten itibaren 1. , 2. ve 3.

basamak sağlık kurum ve kuruluşlarda performans dayalı ek ödeme uygulamasına başlanmıştır.

Performansa dayalı döner sermaye uygulamasının amacı Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında çalışan personelin unvanı, görevi, çalıma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, girişimsel işlemler ile özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma ve koruyucu sağlık hizmetlerinde gösterilen performans gibi unsurlar esas alınarak sağlık kuruluşlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunulmasının teşvik edilmesidir.

Hastanelerin yönetiminden sorumlu Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Bakanlık bütçesinden aldığı pay; 1993 yılında % 47,3 iken, 2000 yılında % 40,3, 2001 yılında % 38,9, 2002 yılında % 40,3 ve 2003 yılında ise % 38 olarak gerçekteşmiştir. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin dağılımına bakıldığında da, bütçenin çok büyük bir kısmının personel giderleri için harcandığı görölmektedir⁽¹⁸⁾.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı hastanelerin harcamaları da; genel bütçe ödenekleri, 4760 sayılı Kanun gelirleri ve büyük bir oranda döner sermaye gelirlerinden karşılanmaktadır.

⁽¹⁸⁾ Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi Ve Tıbbi Cihaz Yönetimi, T.C. Sayıştay Başkanlığı Performans Denetim Raporu 2005:14

Tablo 6: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Gelir-Gider Dağılımı

YILLAR	GELİR (Milyon TL)	GİDER (Milyon TL)
1997	82.278.000	79.517.000
1998	185.864.000	168.947.000
1999	351.048.000	308.780.000
2000	608.827.000	585.920.000
2001	1.024.631.000	963.637.000
2002	1.973.498.000	1.760.948.000
2003	2.905.016.103	2.216.251.343
2004	4.827.167.227	4.022.631.469

Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr>, 19.04.2006

1.6. KAMU MALİ YÖNETİM VE KONTROL SİSTEMİ

Kamu Maliyesi; gelirlerin toplanması, harcamaların yapılması, açıkların finansmanı, kamunun varlık ve borçları ile diğer yükümlülüklerini kapsar⁽¹⁹⁾.

Türk Kamu Mali Yönetiminin Anayasası olarak adlandırılan 1050 sayılı Genel Muhasebe Kanunu 9.6.1927 tarih ve 606 sayılı resmi gazetede yayınlanmış ve 1927 senesi Haziran ayının başından itibaren yürürlüğe konulmuştur. 80 yıla yakın bir süre esaslı bir değişiklik olmadan yürürlükte kalmış (yapılan değişikliklerin bazıları anayasaların değişmesinden kaynaklanan zorunlu değişikliklerdir) olup 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve

⁽¹⁹⁾ www.bumko.gov.tr, 2006

Kontrol Kanunu ile 01.01.2006 tarihi itibarıyla tamamen yürürlükten kaldırılmıştır⁽²⁰⁾.

01.01.2006 tarihinden önce mevcut Kamu Mali Yönetim Sistemindeki eksikliklerin, iyileştirme ve geliştirme politikalarıyla değerlendirilmesi ile yapılan eleştirileri;

- Mali yönetim sisteminin ve bütçenin kapsamının dar kaldığı,
- Bütçe dışı harcamalarında artış,
- Kalkınma planı ile bütçeler arasındaki bağın kopmuşluğu,
- Kamu kaynaklarının etkin kullanılmadığı,
- Harcama sürecinin katı ön kontrole tabi olduğu,
- Harcama sürecinde yetki-sorumluluk dengesinin iyi kurulamadığı,
- Bütçe hazırlama, uygulama ve kontrol sürecinde idarelere yeterli inisiyatif tanınmadığı,
- Sayıştay denetimi kapsamının dar kaldığı,
- Bütçe kod yapısının yetersiz olduğu,
- Muhasebe sisteminin yetersiz olduğu,
- Çağdaş kamu mali yönetim anlayışında hâkim olan; stratejik planlama, çok yıllık bütçeleşme, performans esaslı bütçeleşme, hesap verebilirlik, mali saydamlık, etkin iç mali kontrol ilkelerinin sistemde yer almadığı,
- Mali yönetimin otomasyon ve enformasyon sisteminin yetersiz olduğu,

⁽²⁰⁾ Osman KAYA: “Kamu Mali Yönetiminde Sorumluluk ve Sorumluluk Halleri”, Mali Hukuk Dergisi, Sayı 121, Şubat 2006, s.7–9.

başlıklar altında toplayabiliriz⁽²¹⁾.

Tüm bu eleştiriler ile 5018 Sayılı Kanun kapsamında;

- Mali yönetim ve bütçenin kapsamı genişletilmesi,
- Stratejik planlama ve performans esaslı bütçelemeye geçilmesi,
- Orta vadeli harcama programı çerçevesinde çok yıllık bütçelemeye geçilmesi,
- Hesap verebilirlik ve mali saydamlık sağlanması,
- Kaynakların etkili ekonomik ve verimli kullanılması ilkesi getirilmesi,
- Kamuda muhasebe birliği sağlanması ve mali istatistiklerin yayımlanması,
- İç kontrol sistemi kurulması,
- İç denetim sistemi kurulması,
- Sayıştay'ın denetim kapsamının genişletilmesi.

amaçlanmıştır.

5018 sayılı kanunun ana unsurları, performansa dayalı çok yıllık bütçe, ekonomik ve mali analizlere uygun bütçe kodlama sistemi, genel kabul görmüş muhasebe ilkelerine uygun tahakkuk esaslı muhasebe, nakit planlamasına dayalı nakit yönetim sistemi, kapsamlı ve şeffaf borç yönetimi, iç kontrol, iç denetim, dış denetim, mali yönetim bilgi sistemidir⁽²²⁾.

Çalışmanın hazırlandığı yıl itibari ile 5018 sayılı kanun yürürlüğe girmiş fakat uygulama sonuçlarına, bulunulan cari yılın tamamlanmaması nedeniyle

⁽²¹⁾ www.bumko.gov.tr, 2006

⁽²²⁾ www.bumko.gov.tr, 2006

ulaşılamamıştır. Çalışmanın devamında 1050 Sayılı ve 5018 sayılı kanunların temel benzerlikleri ile farklılıklarına değinilecek ancak yürürlükten kalkmış olması nedeni ile 1050 Sayılı Kanuna ilişkin açıklamalar daha kısa tutulacaktır.

Kamu mali yönetimi, kamu kaynaklarının yönetimi ile ilgili kurumları ve süreçleri kapsar. Bu süreç üç aşamadan meydana gelir:

- Politikaların ve önceliklerin belirlenmesi,
- Kaynakların belirlenen politikalara uygun olarak tahsis edilmesi,
- Kamu kaynaklarının ekonomik, etkin ve verimli bir şekilde elde edilmesi ve kullanılmasını sağlamaya yönelik kontrol ve denetim mekanizmalarının kurulması⁽²³⁾.

Maliye politikasını etkili bir şekilde yürütme yeteneği kamu mali yönetiminin kapasitesine bağlıdır. Politikaların ve önceliklerin belirlenmesinde önemli unsurlardan biri, Türkiye'nin temel politika belgeleri, beş yıllık kalkınma planları ve yıllık programlardır. Politika ve öncelikler belirlenirken özellikle ülkenin makroekonomik dengeleri ve kaynak kısıtlılığı dikkate alınır. Etkin çalışan bir devletin, kaynak kısıtlılığını da dikkate alarak stratejik kararlar vermesi, bu kararları uygulamak için orta vadeli planlar yapması ve bu politikaları destekleyecek şekilde bütçe yapması gerekir. Bu da politika üretme kapasitesinin ve bütçe süreçlerinin güçlendirilmesine bağlıdır⁽²⁴⁾.

Kaynakların belirlenen önceliklere uygun olarak tahsisinde bütçe, kıt kaynakların tahsis aracıdır. Kamunun ortak ihtiyaçlarının ne kadarının devlet tarafından karşılanacağını gösteren temel bir siyasi tercihtir ve hükümet politikasının mali yansımasıdır.

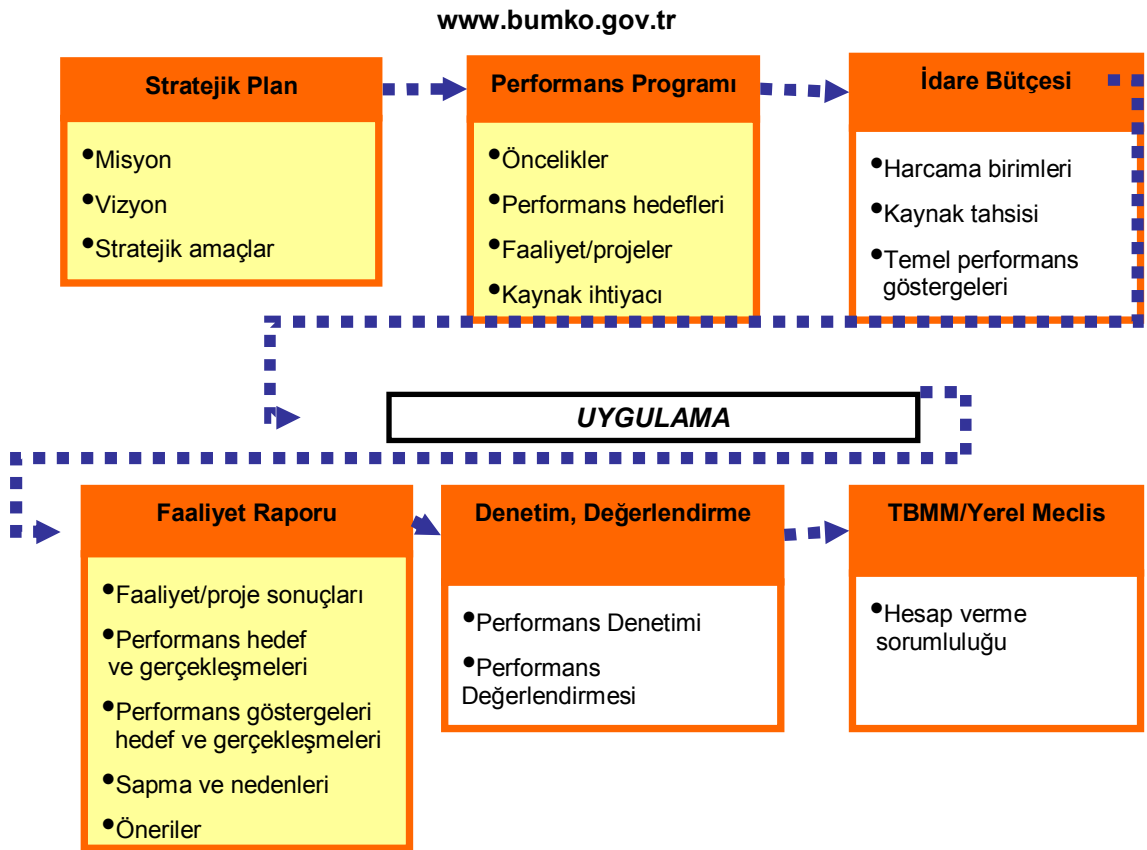
Kamu kaynaklarının kullanımının kontrol ve denetimine ilişkin mekanizmaların kurulması mali kontrol olarak adlandırılmaktadır. Mali

⁽²³⁾ www.bumko.gov.tr, 2006

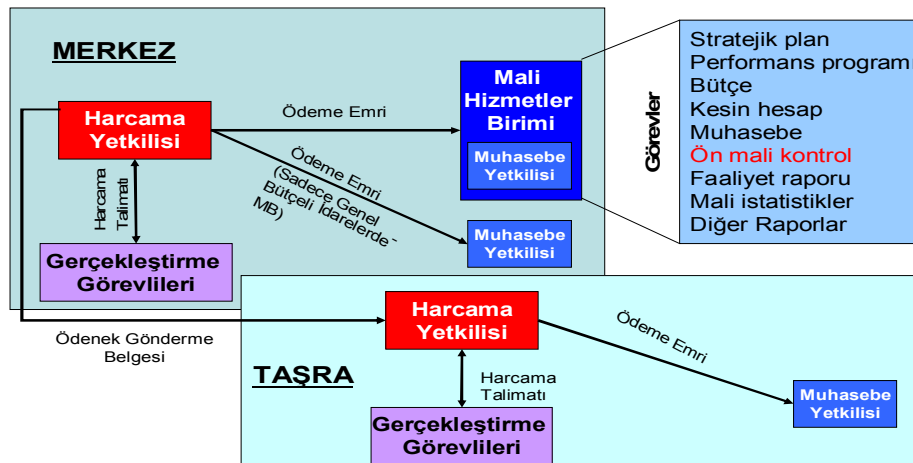
⁽²⁴⁾ www.bumko.gov.tr, 2006

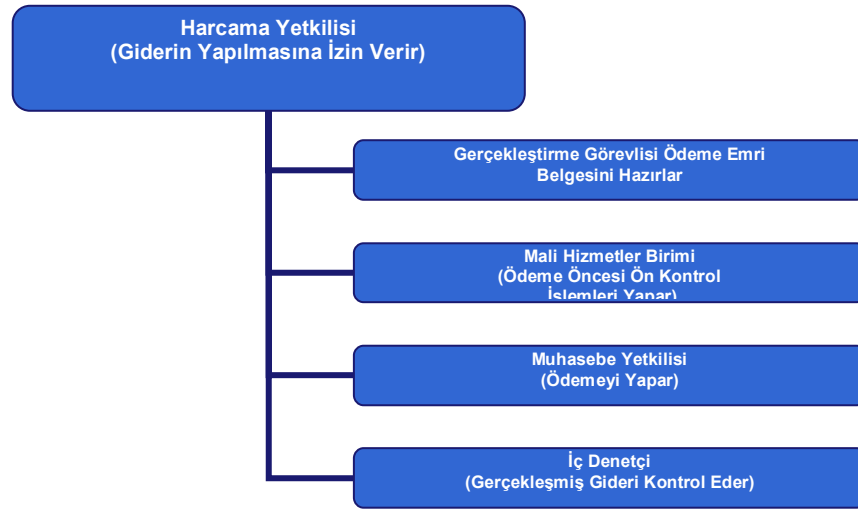
kontrol; iç kontrol, iç denetim, dış denetim faaliyetlerinden oluşur. Denetim mekanizmasının diğer bir unsuru ise mali raporlama ve buna uygun bütçe kod yapısı ve devlet muhasebesinin varlığıdır. Mali raporlamanın gelişmesi, şeffaflık ve hesap verebilirliğin temel unsurlarındandır.

Şekil 1: 5018 Sayılı Kanun ve Harcama Süreci,



Harcama Süreci



Şekil 2: Giderin Yapılması

Kaynak: www.huap.org, 2006

Yürürlüğe giren 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu Yasası ile geçerliliğini yitiren 1050 Sayılı Muhasebe-i Umumiye Kanunu arasındaki en önemli farklılıklardan biri sorumlular ve sorumluklardır. Tablo 7’de iki kanun arasındaki terminoloji farkı verilmektedir.

1050 Sayılı Muhasebe-i Umumiye Kanunu 22. maddesine göre tahakkuk memurları; ödeneklerin zamanında ve yerinde kullanılması, giderlerin gerçek ihtiyaç karşılığı olmasının sağlanması ve hizmetlerin zamanında yerine getirilmesi ile görevli kişilerdir. Tahakkuk memurları gelir ve gider tahakkuk memurları olmak üzere iki bölümde incelenir, ancak hastanelerde sadece gider tahakkuk memurları vardır. Hastanelerde bu görev hastane müdürlerine verilmektedir. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’ne göre hastane müdürleri, başhekime bağlı olarak hastanenin idari, mali ve teknik hizmetlerini kanun, tüzük, yönetmelikler ve emirler uyarınca yürütmekle yükümlüdür. 1050 Sayılı Muhasebe-i Umumiye Kanunu 13 ve 14. maddelerine göre Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde finansal faaliyetlerin yürütülmesinde yer alan diğer görevliler şunlardır: Gider saymanları, sayman mutemetler ve satınalma komisyonu üyeleridir.

5018 sayılı kanundaki yeni mali yönetim yapısında; siyasi sorumluluk, idari sorumluluk, mali sorumluluk, performans sorumluluğu ve cezai sorumluluklar, siyasi sorumlulara (bakan veya belediye başkanı), üst yöneticilere, harcama yetkililerine, gerçekleştirme görevlilerine, muhasebe yetkililerine, iç denetçilere ve dış denetçilere verilmiştir. Kanun hesap verme sorumluluğu kavramı gereğince her türlü kamu kaynağının elde edilmesi ve kullanılmasında görevli ve yetkili olanlar kaynakların; etkili, ekonomik, verimli ve hukuka uygun olarak elde edilmesinden, kullanılmasından, muhasebeleştirilmesinden, raporlanmasından, kötüye kullanılmaması için gerekli önlemlerin alınmasından sorumludur.

Hesap verme sorumluluğu gereği üst yöneticiler, bütçelerinin kalkınma planına, kurumun stratejik plan ve performans programına uygun hazırlanması ve uygulanmasından, sorumlulukları altındaki kaynakların etkili, ekonomik ve verimli şekilde elde edilmesi ve kullanımını sağlamaktan, kayıp ve kötüye kullanılmasının önlenmesinden sorumludur.

Tablo 7: İki Kanun Arasında Sorumlulukların Karşılaştırılması

1050 Sayılı Kanunda Tanımlanan Sorumlular	5018 Sayılı Kanunda Tanımlanan Sorumlular
• İta amiri • Tahakkuk memuru • Sayman • Kanunun 22'nci maddesinde sorumlulukları düzenlenen diğer görevliler	• Üst yönetici • Harcama yetkilisi • Gerçekleştirme görevlisi • Muhasebe yetkilisi • Kanunun çeşitli maddelerinde sorumlulukları düzenlenen diğer görevliler

1.6.1. Üniversitelerde Kamu Mali Yönetim ve Kontrol

5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu Yasası⁽²⁵⁾ ile Özel Bütçeli kuruluşlar olarak anılan Üniversitelerin, hazine finansmanı ile sağlanan gelirleri ve bu gelirler ile yaptıkları harcamaları kaydettikleri bütçe sistemi mevcuttur. Her bir gider yerinin mali yönetimi o gider yerinin harcama yetkilisine aittir. Anabilim dalı sorumlusu o birimin harcama yetkilisidir, bir üst yetkili hastane başhekimisi ve daha sonra rektörün yetki devri yaptığı genel sekreterdir. Diğer deyişle hastanelerde harcama yetkilisi başhekim, üniversitenin özel bütçe giderleri ile ilgili gerçekleştirme görevlisi üniversite genel sekreteridir. Bu yetkisini gerekli gördüğü durumlarda hastane başmüdürüne devredebilmektedir. Üniversite özel bütçe muhasebe faaliyetleri, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı yer alan muhasebe yetkilisi tarafından gerçekleştirilmektedir.

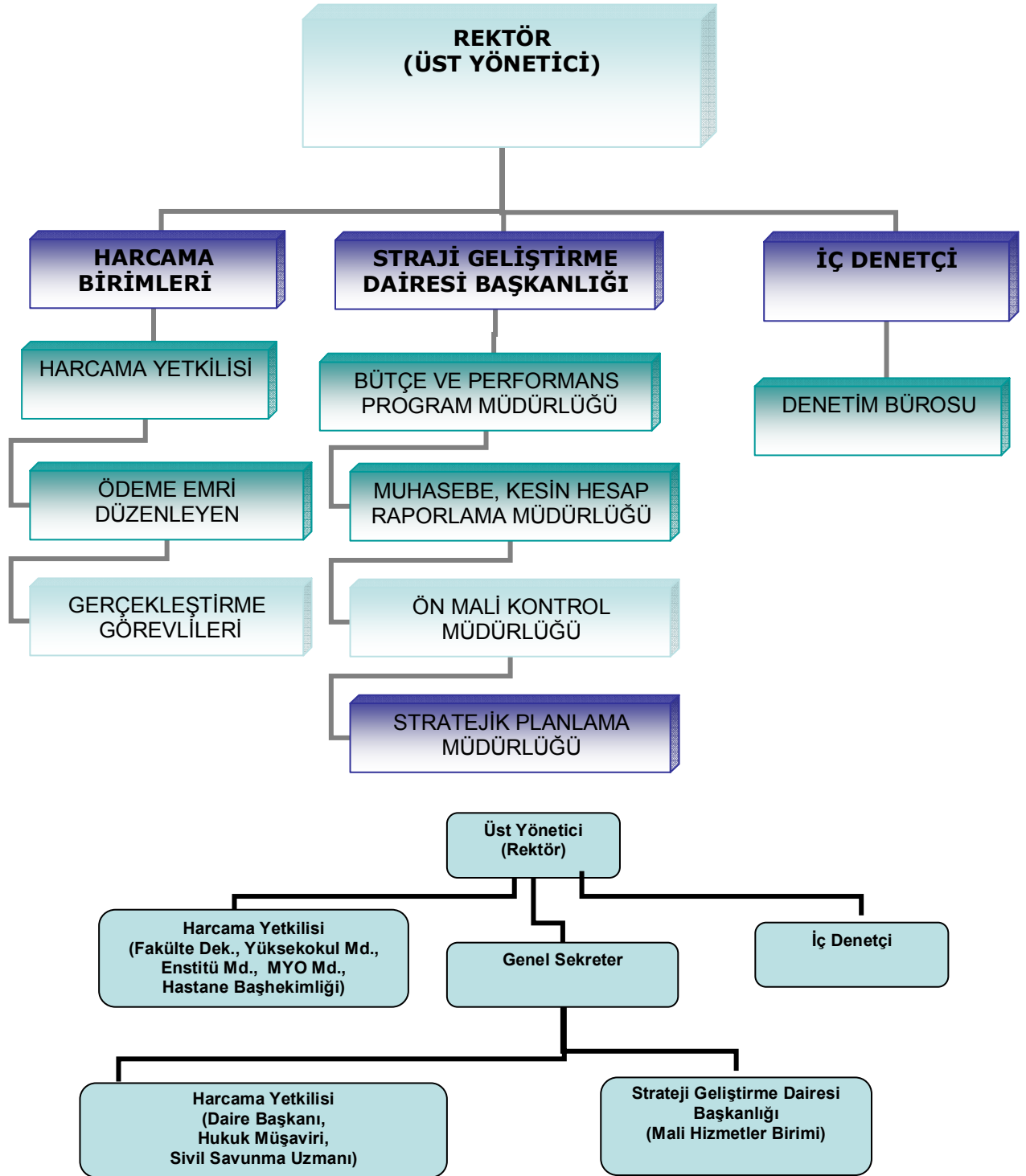
Üniversite hastaneleri özel bütçe sistemi içinde Rektörlüğe doğrudan bağlı “Araştırma ve Uygulama Merkezleri” arasında anılır ve Tıp Fakülteleriyle yönetsel organik bir bağları yoktur.

Üniversitenin mali işleri 1050 sayılı kanuna göre Bütçe Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülürken 5436 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunun 15. maddesine dayanarak kurulan Strateji Geliştirme Dairesi Başkanlığı tarafından 01.01.2006 tarihinden itibaren yürütülmeye başlanmıştır. Bütçe faaliyetleri stratejik planlama ve 5018 Sayılı Kanun ilkelerine uygun olarak yürütülmektedir. Üniversite hastaneleri de bütçeleri stratejik planlara uygun olarak orta vadeli olarak hazırlamaktadırlar.

Çalışmanın yapıldığı üniversite 5018 sayılı kanunun eki 2 sayılı cetvelde yer alan özel bütçeli idareler arasında yer almaktadır.

⁽²⁵⁾ Kamu Mali Yönetimi Ve Kontrol Kanunu, Kanun No. 5018 Kabul Tarihi: 10.12.2003 Resmi Gazete Tarihi 24.12.2003 Resmi Gazete Numarası 25326

Şekil 3: Üniversitelerde Mali Yönetim Organizasyonu ve Kontrol Yapısı,
www.ksu.edu.tr



Tablo 8: Harcama Birimi ve Harcama Yetkilisi İlişkisi

ÜST YÖNETİCİ	BÜTÇEYLE ÖDENEK TAHSİS EDİLEN HARCAMA BİRİMİ	HARCAMA YETKİLİSİ
REKTÖR	Genel Sekreterlik	Genel Sekreter
	Müstakil Daire Başkanlığı	Daire Başkanı
	Hukuk Müşavirliği	Hukuk Müşaviri
	Fakülte	Dekan
	Yüksekokul	Müdür
	Meslek Yüksekokulu	Müdür
	Enstitü	Müdür
	Hastane	Başhekim
	Merkez	Müdür
	Bölüm	Başkan
	Sivil savunma uzmanlığı	Sivil savunma uzmanı

5018 sayılı mali yönetim sisteminin temel taşı Stratejik Planlama Yönetim modelidir. Stratejik planlama ile kamu kuruluşlarının, stratejik planlarını hazırlamaları ve gelecek dönemlerde kuruluş bütçelerini bu planda öngörülen kuruluş misyonu, vizyonu, amaç ve hedefleri ile uyumlu olacak biçimde performans programlarına dayalı olarak oluşturmaları gerekmektedir. 2003/14 ve 2004/37 sayılı Yüksek Planlama Kurulu Kararları uyarınca 8 kamu idaresinde stratejik planlama pilot çalışmaları tamamlanma aşamasına gelmiştir. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Müsteşarlığı, sekiz kuruluştaki yürütülen pilot çalışmalarda yönlendirme, izleme ve değerlendirme işlevini üstlenmiştir.

5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununun 9. maddesi uyarınca stratejik plan hazırlamakla yükümlü olacak kamu idarelerinin ve

stratejik planlama sürecine ilişkin takvimin tespitine DPT Müsteşarlığı yetkili kılınmıştır. Pilot uygulamalardan ve Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) ile işbirliği içinde gerçekleştirilen “Stratejik Yönetim Araştırması”ndan elde edilen sonuçlara bağlı olarak uygulamanın tüm kamu kuruluşlarına yaygınlaştırılmasına yönelik mevzuat düzenleme çalışmaları yürütülmektedir. Bu çerçevede Kamu İdarelerinde Stratejik Planlamaya İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik 26 Mayıs 2006 tarihli Resmi Gazetede yayımlanmıştır⁽²⁶⁾. Performans esaslı bütçeleme çalışmaları, stratejik planlama ile bütünlük teşkil etmekte ve Maliye Bakanlığı tarafından yürütülmektedir.

Stratejik Planlama modelinin temeli, çalışmamıza konu olan, ölçülen girdi ve çıktı ilişkisi, çıktıların elde edilmesinde girdilerin nasıl kullanıldığı etkinlik kavramı ve doğru işi yapma ile ölçülen etkililiktir kavramıdır. Etkililik ise önceden belirlenmiş amaçlara ulaşma düzeyi, çıktılarla elde edilen sonuçlardır.

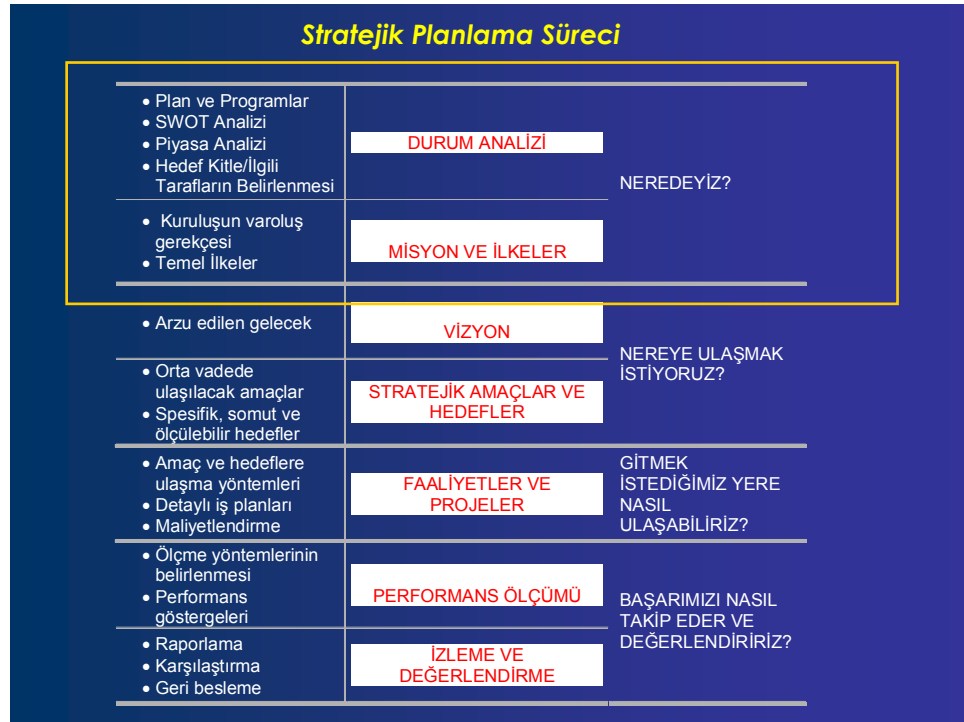
Stratejik Planlama, kuruluşun disiplinli ve sistemli bir şekilde, kendisini nasıl tanımladığını, neler yaptığını, yaptığı şeyleri niçin yaptığını, ulaşmayı arzu ettiği durumu değerlendirmesi, şekillendirmesi ve bunlara rehberlik eden temel kararları ve eylemleri üretmesidir. Stratejik planlama; kuruluşların mevcut durum, misyon ve temel ilkeler inden hareketle bir vizyon oluşturmaları, bu vizyona uygun amaç ve hedefler saptamaları ölçülebilir göstergeler geliştirerek, başarıyı izleme ve değerlendirmeleri sürecini ifade eden katılımcı ve esnek bir planlama yaklaşımıdır⁽²⁷⁾.

Stratejik Planlama, geleceğe yönelik düşünme, politika oluşturma kapasitesinin güçlendirilmesi, orta/uzun vadeli ve somut hedeflere dayalı yönetim anlayışının geliştirilmesi, sonuçlara ve performansa odaklanma, katılımcılık, şeffaflık ve hesap verme sorumluluğunu kapsar.

⁽²⁶⁾ www.sp.gov.tr, 2005

⁽²⁷⁾ www.bumko.gov.tr, 2006

Şekil 4: Stratejik Planlama Süreci



Kaynak: www.bumko.gov.tr, 2006

1.6.2. Döner Sermaye Sistemi

Döner Sermaye Sisteminde tutulan muhasebe kayıtları 1999 yılında yayınlanan “Döner Sermayeli İşletmeler Muhasebe Yönetmeliği”ne uygun olarak tutulmaktadır. Bu yönetmelik 1992 tarihli Tekdüzen Muhasebe Sistemi (TMS) düzenlemesinin hastanelere uyarlanmış biçimidir. Hastane Döner Sermaye Sistemi içerisinde aşağıdaki finansal alt sistemlere rastlamak mümkündür. Bunlar, finansal planlama (bütçeleme), satınalma, maaş muhasebesi, hasta muhasebesi, genel muhasebedir.

Döner Sermaye Sisteminde yürütülen finansal faaliyetlere ilişkin çıktılar; döner sermaye aylık mizanları, döner sermaye bilançosu, döner sermaye gelir tablosu, döner sermaye diğer finansal tabloları, döner sermaye bütçesi, döner sermaye faaliyet raporu (kesin hesap dokümanları), maaş – prim özet ve ayrıntılı cetvelleridir.

Döner Sermayeli işletmeler ilke olarak 5018 sayılı kanunun kapsamına dahildir. Ancak Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü 20.01.2006 tarih ve B.07.0.MGM.023/115.641 tarihli yazısı kapsamında döner sermayeli işletmeler ile ilgili olarak geçici 11. maddesine göre çıkartılacak yönetmelik yürürlüğe girinceye kadar 2006 yılı işlemleri ile ilgili olarak 5018 sayılı kanun hükümlerine bağlı kalınmaksızın 01.01.2006 tarihinden önceki mevcut uygulamalara devam edilecektir.

Ayniyat Muhasebesi sistemi, kamu kurum ve kuruluşlarında, taşınabilir ve parasal bir değeri olan mal ve malzemelerin, kurumlara girişleri, muhafazası, kullanıma veya üretime sevkleri, kullanımdan düşümleri, bu işlemlere ilişkin kayıtların tutulması ve devlete hesap verilmesi ile ilgili olarak devlet mallarına ilişkin bir dizi finansal faaliyeti yürüten bir finansal bilgi sistemidir.

Üniversite hastanelerinde, üniversitenin özel bütçe ve Döner Sermaye işletmesi için 2 ayrı ayniyat saymanlığı tesis edilmektedir. Hastane içinde hem Özel Bütçe hem de Döner Sermaye Bütçesi için 2 ayrı ayniyat saymanı yer almaktadır. Döner Sermaye Ayniyat Saymanı Döner Sermaye İşletme Müdürüne doğrudan bağlı olarak çalışır. Kendine bağlı ayniyat mutemetleri (depo memurları) da Saymana yardımcı olarak faaliyetlerini yürütürler. Ayniyat Saymanları faaliyet dönemlerine ilişkin hesaplarını Sayıştay'a verirler.

Devlet hastanelerinin finansal bilgi sistemleri aşağıda belirtilen üç ayrı finansal sistem ile yürütülmektedir: genel bütçe sistemi, döner sermaye sistemi ve ayniyat muhasebesi sistemidir. 5018 Sayılı Yasa ile Genel Bütçeli kuruluşlar olarak anılan Devlet Hastanelerinin, hazine finansmanı ile sağlanan gelirleri ve bu gelirler ile yaptıkları harcamaları kaydettikleri bütçe sistemidir. Sistem yönetimini en üstünde harcama yetkilisi olarak Sağlık Bakanı yer almaktadır. Sağlık Bakanı bu yetkisini Devlet Hastanelerinin üst düzey yetkilileri olan Hastane Başhekimlerine devrederek kullanmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANELERDE FİNANSAL PERFORMANS ANALİZİ

Hastaneler, hizmet sektöründe olan diğer sağlık kuruluşlarına göre üstünlüklerini ve zayıflıkları çeşitli göstergelerle ölçebilirler. Ulusal ve uluslararası alanlarda sağlık kuruluşunun tanımı yapılırken çeşitli göstergeler yardımıyla hastane hakkında bilgi edinilebilir.

2.1. PERFORMANS KAVRAMI

Performans çok genel anlamda işletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için gösterilen tüm çabaların değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir⁽¹⁾. Performansın daha kapsamlı tanımını ise: bir işi yapan bir bireyin, bir grubun ya da bir teşebbüsün o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak nereye varabildiği, başka bir deyişle, neyi sağlayabildiğinin nicel (miktar) ve nitel (kalite) olarak anlatımı şeklinde yapmak mümkündür⁽²⁾.

Performans, amaçlı ve planlı faaliyetler sonucunda çıktığı nicel ve nitel olarak belirleyen bir kavramdır. Verimlilik, girdi olarak kullanılan kaynaklar ile sağlanan çıktılar arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Etkililik, örgütlerin tanımlanmış amaçlarına ve stratejik hedeflerine ulaşmak amacıyla gerçekleştirdikleri faaliyetlerin sonucunda, bu amaçlara ve hedeflere ulaşma derecesini belirleyen bir performans boyutudur⁽³⁾.

Performansın ölçülmesi, var olan kaynaklarla planlanan amaçları gerçekleştirme faaliyeti olarak da tanımlanabilir.

⁽¹⁾ Zuhai AKAL: "İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi", MPM Yayın No:473, Ankara, 1992,s.1.

⁽²⁾ Melih BAŞ, Ayhan ARTAR: "İşletmelerde Verimlilik Denetimi", MPM Yayın No: 435, Ankara, 1991,s.13.

⁽³⁾ Derya KUBALI: "Performans Denetimi", Amme İdaresi Dergisi 32/1Mart 1999, s.31–62.

Sağlık kuruluşlarında performans yönetimi ile ilgili çalışmalar 1970'li yıllarda verimlilik ölçümüne yönelik çalışmalarla başlamıştır. Bu yıllarda itibaren performansın artırılmasının diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründeki kuruluşların başarısı için de önemli olduğu bilinmektedir. Sağlık kuruluşlarının üzerinde etkili olan maliyet baskıları ve sağlık kuruluşlarının hızlı gelişen teknoloji ile birlikte hızlı gelişen kurumlar olmaları performansın geliştirilmesinin yönetsel etkinliğin bir göstergesi haline getirmiştir⁽⁴⁾.

Kurumların hedefi, örgütsel performansı gerçekleştirmektir. Bir hastanenin performansı şu başlıklar altında toplanabilir:

- tıbbi hizmetlerin kalitesi,
- enfeksiyon hızı,
- komplikasyon oranı,
- hatalı antibiyotik kullanım oranı,
- laboratuvar hizmetlerinin tekrarlanma hızı,
- hasta güvenliği,
- radyoloji hizmetlerinin kalitesi,
- tıbbi kayıtların kalitesi,
- hasta memnuniyeti yaratmada kararlılık,
- güçlü ve sağlam finansal yapı,
- servis ve hizmetlerle ilgili kapasite kullanımı,
- verimlilik ve finansal durumun iyilik derecesi

olarak ifade edilebilir.

⁽⁴⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.20.

Sağlık kurumları yöneticilerinin ya da klinik yöneticilerinin kendilerine bağlı birimlerin verimliliğini ölçmeleri kurumların ulusal ve uluslararası platformda kendilerini diğer örgütlerle kıyaslama imkanı vermektedir. Gerçekçi performans ölçüm ve denetimlerinin işletme performansının artırılmasında etkili olabilmesi için hastane yönetim bilgi sistemlerinin iyi tasarlanmış ve istenilen sonuçları verebilecek nitelikte olması gerekmektedir. Kaliteli ve kolay ulaşılabilir veriler kurum için iyi bir performans ölçüm sisteminin temelini oluşturur.

2.1.1. Performansın Boyutları

Sağlık kurumları sağlığı koruma, iyileştirme ve geliştirme faaliyetlerinden sorumludurlar.

Çok kısıtlı kaynaklarla hizmet sağlamak durumunda olan sağlık sektörünün, sağlık göstergelerinde anlamlı bir gelişme sağlayabilmesi için önündeki tek seçeneği elinde mevcut olan kaynaklardan en iyi biçimde yararlanması yani sağlık sektörü kaynaklarıyla mümkün olan en iyi ve en fazla sağlık hizmetini sağlamasıdır⁽⁵⁾.

Hastanelerin etkin ve verimli hizmet sunabilmesi, yöneticilerin ve ekibinin, belirledikleri amaç ve hedefler doğrultusunda çalışmalarına ve tüm faaliyetlerin performans göstergeleri ile ölçülüp, sonuçlarının değerlendirilmesine bağlıdır. Ölçülemeyen hiçbir durumun denetlenemediği de günümüzde kalite yönetim felsefelerince kabul görmüştür.

Etkenlik, en ideal koşullarda en doğru etkiyi yaratacak hizmetin kapasitesini gösterirken; uygunluk, etkin tedavinin doğru hastaya doğru zamanda uygulanıp uygulanmadığını gösterir. Etkililik ise hizmetlerin etken ve uygun olduğunu kabul ederek hizmet kalitesinin araştırılan bir kavramdır⁽⁶⁾.

⁽⁵⁾ Mehmet TOKAT, Hülya KISAER: "Hastanelerde Maliyet Etkinlik ve Performans Analizi", MPM Yayınları No: 455, Ankara, 1991, s.131.

⁽⁶⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.22.

Örgütsel performansı ise; genellikle birbirleriyle ilişkili dört kavramın belirlediğini ileri sürmüştür. İlk iki kavram mal ve hizmetin değerlendirilmesi ile ilgilidir. Her iki kavram da mal ve hizmetleri üretmek için gerekli olan para ya da fiziksel kaynak açısından girdilere dayanır. Bunlar: üretkenlik ve verimlilik. Üretkenlik, fiziksel olarak çıktıların girdilere oranıdır, verimlilik ise, her birim çıktının maliyetidir, parasal verimliliği ifade eder. Örneğin ortalama başvuru başına işgücü maliyeti gibi⁽⁷⁾.

Örgütsel performansı değerlendirmedeki diğer iki kavram ise örgütün neler başarmaya çalıştığı ile ilgilidir. Bunlardan ilki örgütsel etkililiktir. Örgütün amaçlarına ve hedeflerine başarıyla ulaşma derecesini ifade eder. Örgütsel amaçlar; üst amaçlar (örneğin kalite kontrolü), orta seviye amaçlar (örneğin hemşire devir hızını düşürmek) ve alt düzey amaçlardan (örneğin akut myocardial infaction vakalarında ölüm riskini düşürmek) oluşturmaktadır. Diğer kavram maliyet etkililiktir ve amaçlara ulaşmada katlanılan maliyetlerinin ölçümü ile ilgilenir⁽⁸⁾.

Verimlilik; kurumun sahip olduğu en az kaynak ile en fazla çıktının elde edilmesi, etkililik ise kurumun amaçlarını ve hedeflerini gerçekleştirme derecesidir. Örgütsel etkililik ve verimlilik arasındaki ilişki nedensel ilişki değildir. Yani verimli bir faaliyetin aynı zamanda etkili olacağı ya da etkili bir faaliyetin de aynı zamanda verimli olacağı söylenemez.

Çıktı

Verimlilik = -----

Girdi

⁽⁷⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.23.

⁽⁸⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.23.

Etkililik verimliliğe kıyasla daha geniş kapsamlı bir kavramdır. Etkililik planlanan örgütsel amaçların gerçekleştirilme düzeyini ortaya koymakta ancak bu amaçlara nasıl ve ne kadar ulaşıldığı ile ilgilenmemektedir. Bu nedenle etkililik örgütün girdileriyle değil sadece çıktılarıyla ilgilidir. Etkililik, örgütlerin önceden tanımlanmış amaçlarına ulaşmak amacıyla gerçekleştirdikleri etkinliklerin sonunda bu amaçlara ulaşma derecesini belirler. Bir şeyin etkili olması onun istenen sonucu vermesi demektir. Etkililik en genel anlamı ile örgütün, gerçekleştirmeyi amaçladıkları ile elde ettikleri arasında yapılan bir mukayesedir. Bu ilişki aşağıdaki eşitlik ile gösterilebilir.

Fiili Çıktı

Etkililik = -----

Beklenen (Planlanan) Çıktı

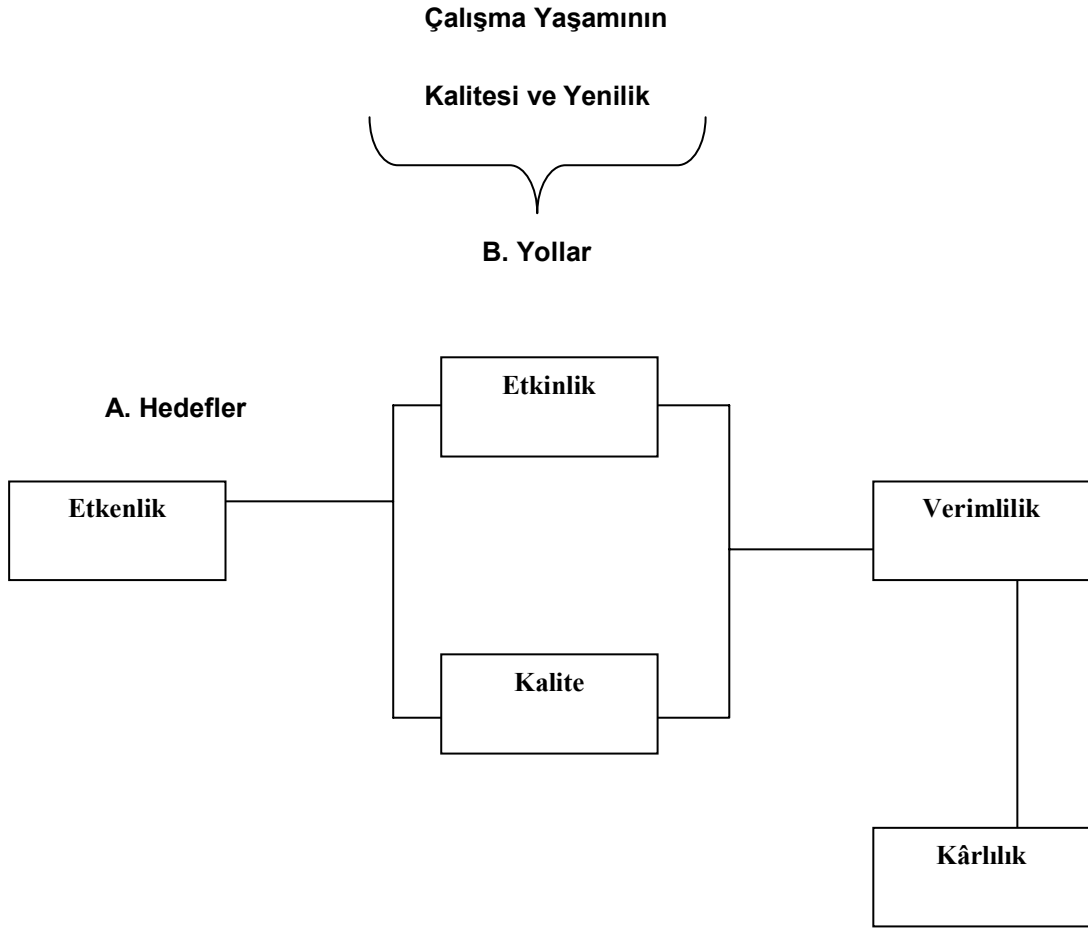
Örgütsel bir sistemde performans kavramının yedi performans boyutu ile tanımlanabilir. Bunlar; etkenlik, etkinlik, verimlilik, kalite, yenilik, çalışma yaşamının kalitesi ve kârlılık ya da bütçeye uygunluktur. Bu boyutların birbirleriyle ilişkisi Şekil 5’de gösterildiği gibidir⁽⁹⁾.

Bu şekle göre akış soldan sağa doğrudur. Yönetim önce etkenliğe önem vermeli; yapılması doğru olan işleri belirlemelidir. Daha sonra dikkat etkinlik ve kaliteye yönelir; doğru işleri doğru biçimde gerçekleştirmek için hangi kaynakların ne miktarda tüketileceği, kalitenin nasıl ve ne düzeyde sağlanacağı belirlenir. Eğer sistem bu üç boyutu çok iyi bir biçimde yönetebilirse bunları verimlilik izler. Çalışma yaşamının kalitesi ve yenilik bu dengede tamamlayıcı öğedir. Bunlar verimlilik ve kârlılık arasındaki ilişkiyi düzenler ve istenilen performansa ulaştırır⁽¹⁰⁾.

⁽⁹⁾ Zuhul AKAL: a.g.e., s.18.

⁽¹⁰⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., naklen s.24.

Şekil 5: Yedi Performans Boyutunun İlişkisi



Kaynak: <http://www.mpm.org.tr>, 2006

Günümüzde hastanelerde performans değerlendirmesi birçok gösterge ile açıklanmaktadır. Klasik ölçüm sistemlerinin dayandığı verimlilik, kârlılık, maliyet oranları artık yeni performans yönetimi anlayışında yetersiz kalmaktadır. Bunun için daha yeni ve değişik kavramlar, ölçüm yöntemleri ve göstergeler geliştirilmektedir ve geliştirilecektir. Performans çok geniş boyutludur ve pek çok performans boyutu ile ifade edilebilir. Bunlar içinde en yaygın 7 temel kavram en çok bilinen ve kullanılan boyutlardır⁽¹¹⁾.

⁽¹¹⁾ Zuhal AKAL: a.g.e., s.48.

- **Etkenlik**

Etkenlik toplam performans göstergesidir ve örgütün tanımlanmış amaçlarına ulaşma derecesini ölçen bir kavramdır. Toplam performans yöneticilerin ve çalışanların bilgi ve becerileri, teknoloji, kapasitesi, kullanılan yöntemler ve hatta çevre ilişkileri gibi çok çeşitli etmenlerin birbiri ile ilişkileri sonunda oluşur⁽¹²⁾.

- **Verim**

Verim mevcut kaynaklardan ne ölçüde yararlanıldığını ölçen bir kavramdır. Verim yapılan işin amaçlarını gerçekleştirmek üzere kurulan sistemin çıktısını ölçmeye yarar. Mevcut olan bu potansiyelden ne kadarının kullanılabildiğinin ölçüsü de verimdir.

- **Verimlilik**

Verimlilik bir üretim veya hizmet sürecinin belli bir döneminde, üretilmiş olan ürün ve hizmetlerle (çıktı), bu üretimim gerçekleştirmek için kullanılan üretim kaynaklarının (girdi) birbirine oranı ile elde edilen bir katsayıdır.

$$\text{Verimlilik} = \text{Çıktı} / \text{Girdi}$$

Genel bir tanım ise “doğru olan işleri, doğru biçimde ve ekonomik bir çalışma ile gerçekleştirmek ve bunu bir yaşam biçimi olarak kabul etmektir.

Verimlilik bir yaşam biçimi olarak açıklandığında, "bu gün dünden iyi, yarın bugünden daha iyi olacaktır" görüşüne dayanan bir düşünce ve davranış ifade edilmektedir.

Aynı girdi ile daha çok çıktı üretmek. Aynı çıktıyı daha az girdi ile üretmek. Çıktıyı girdi artışından daha yüksek düzeyde artırmak.

⁽¹²⁾ Zuhal AKAL: a.g.e.,s.48.

- **Kalite**

Kalite etkenliği sağlamada en itici güç rolünü oynar. Kalitenin en genel tanımı, sistemin sunduğu hizmet ya da ürünün, kullanıcı isteklerini ve gereksinimlerini karşılama düzeyinin, ürünlerin teknik belirlemelerine uygunluğunun ve hatasız olma derecesinin göstergesidir⁽¹³⁾.

Bugün işletmelerde ürün ve hizmet kalitesi anlayışından daha kapsamlı olan toplam kalite anlayışına geçilmiştir. Kalite böylece süreçle ilişkin bir kavram olmaktan çıkmış, karar destek sistemleri içinde yer almıştır.

- **Yenilik**

Yenilik uzun dönemli bir performans göstergesidir. Yenilik, değişim, yaratıcılık, gelişme ve risk alma kavramları ile bütünleşmiş bir performans göstergesidir. Yenilik işletmelerin geleceği için çok önemlidir. Nietche "derisini değiştirmeyi bilmeyen yılan ölür" diyerek yeniliğin önemini çok iyi vurgulamıştır. Yeniliklerin mutlaka buluş olması gerekmez. Yenilikler pazara ve müşteriye yönelik olarak onların gereksinimlerinden yola çıkılarak ve sürekli gelecekte nerede olmalıyız sorusu sorularak gerçekleştirilmektedir⁽¹⁴⁾.

Bir işletmenin yenilikçi olabilmesi yenilikçi ruhun varlığının ve alışkanlığının kazanılması ile mümkündür. Örgütte çalışanlar tıpkı maliyet-kâr sorumluluğu gibi yeniliklerden sorumlu olma duygusunu taşımalıdır. Yeniliklerin performansa etkisinin, yeniliklerin ne düzeyde gerçekleşiyor olduğunun belirlenmesi işletmeler açısından önem taşıdığı için ölçümlerin bu konuyu da kapsamı gerekmektedir⁽¹⁵⁾.

- **Kârlılık**

Kâr ve kârlılık toplam gelirler ve giderler arasında kurulan bir ilişkidir. Sadece kâr artışı kârlılık değildir. Kâr bir işletmenin temel amacı değildir ama

⁽¹³⁾ <http://www.ydk.gov.tr>

⁽¹⁴⁾ <http://www.ydk.gov.tr>

⁽¹⁵⁾ <http://www.ydk.gov.tr>

işletme çabalarının sonucunu gösterir ve işletmenin gelecek garantisidir. Kâr yatırımcının belirsizlik riskini karşılayan bir ödül olarak sermaye payının karşılığıdır ve işletmelerin topluma katkı sağlama aracıdır. Kârlılık hem ekonomikliği hem de verimliliği içeren temel bir kavramdır. Çok kolay ölçülen ve anlaşılabilen bir göstergedir⁽¹⁶⁾.

- **Ekonomiklik**

Eldeki kaynaklarla erişilmek istenen performans düzeyine mümkün olan en az kaynakla erişilmesini amaçlayan ve gelirle gider ya da üretim değeri ile maliyet arasındaki ilişkiyi gösteren bir performans boyutudur.

Geleneksel olarak temel performans göstergesi verimliliktir. Verimlilik üretim olayının nicel değerini gösterir, her bir girdi ile ilgili bilgi verir. Verimlilik göstergesinin eksiklikleri verim oranları ile tamamlanır. Verim oranları mevcut girdi kaynaklarının üretimde gerçekten verimli olarak kullanılan bölümünü belirler⁽¹⁷⁾.

2.1.2. Performans Göstergeleri

Sağlık kurumları için performans ölçüm ve denetim sisteminde kullanılabilir göstergeleri değişik özellikler esas alınarak sınıflamak mümkündür. En yaygın ve bilinen performans göstergeleri teknik ve finansal göstergelerdir. Tablo 9 ve 10'da teknik ve finansal performans göstergelerine örnekler verilmiştir. Bu göstergeler sağlık kuruluşlarını birbirleriyle karşılaştırılmasını sağladığı gibi, bir sağlık kuruluşu içindeki benzer bölümlerin karşılaştırma yapabilmesine de olanak sağlamaktadır.

⁽¹⁶⁾ <http://www.ydk.gov.tr>

⁽¹⁷⁾ <http://www.ydk.gov.tr>

Tablo 9: Teknik Performans Göstergeleri

TEKNİK GÖSTERGELER	TANIM
Kapasite Kullanım Oranı	Hastanenin çalışma derecesini gösterir: Yatan Hasta Sayısı x Ortalama Yatış Süresi / Fiili Yatak Sayısı x 365
Yatak İşgal Oranı	Hastane yataklarının hangi oranda kullanıldığını gösterir: Hasta Günü / Fiili Yatak Sayısı x 365
Poliklinik Hekim	Hekimlerin verdikleri poliklinik hizmeti sayısını gösterir: Poliklinik Sayısı / Toplam Hekim Sayısı
Yatan Hasta Hekim Oranı	Hekimlerin verdikleri yatan hasta hizmeti sayısını gösterir: Yatan Hasta Sayısı / Toplam Hekim Sayısı
Operasyon Hekim Oranı	Hekimlerin gerçekleştirdikleri operasyon hizmeti sayısını gösterir: Toplam Operasyon Sayısı / Toplam Hekim Sayısı
Hasta Yatak Oranı	Bir yatağa düşen hasta sayısını gösterir: Yatan Hasta Sayısı / Fiili Yatak Sayısı
Yatak Devir Aralığı	İki yatak işgali arasında bir yatağın ortalama kaç gün boş kaldığını gösterir: Kullanılmayan Toplam Hasta Bakım Gün S./ Taburcu Edilen Hasta Sayısı
Gelir Gider Oranı	Gelirin giderleri karşılama oranını gösterir: Yıllık Döner Sermaye Geliri / Yıllık Döner Sermaye Gideri
Gider Hasta Günü	Hasta günü başına çıkan gideri gösterir: Yıllık Döner Sermaye Gideri / Hasta Günü

Kaynak: Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.27.

Tablo 10: Finansal Performans Göstergeleri

FİNANSAL GÖSTERGELER	TANIM
Net Kâr Marjı	Her satıştan ne kadar kâr sağlandığını gösterir: Net Kâr / Net Satışlar
Varlıkların Kârlılığı	Varlıkların verimliliğini ve varlık başına kârı gösterir: Net Kâr / Toplam Varlıklar
Varlık Devir Hızı	Varlıkların verimli kullanılıp kullanılmadığını gösterir: Net Satışlar / Toplam Varlıklar
Özsermayenin Kârlılığı	Her birim özsermaye karşılığında elde edilen kârı gösterir: Net Kâr / Özsermaye
Yatırımların Kârlılığı	Yatırımların verimliliğini ve yatırım başına kârı gösterir: Net Kâr + Faiz / Toplam Varlıklar
Borç Özsermaye Oranı	Finansmanda kullanılan kaynak dağılımını gösterir: Borçlar / Özsermaye
Borç Varlık Oranı	Varlıkların finansmanında ne oranda yabancı kaynak kullanıldığını gösterir. Borçlar / Toplam Varlıklar

Kaynak: Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.28

2.2. FİNANSAL PERFORMANS

Hastaneler iyi hizmet üretebilmek için; nakit varlıklarının, çalışma sermayesi kalemlerinin sabit varlıklar ile birlikte bütün olması gerekir. Hastanelerin finansal olarak başarılı olabilmeleri; kısa vadeli varlıkların, borçların etkin bir şekilde yönetebilmelerine bağlıdır⁽²⁰⁾.

Yüksek kaliteli ve maliyet etkin sağlık hizmetini sağlayabilmek için hastaneler finansal performanslarını ve esnekliklerini korumak ve sürekli kılmak durumundadır. Finansal performans, bir işletmenin varlıklarını gelir ve

⁽²⁰⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ, Aysun BAYRAM: "Hastanelerin Finansal Başarısızlığında Çalışma Sermayesi Yönetiminin Rolünün Tespiti: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Bir Uygulama", 5.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, Eskişehir, 2002,s.268.

nakit elde etmek için nasıl kullandığını gösterir. Varlıklar ve kaynaklar hastanelerin amaçları doğrultusunda yönetilemezse likidite sorunu başta olmak üzere birçok finansal problemler yaşanmaya başlanır⁽²¹⁾.

Finansal performansın ölçümü, geleneksel performans ölçüm ve denetiminin temelidir. Finansal performans ölçümünde temel amaç karar vericilere işletmenin mali durumu ve gelişimi ile ilgili gerekli bilgi aktarımını sağlamaktır. Mali analizler yoluyla yapılan performans ölçümü, yöneticilere geleceğe yönelik yönetim ve yatırım kararlarını almalarında, kredi veren kuruluşlara bu işletmenin kredi değerliliğini belirlemelerinde, yatırımcılara işletme ile ilgili yatırım tercihlerini değerlendirmelerinde yardımcı olur. Görüldüğü gibi finansal performans ölçüm sonuçları sadece işletmeleri değil ortakları, çalışanları, kredi verenleri ve yatırım olanağı araştıranları da ilgilendirmektedir⁽²²⁾.

Hastaneler; sağlık hizmetini kesintisiz devam ettirebilmek, yükümlülüklerini yerine getirebilmek, finansal sıkıntılarla karşılaşmamak için iyi bir finansal performans yönetimi oluşturmaktadır.

Son yıllarda iyi finansal performansın ne olduğu ve buna nasıl ulaşılabileceği konusundaki ilgi giderek artmaktadır. İşletmeler iyi finansal performansa özellikle ulaşmak isterler.

Finansal performansın iyi olması uzun vadede bakış açısı geliştirmek için bir esneklik sağlar. Eğer işletme finansal sıkıntı içinde ise bu sorun dışında başka bir konuyla ilgilenmesi zordur. Sürekli değişen çevresel koşullar altında bu oldukça önemlidir. Ayrıca finansal denge olmadan rekabet koşullarına ayak uydurmak güçtür. Finansal performansın iyi olması örgütün itibarını artırır. Finansal performans işletme itibarını gösteren ölçütler arasında en kolay anlaşılan ve en kritik olan unsurdur. Finansal olarak rekabet içinde olan işletmeler finansal performansı artırmak isterler. Sermaye

⁽²¹⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ, , Aysun BAYRAM, a.g.m.,s.268.

⁽²²⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.32.

piyajasında, işletmelerin uygun koşullarda sermaye bulması ve uzun vadede faaliyetlerine devam edebilmeleri için finansal performanslarının iyi olması gerekir.

Finansal performansın iyi olması gerçekten önemlidir ancak buna ulaşmamak bir son değildir. Önemli olan düzeltici önlemler alabilmektir. Hastanelerin finansal performansını ölçmeye yönelik yapılan çalışmalarda hastaneleri performans durumlarına göre karşılaştırmalar ve finansal performansı iyi olan hastanelerin kötü olan hastanelerden farkları tespit edilmiştir. Finansal performansı yüksek olan hastaneler;

- Fiyatları yüksek olan değil maliyetleri minimize eden hastanelerdir.
- Duran varlıklara ve alacaklara yatırımlarını minimize eden hastanelerdir.
- Sermaye yapılarında borç kullanmaktan korkmayan, ancak aşırı borçlanma yoluna da gitmeyen hastanelerdir.
- Tesis yenileme için daha fazla fon ayıran hastanelerdir.
- Pazar payları fazla olan hastanelerdir.

Herhangi bir işletmede finansal performansın anlaşılması için finansal başarının ölçülmesi gereklidir. Birçok sağlık kuruluşunda yöneticiler kâr marjını finansal başarı ölçütü olarak kullanmaktadır. Düşük kâr marjının her zaman kötü, yüksek kâr marjının ise her zaman iyi olmayacağı varsayımı ile bu ölçütün tek başına performans ölçütü olarak kabul edilemeyeceği ileri sürülmektedir. Finansal olarak başarılı bir kuruluş, görevlerini yerine getirmek için gerekli olan kaynakları bir araya getirme yeteneğine sahiptir. O halde başarmak için gerekli olan kaynaklar nelerdir ve ne ölçüde kaynağa ihtiyaç vardır? Bir işletmenin sahip olduğu ve kontrol ettiği ekonomik kaynaklar; varlıklar, malzeme, cihaz, demirbaş, bina ve sağlık hizmeti üretimi için gerekli olan üretim faktörleridir. İşletme işgücüne fiziksel olarak sahip olmadığı için

genelde bir varlık olarak gösterilmez ancak mal ve hizmet üretiminde ihtiyaç duyulan bir kaynaktır. Bir sağlık kuruluğu tarafından ihtiyaç duyulan kaynakların seviyesi sağlık hizmetlerinin sayısı ve genişliğine bağlıdır. Bir hastanede ya da sağlık kuruluğu hizmet sağlamak için gerekli varlıklara az ya da aşırı yatırım yapmış olabilir. Finansal açıdan başarılı bir işletme kaynaklarını istenen seviyelerde finanse edebilen ve hem borç hem de özsermaye ile dengeli fon sağlama yeteneğine sahip olan işletmedir⁽²³⁾.

Finansal performansın ölçümü hastanelerin finansal pozisyonunu, yatırımlarının güvenliğini ve riskini değerlendirmek için finansal ve teknik verileri kullanarak gerçekleştirilen bir analizdir. Bu analiz yönetime geçmiş değeri değerlendirme, gelecek için yatırım ve finanslama kararlarını alma ve planlamada yardımcı olmaktadır. Ayrıca kaynak tahsis kararlarını değerlendirmek için kullanıldığı gibi, yöneticilerin kendi performanslarını değerlendirmesi için de kullanılır. Günümüzde sağlık kuruluşları ihtiyacı olan verileri toplamak ve finansal enformasyon sistemleri oluşturmak için bilgisayar programlarına dayalı modeller kullanmaktadırlar. Oluşturulacak bu modelin başarılı olabilmesi için işletmelerin bazı koşulları yerine getirmesi zorunludur. Bunlara aşağıda yer verilmiştir.

Yöneticilerin finansal planlamada kullanılmak üzere yüksek kaliteli finansal izdüşümler yapması,

- İşletmelerin örgütün uzun vadeli stratejilerine yardımcı olacak makro analizler yapması ve finansal amaçların belirlenmesi,
- İşletmede sermaye yatırım fırsatlarını değerlendirecek analistlerin olması ve tüm projelerin değerlendirmeye tabi tutulması,
- Ulaşılan finansal performans ile rekabet koşullarına ayak uydurabilmek için beş yıllık sermaye harcamaları tahminlerinin gerçekleştirilmesi,

⁽²³⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.33.

- Gelecekteki borç kapasitesinin belirlenmesinde etkili olacak borç kapasitesi analizlerinin yapılması,
- Sermaye açıklarını kapatmak için örgütün finansal pozisyonunun belirlenmesi,
- Örgütün sermaye yatırım harcamalarına ilişkin hedeflere ulaşip ulaşmadığını göstermek için faaliyet kârı ve sermaye harcamaları arasındaki ilişkinin hesaplanması gereklidir⁽²⁴⁾.

Ayrıca finansal performansı kim hangi nedenle değerlendirirse değerlendirsün değerlendirmeyi yapan analist, neye nasıl bakılacağı konusunda özel bir bakış açısı geliştirmek zorundadır. Analizin amacı ve neyin ne için analiz edildiği belirlenmelidir. Örneğin kâr amaçlı sağlık kuruluşlarında sahipler, kârlılık ve yatırımlarının değerini artırmayla ilgilenirken, kâr amaçsız hastanelerde faaliyetlerin verimliliği ve topluma sunulan sağlık hizmetinin miktarı ile ilgilenirler. Analist bu gibi farkları değerlendirmek durumundadır.

İşletme performansının finansal açıdan ölçümünde işletmelerin bilançoları, gelir tabloları ve diğer finansal raporlarından yararlanılarak bu tablolardan elde edilen veriler analiz edilmektedir. Finansal performansı ölçmek amacıyla finansal tabloların kullanılması üç aşamalı bir süreçtir. İlk aşaması hastanenin bu tablolarının analize elverişli hale getirilmesidir. İkinci aşama hastanenin finansal durumu ve performansı hakkında fikir geliştirmede kullanılan niceleyici ölçütler (standartlar) geliştirilmesidir. Son aşama ise en zor aşamadır ve ilk iki aşamadaki verileri bir araya getirerek finansal performansa ilişkin bir yorum yapılmasını kapsar.

⁽²⁴⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.34.

2.3. FİNANSAL PERFORMANSI ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE ARTTIRMANIN YOLLARI

2.3.1. Finansal Performansa Etki Eden Faktörler

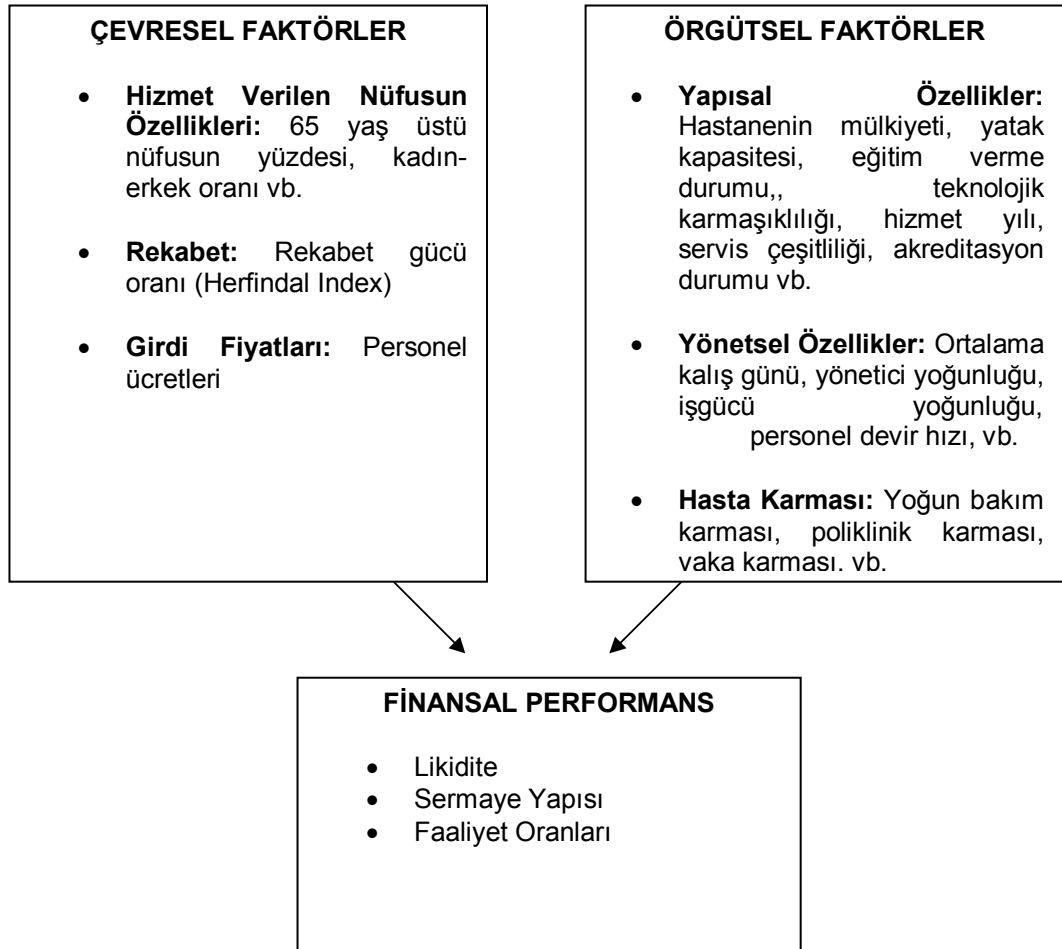
Hastaneler yüksek kaliteli ve maliyet etkin hizmet sağlamak için finansal performanslarını sürekli kılmak isterler. Bunu sağlamak için hastane yönetimi finansal sağlığını etkileyen faktörleri belirlemek durumundadır. Bu faktörlerin başında gelen, bölgesel, ekonomik eğilimler ve son yıllarda teknolojiye meydana gelen hızlı değişimler gelmektedir. Bunun yanında kâr, likidite ve borç kapasitesi gibi finansal göstergeler de performansı etkilemektedir. Hastaneler özellikle ekonomik koşullardaki ani değişimlere karşı koyabilmek ve varlıklara yeniden yatırım yapabilmek için finansal esnekliklerini korumak durumundadır.

Performansı etkileyen bu faktörlerin yöneticiler tarafından ne kadar kontrol edilebildiği de önemlidir. Hastane yöneticileri tarafından kontrol edilemeyen faktörler doğal afetler, uluslar arası ilişkiler ve ulusal ekonomik politikalar gibi faktörlerken örgütteki personel ücretleri, pazarlama planları ve hasta bakım politikaları gibi faktörler de kontrol edilebilen faktörlerdir. Bunların dışında kısmen kontrol edilebilen iç ve dış faktörlerden de söz etmek mümkündür. Finansal performansı etkileyen faktörlerin kontrol edilebilme derecelerini Şekil 6'deki gibi açıklamıştır.

Şekil 6: Finansal Performansı Etkileyen Faktörlerin Hastane Yöneticileri Tarafından Kontrol Edilebilme Derecesi



Şekil 7: Finansal Performansı Etkileyen Faktörler



Kaynak: Narne LUTCHME: "Prediction of The Financial Performance of Ontario Hospitals." Yayınlanmış Doktora Tezi, Canada: University of Toronto, s:45, 1993

Finansal performansı etkileyen çevresel ve örgütsel faktörleri ve faktörlere ilişkin değişkenleri ve örneklerini aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür.

2.3.2. Örgütsel Faktörler

Hastane yöneticileri hastanelerinin finansal performansını ölçtükten ve hastanenin finansal durumunu belirledikten sonra mevcut durumlarını korumak ya da performanslarını artırmak için performansa etki eden faktörleri

kontrol etmeye çalışıp bunlara ilişkin stratejiler ile hastanenin faaliyetlerinin devamlılığını sağlayabilirler.

2.3.2. Finansal Performansı Artırmanın Yolları

Giderek artan maliyet baskıları sağlık kuruluşlarını daha verimli ve etkin olmaya zorlamaktadır. Yapılan çalışmalar sağlık kuruluşlarının verimliliği, etkinliği artırmak ve yüksek performansa ulaşmak için bazı özelliklere sahip olması gerektiğini ortaya koymuştur. Buna göre bir hastanede:

- Yüksek standartlar ve hedefler belirlenmiş olmalıdır,
- Bilgi verme ve geri bildirim yapılmalıdır,
- Departmanlar arası koordinasyon ve kaynak paylaşımı sağlanmalıdır,
- Verimlilik ve etkinlik için uygun sistemler oluşturulmalıdır,
- Karar vermede ve yönetimde hekimlere de söz verilmelidir,
- Kadrolama iyi yapılmalı ve çalışanların konsantrasyonu sağlanmalıdır,
- Çevresel baskılarla mücadele edecek bir yönetim grubu oluşturulmalıdır.⁽²⁶⁾

Günümüzde rekabet koşulları, sağlık sektöründe yönetim stratejilerini şekillendirmektedir. Strateji belirlerken ve uygularken rekabet faktörünü göz ardı eden sağlık yöneticileri ve sağlık kuruluşlarının, finansal kayıp ve belki de başarısızlık riski ile yüz yüze gelmeleri söz konusudur. Bunun yanında hastane endüstrisindeki değişimler genelde küçük hastanelerin finansal performansını azaltıcı etkiler yaratmaktadır. Sadece küçük hastaneler değil finansal problemi olan tüm hastanelerin bu durumu performansa dayalı yönetim stratejileri ile aşmaları söz konusudur.

⁽²⁶⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e.,s.40.

Stratejik planlamanın temel amacı örgüte açık bir yön sağlamak ve gelecekteki belirsizlikleri minimize etmektir. Hastane yöneticilerine finansal performansı artırmada avantajlar sağlayabilecek stratejiler aşağıdaki gibidir:

2.3.2.1. Maliyet Kontrolü

Maliyet kontrolü işgücü verimliliğini artıran, maliyetleri azaltan ve finansal performansı etkileyen en önemli stratejidir. Maliyetler ile finansal performans arasında yakın bir ilişki vardır. Maliyetler düştükçe hastane finansal performansında artış beklenmektedir⁽²⁷⁾.

Maliyet yönetimi ile maliyetlerin kontrol altında tutulması ve düşürülmesi finansal performansı olumlu yönde artırır. Maliyet yönetimi bilgileri, finansal ve faaliyetler performansı geliştirmede yardımcı olabilir ve yönetim sorunlarını düzenlemenin en iyi adresidir. Maliyet bilgilerini geliştirmek, daha rekabetçi hizmet fiyatı uygulama, maliyetleri azaltma, maliyetleri kontrol etme ve stratejik planlama çabalarını daha üst seviyelere çıkartma imkânı sağlar. Bunlar ise finansal performansı artırmada etkili olur. Hastanelerde maliyetleri düşürmede ortalama kalış günü, işgücü yoğunluğu ve sermaye maliyeti etkili olmaktadır.

2.3.2.2. Ortalama Yatış Süresinin Düşürülmesi

Ortalama yatış süresinin düşürülmesi maliyetleri olumlu yönde etkilediği için finansal performansı de etkilemektedir. Ortalama yatış süresinin düşürülmesi ise tıbbi personelin verimli çalışmasına ve iletişimin iyi olmasına bağlıdır. Hastane bütçelerinde en önemli paya işgücü giderleri sahiptir. Ortalama yatış süresi düştüğü zaman işgücü verimliliği de sağlanır ve bunların maliyetleri düşürmesinden dolayı finansal performansın artması söz konusu olur. Maliyetlerin düşük olması kadar hastanenin varlıklarının verimli kullanılması ve sermayenin maliyetlerinin minimize edilmesinin de finansal

⁽²⁷⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.41.

performansı artırıcı etkisi vardır. İyi bir iletişim için de en önemli aşama hekimler ve yöneticiler arasında bilgi paylaşımıdır⁽²⁸⁾.

2.3.2.3. Çeşitlendirmeye Gidilmesi

Yapılan araştırmalarda diğer stratejiler kadar olmasa da çeşitlendirmenin finansal performansı artırmada etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Hastane sektöründe çeşitlendirme stratejisi konusunda önemli tartışmalar mevcuttur. Hastanelerde çeşitlendirme, evde bakım, acil cerrahi, poliklinik hizmetleri gibi akut yatan hasta hizmetleri dışındaki hizmetler için yapılmaktadır. Çeşitlendirme çabaları ancak hastanelerin yüksek Pazar payına sahip olduklarında başarılı olmaktadır ve vaka karmaşı arttıkça finansal performans artmaktadır⁽²⁹⁾.

2.3.2.4. Faaliyet Dışı Gelirlerin Artırılması

Finansal performansı artırmak için hastaneler iştiraklerden ve yatırımlardan elde edilen gelirler gibi normal faaliyetleri dışında da gelir sağlamalıdır. Hastanelerde faaliyet dışı gelirlerin artması için yatırımların miktarının, iştiraklerin ve yatırılan fonların getirisinin artması gerekmektedir⁽³⁰⁾. Bunun yanı sıra nakit fazlasının değerlendirilmesi için kısa vadeli fonlara yatırım yapmak, borsadan hisse senedi alıp satmak gibi işlemlere başvurmak suretiyle faaliyet dışı kârlılık arttırıcı yöntemler kullanabilir.

2.3.2.5. Yatırım Stratejileri

Birçok yöneticinin ve özellikle hastane yöneticilerinin üzerinde durduğu önemli konulardan biri yatırımların verimliliğidir. Muhasebe bakış açısına göre bir yatırımdan ne kadar fazla getiri sağlanırsa işletmenin varlıkların kârlılığı oranı o kadar iyi olur. Sağlık sektöründeki birçok yönetici, daha fazla

⁽²⁸⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.41.

⁽²⁹⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.41,42.

⁽³⁰⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.42.

sermayenin ve özellikle cihazın, teknoloji merakı olan hekimleri ve hastaları hastanelerine çekeceğine ve yeni iş imkânlarının açılacağına inanmaktadır ancak yapılan araştırmalar elde edilen her birim gelir için daha az harcama yapan hastanelerin finansal performanslarının diğerlerinden daha iyi olduğunu ortaya koymuştur. Bu yüzden hastaneler yatırım politikalarını, yeni sermaye harcamalarını ve yatırım kararlarını iyi değerlendirmek durumundadırlar⁽³¹⁾.

2.3.2.6. Hasta Seçimi Yapılması

Hastanelerin hizmet verdiği sosyal güvence kuruluşları, sigorta kuruluşları, resmi kuruluşlar, özel kuruluşlar ve doğrudan sağlık hizmeti alan müşteri ile gelirlerine ve kârlılığa olumsuz etkide bulunacak sözleşmeler yapılmaması gerekmektedir. Hasta seçiminin yanlış yapılması ya da yapılan sözleşmelerin gerekli maliyet analizleri yapılmadan ve risk faktörleri hesaplanmadan yapılması hastanenin nakit akışlarında aksamalara, maliyetin altında fiyat uygulama gibi sorunlara neden olmakta ve finansal performansı olumsuz yönde etkilemektedir.

2.3.2.7. Finanslama Stratejileri

Pazar odaklı strateji kitaplarında ve makalelerinde sıklıkla üzerinde durulan stratejilerden biri finanslama stratejisidir. Burada cevaplanması gereken soru, ne kadar ve ne oranda finansmanın finansal performansı etkilediğidir. Bazı araştırmalarda borcu özkaynağa göre daha az kullanan hastanelerin finansal performanslarının daha iyi olduğu bulunmuş olmasına rağmen hastaneler maliyetleri dikkate almak koşulu ile borçtan kaçmamalı hatta borçlanmanın getirdiği avantajlardan yararlanmalıdır.

⁽³¹⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.42.

2.3.2.8. Pazar Payının Artırılması

Pazar payının artırılması birçok işletme tarafından başarılı olabilmek için belirlenmiş bir strateji ya da başlı başına bir amaçtır. İşletmenin Pazar payı ne kadar büyük olursa bu durumda fiyat özgürlüğünün de o kadar fazla olacağına ve ölçek ekonomisi için daha iyi imkânlar yaratacağına inanılmaktadır. Maliyetler düşürüldüğünde fiyatlarda indirim yapma imkânının olması Pazar payını ve finansal performansı artırmada etkili olmaktadır⁽³²⁾.

2.3.2.9. Fiyatlama Stratejileri

Hastane yönetimi için rekabet koşullarında fiyatlama kritik bir stratejidir. Yüksek bir pazar payına sahipken fiyat indirimi yapmak ya da ıskonto uygulamak finansal performansı artırabilir, ancak bunu pazar payı düşüken yapmak tehlikeli olabilir. Pazarın liderlerinin genelde yüksek kaliteli hizmet sundukları imajı vardır ve bu onlara yüksek fiyat uygulama imkânı verir⁽³³⁾.

Rekabetçi fiyat belirlemek için hizmetlerin maliyetlerinin ve potansiyel satış hacminin bilinmesi gerekmektedir. Hastane yönetimi, fiyatlamaya ilişkin karar alırken doğru maliyet bilgilerine sahipse hastanenin kârlılığa ulaşmasını sağlayabilir. Birçok hastanede Pazar payını korumak ve artırmak, sunulan hizmetlerin fiyatına bağlıdır. Fiyatlama kararlarının doğru alınması işletmenin kârlılığını da doğrudan etkiler ve bu da finansal performansı artırır⁽³⁴⁾.

2.4. HASTANELERDE FAALİYET TABANLI FİNANSAL YÖNETİM

Dünyada, sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik sistemler gün geçtikçe gelişmektedir. İyi bir fiyatlandırma yapabilmek için ihtiyaca uygun, DRG modellerine ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin

⁽³²⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.42.

⁽³³⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.44.

⁽³⁴⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e.,s.44.

sunumunu geliştirmek için tanıya dayalı hastalık gruplandırma modeli üzerinde çalışılmaktadır.

2.4.1. Tanı İlişkili Grup (DRG-Diagnostic Related Group)

Yatarak tedavi gören hastalara verilen sağlık bakım hizmetlerinin ödemelerinde tüm finansal riskleri geri ödeme kurumlarına yükleyen hizmet başına ödeme sisteminden finansal risklerin sağlık hizmeti veren kurumlara paylaşılmasını sağlayan ve giderek artan bir biçimde pek çok ülkenin ulusal sağlık sistemlerinde uygulanmakta olan vaka başına n ödeme sistemine geçilmesi günümüz şartlarında uygun bir model olarak görülmektedir. “Tanı İlişkili Gruplara Dayalı (DRG)” bir n ödeme ve btleme sistemine geçilmesi, sağlık hizmeti veren kurumların da verimli bir işletme olarak yönetilmelerini teşvik edecektir.

Böyle bir model finansal açıdan, harcama ile maliyetleri birbirinden ayırmakta ve sağlık kuruluşlarına bölüm bazında maliyet yönetim sistemlerini zorunlu kılmaktadır.

Günümüzde, hem sağlık bakım hizmetlerine olan talebin artması hem de sağlık bakım hizmetlerinde kullanılan teknolojilerin karmaşıklaşması sağlık bakım hizmetlerinin maliyetlerini gün geçtikçe yükseltmekte; mali gelirden sağlık bakım hizmetlerine ayrılması istenen kaynak miktarı her lkede sürekli olarak artmaktadır.

Kaynakların göreceli olarak daha fazla olduğu gelişmiş ülkelerde bile sağlık bakım hizmetlerinin maliyetlerinin azaltılması yönünde çalışmalar yapılmakta; hem her düzeydeki sağlık kuruluşu yöneticileri, hem de sağlık bakım hizmetleri ödemelerini yapan kamu ve özel sağlık sigorta sistemleri artan maliyetleri kontrol edip aşağı çekmek istemektedirler. Öte yandan, refah ve iletişim alanındaki hızlı gelişmelere bağlı olarak toplum sağlık alanında giderek daha bilgili ve bilinçli bir düzeye ulaşmakta, daha kaliteli sağlık bakımı talep etmektedir. İlk bakışta çelişkili gibi görünen maliyetlerin

kontrolü ve sağlık bakım kalitesinin arttırılması hedeflerine aynı anda ulaşılması gerekliliği, pek çok ölkede sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda yeni modeller geliştirilmesine, kurumların yeniden yapılandırılmasına ve sağlık bakım hizmetlerinin verilme biçimi ile klinik süreçlerin yeniden biçimlendirilmesine yol açmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ödeme modelleri de sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini ve sağlık kurumlarının finansman yönetimini önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin ödemelerinde yaygın olarak kullanılmakta olan hizmet başına ödeme sistemleri sağlık bakım hizmetlerindeki tüm finansal yükün geri ödeme kurumları tarafından üstlenilmesine yol açmakta; verilen her hizmetin ödenmesi sağlık kurumlarının verimsiz bir şekilde çalışmasına yol açmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde sosyal güvenlik yasasında 1983 yılında yapılan bir değişiklik ile oluşturulan ileriye yönelik ödeme sistemi ile her mali yılın başlangıcında çeşitli hastalık/tedavi grupları için ödenecek fiyatlar maliyetlere göre belirlenmekte; hastanelere, tek tek her hastanın gerçek maliyeti göz önüne alınmadan, her hastanın girdiği hastalık grubuna göre ödeme yapılmaktadır. Bu yöntem, hastanelerin yatan her hastanın tanısına ve yapılacak müdahalelere göre yapılacak ödemeyi önceden bilmelerini ve maliyetlerini kontrol etmelerini zorunlu kılmaktadır. Sağlık bakım hizmetlerinin yönetilmesi klinik bakım süreçleri ve kullanılan kaynaklar arasındaki ilişkinin ölçülmesini ve kontrol edilmesini gerektirmektedir. Hastane yöneticileri kuruluşlarının verdikleri hizmetlere olan talep ile kaynaklarının kısıtlılığını dengelemek gerekliliği ile yüz yüze kalmaktadırlar.

Sağlık bakım maliyetlerinin kontrol edilmesi, sağlık bakım kalitesinin ve sonuçlarının iyileştirilmesi, sağlık teknolojisinin uygun kullanımı, kaynakların iyi yönetilmesi gibi konular bilginin kullanımı ile yakından ilgilidir. Bu gelişmeler, sağlık bakım hizmetlerinin verilmesinde ve yönetilmesinde enformasyon ihtiyacının giderek artmasına; hem idari hem de klinik amaçlara kullanılan sağlık enformasyon sistemlerinin yaygınlaşmasına neden olmuştur.

Sağlık hizmeti sunumuna yönelik bu tür yeni yaklaşımlar; bir yandan bu konuda istatistiksel çalışmaların ve maliyet analizlerinin yapılmasını, diğer yandan gerçekçi bir bütçeleme yapabilmek için yıllar içinde sağlık harcamalarındaki değişimin tahminini sağlayacak benzetim sistemlerinin geliştirilmesini amaçlamakta olup, bu kapsamda yapılacak bilimsel çalışmalar, bir dizi verinin toplanmasını ve bu verilerden yararlanarak kodlama, sınıflandırma ve sağlık hizmetlerine dair fiili maliyet analizlerinin yapılmasını zorunlu kılmaktadır.

2.4.2. Bütçe Uygulama Talimatı (BUT)

Türkiye sağlık bakım hizmetleri sunumunu halen BUT (Bütçe Uygulama Talimatı) kapsamında hizmet başına ödeme yoluyla finanse etmektedir. Sağlık kapsamı açısından BUT'nın içeriği, diğer ülkeler ile kıyaslandığı zaman oldukça sıra dışıdır. Çoğu sağlık hizmetlerinin kapsanmış olması, BUT'nın en büyük avantajlarından biridir. Diğer yandan, çeşitli paydaşlar tarafından BUT'na yönelik belirli bazı sorunlar dile getirildiği için, BUT'da gerekli düzeltmelere gidilmesi gerekmektedir. İlgili kurallar açısından yapılacak BUT değerlendirmesi, saptanan sorunların giderilmesine ve Türkiye'de kaliteli sağlık bakım hizmetlerinin uygun fiyatlarla sürdürülmesine yardımcı olacaktır.

Diğer tüm hizmet başına ödeme planlarında olduğu gibi, BUT'nın da sağlık alanında hemen her konuyu kapsama gibi bir eğilimi vardır.

Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) Türkiye'deki sağlık sektörü finansmanının ana alt yapısını oluşturmaktadır. BUT'nın sağlık bileşeni, bazı sağlığı geliştirme hizmetleri dışında Türkiye'deki tüm sağlık hizmetlerini içeren oldukça kapsamlı bir hizmet başına ödeme sistemidir.

BUT içerisinde yer alan tedavi yardımları, Türkiye'deki sağlık bakım yardımlarını kapsayan 25 bölüm veya yönergeden oluşmaktadır. Bu hizmetler, farklı hizmet sunucuları açısından sağlık sunumunun ve değişik

hizmet türlerinin tüm yönleri ile kapsamaktadır. Ana hizmet alanları arasında; sevk prosedürleri, prosedür maliyetleri, dış sağlığı, reçeteler ve tıbbi cihaz geri ödemeleri yer almaktadır.

Diğer ülkelerdeki sağlık hizmetleri ödeme alt yapısı ile kıyaslandığı zaman, BUT birkaç yönü ile onlardan ayrılmaktadır:

- Türkiye’de, hem kamu hem özel kurumlardaki her tür sağlık hizmet sunucusu için sağlık teminatlarını yönlendiren bir araçtır,
- Sağlık Bakanlığı tarafından finansmanı sağlanan bazı sağlık geliştirme ve bağışıklama hizmetleri haricinde, tüm sağlık hizmeti tiplerini kapsamaktadır,
- Tüm kamu ödeme kurumları tarafından kullanılan bir araçtır.

2.4.3. DRG’lerin Temel Nitelikleri ve DRG Kavramı Nedir?

DRG’ler; hastanelerin tedavi ettiği hasta türlerini anlamak, hastaların ne kadar “hasta” olduklarını ölçmek, bir hastanenin tedavi ettiği hastalar açısından neden bir başka hastaneye göre daha fazla kaynak ihtiyacı olduğunu anlamak, hastane bakımının finansmanını sağlamak, hastaneler arasındaki farklılıkları ortaya koymak ve uluslararası karşılaştırmalar yapmak amacıyla, benzer klinik ve maliyet özelliklerine sahip hastane vakalarının icmalini çıkaran ve kataloglayan bir araçtır.

DRG’ler; hastane fonlarını azaltmak, doktorları kontrol etmek, klinik karar verme yetkisini doktorlardan almak için kullanılan bir yöntem değildir.

“DRG’lerin oluşturulmasındaki temel amaç, her birinin bir hastaneden benzer çıktılar veya hizmetler alması beklenen vaka tiplerinin bir tanımının yapılmasıdır⁽³⁵⁾.

⁽³⁵⁾ Fetter, Shin, Freeman, Averill, Thompson: “Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups Medical Care”, Şubat 1980, Vol 18, No.2.

1970’lerde Yale Üniversitesi’ndeki araştırmacılar tarafından geliştirilen DRG sınıflama sisteminin amacı; kalite güvencesi ve kullanım değerlendirmesi aktiviteleri için klinik olarak anlamlı gruplar kullanılarak hastane yönetimine katkı sağlamasıydı. Bir yatan hasta sınıflandırma yöntemi olarak DRG’ler; ortaya çıkan maliyetlere ait olarak hastaneyi tehdit eden durumlarla hasta tiplerinin ilişkilendirilmesi yollarını veya hasta tipleri ile hastaları tanılarına işlemlerine dayanan şekilde sınıflandırarak hastane tarafından harcanan tedavi kaynaklarını ilişkilendirmenin yollarını sağlar. Araştırmacılar endüstriyel maliyet ve kalite kontrol yöntemlerinin hastane endüstrisine uyarlanabilirliğini ve uygulanabilirliğini anlamak isterler. Sağlık hizmetlerinin kalitesi için süreç işlemlerinin homojen ve elde edilebilir olması gerekmektedir.⁽³⁶⁾ Dünya’da DRG’lerin çeşitli kullanım alanları şu şekilde sıralanabilir:

- Klinik faaliyetlerin ölçülmesi
- Finansman
- Hastane için yönetim aracı
- Kalite ve kullanım ölçümlerine başlamak için bir araç
- Hastanede klinik ve finansal kararların verilmesi
- Hekimler arası karşılaştırma istatistikleri ve hizmet sunucu görüntüleri
- Hastane içi ve hastaneler arası bakım kalitesi karşılaştırmaları
- Klinik rehberler, protokoller ve sürekli kalite gelişimi projeleri için destek
- Veri ve tanımlama standartlarının oluşturulması

⁽³⁶⁾ Robert FETTER: “Autogrp Patient Classification Scheme and Diagnosis Related Groups-DRGs”, Report to the Healthcare Financing Administration.

DRG'lerin Kullanımı kimlerin işine yarar sorusunun cevabı da şu şekilde verilebilir;

- Merkezi Kurumlar

Hangi sayıda, hangi tip hastaların kim tarafından tedavi edildiğinin anlaşılması

Para tahsisi

Karşılaştırmalı veri analizlerinin hazırlanması ve çeşitli göstergeler kullanılarak performansın izlenmesi

- Hastaneler

Hangi sayıda hangi tip hastaların kim tarafından tedavi edildiğinin anlaşılması

Hastane, bölüm, hekim düzeyinde yönetim aracı

Bakım yöntemlerinin ve sonuçlarının geliştirilmesi

Hastane içi maliyetlerin kontrol edilmesi

Karşılaştırmalı veri analizlerinin hazırlanması ve çeşitli göstergeler kullanılarak performansın izlenmesi

2.4.4. DRG'ye Dayalı Finansmanın Katkı Sağladığı Konular

DRG'ye dayalı bir finansman sistemi sınırlı miktardaki sağlık bakım kaynaklarının hizmet sunucularına adil, hakkaniyete uygun ve şeffaf şekilde tahsis edilmesini sağlar. DRG'ye dayalı bir finansman sistemi, eğer uygun finansman kuralları ile birlikte uygulanırsa çeşitli teşvik mekanizmaları oluşturulur ve böylece;

- Gerekli bakım (ör., ortalama yatış süresinde farklılıklar)

- Doğru ortamda (ör., yatarak veya ayakta)
- En etkili şekilde (ör., ortalama yatış süresinde farklılıklar)
- Kaliteye azami önem vererek (ör., veriler hastanelere, bölümlere ve hekimlere bakmamıza olanak sağlar)
- Klinik rehberlerin geliştirilmesi için tartışmaların başlamasını (ör. uygulama farklılıklarında azalmalar)

sağlar.

DRG'ye dayalı finansmanın iki temel bileşeni vardır; birinci bileşen hastaneler tarafından tedavi edilen vakaların tanımlanması; kodlama, gruplandırma, veri toplama, analiz. İkinci bileşen, bir finansman sisteminin temelini oluşturmak üzere, hastaneler tarafından tedavi edilen vakaların maliyetlerine dayalı fiyatların atanması; maliyetlendirme, veri toplama, analiz.

Mc Donalds firmasının, sattığı bir hamburgerin maliyetini bilmemesi mümkün müdür? Hastaneler için bir hastanın ne kadar mal olduğu ölçülmelidir.

Hastane maliyetlendirmesi için gerekli anahtar girdiler şu şekilde sıralanabilir;

- Mali Veriler

Genel Gider Dağıtım Anahtarı (her bölüm için direk hasta ile ilgili ve destek bölümlerin verileri olmalıdır)

- Hastaya İlişkin Demografik Veriler

Yatış süresi, yatış ve taburcu tarihi

- Kaynak Kullanım Verileri

- Ameliyathane sistemleri, ameliyathanede ne kadar kaldı, diğer tıbbi işlemler ne kadar sürdü
- Diğer tıbbi girişim birimleri
- Servis transfer verileri, kalış süreleri
- Protez verileri
- Tıbbi malzeme verileri
- Eczane verileri
- Patoloji/Laboratuvar verileri
- Görüntüleme verileri
- Doktor hizmetleri verileri
- Hemşire hizmetleri verileri

- Hizmet Ağırlıkları (İyileştirme): Aynı bölümde olsa da, aynı ağırlıkta kaynak kullanımı olmayabilir. Örneğin, yenidoğan ünitesinde bir bebek normal doğum, diğer bebek ise acil sezaryen olarak dünyaya gelmiş olsun. Kalış aynı olsa da iki hastaya aynı kaynak kullanımı mümkün mü? Hizmet ağırlıklarıyla verdiğimiz hizmeti dengelemek gerekir.

Finansal bilgiler, hasta bazında toplanmalıdır ve yine hasta bazlı dağıtılmalıdır. Maliyetlerin ne kadarını direk hastaya kullandığımızı tespit etmek klinik finansal verimliliği artırır.

2.5. PERFORMANS ÖLÇÜM YAKLAŞIMLARI

Günümüz yöneticileri, ancak işletmelerinin performanslarını ölçebildikleri oranda içinde bulundukları rekabet ortamında daha uzun süre yaşayabileceklerinin bilincine varmışlardır. Bütün örgütlerde olduğu gibi performansı tanımlama ve ölçme çalışmaları sağlık kuruluşlarında da söz

konusudur ancak sağlık kuruluşlarında ürünü (ıktı) tanımlama ve ölçmenin zor olması performansı ölçmeyi zorlaştırmaktadır. Bunun yanında yöneticiler, hekimler, diğerk sağlık personeli ve performansa etki eden birçok faktör tarafından ynlendirildiğı için performansı direkt olarak kontrol edememektedir. Ayrıca enflasyon, hukuki düzenlemeler, rekabet, teknoloji ve tüketiciler davranışlarındaki değışmeler gibi çevresel etkilerde söz konusudur. Dolayısıyla bu durumda sağlık yöneticilerinin performansı tanımlamak, ölçmek ya da etkilemek konusunda zorluklar yaşadığını söylemek yanlış olmamaktadır.⁽³⁷⁾

Performans ölçmek amacıyla geliştirilen performans ölçüm modelleri işletmenin gereksinmelerine yanıt vermesi durumunda doğrudan kullanılacağı gibi düzeltmeler yapılarak da kullanılabilir. Mevcut modellerin kullanılmaması durumunda ise tamamen çalışma grubunun bilgi ve deneyimlerine ve işletmenin gereksinmelerine göre bir dizi gösterge geliştirilerek, bu göstergeler arasında istenen yönde bağlantılar kurulup çok yönlü bütünleşik ya da bireysel modeller hazırlanabilir.

Hastaneler, hizmet kullanımı, tedavi etme ve sağlam bir finansal duruma ulaşmak gibi farklı çıktıların sağlanması için çok çeşitli kaynaklar kullanan ve çok farklı faaliyetleri yerine getiren karmaşık örgütler olmalarından dolayı hastanelerin performanslarının ölçümünde çok boyutlu göstergelerin kullanılması gerekmektedir. Hastanelerde performansı farklı boyutları ile değerlendiren birçok analitik yöntem geliştirilmiştir. Çıktıların seviyesini değerlendirmek için amaca dayalı modeller, stratejilerin finansal performansı nasıl etkilediğini belirlemek için strateji uyumlu modeller, içsel olarak iyi olma ve verimliliğı değerlendirmek için kaynak modeli ve yüksek performans için örgütün kaynak verimliliğinin analizini yapan kaynak modeli geliştirmiştir⁽³⁸⁾.

⁽³⁷⁾ Nermin ZGLBAş: a.g.e., 45

⁽³⁸⁾ Nermin ZGLBAş: a.g.e., s.45.

Hastanelerin performanslarının ölçülmesinde farklı akademik disiplinlerin tercihlerine göre şekillenen ve hastanelerin farklı performans boyutlarını ölçen geleneksel ve modern olarak nitelendirilen iki analitik yaklaşım bulunmaktadır. Geleneksel yöntemler daha çok muhasebe ve finans alanında kullanılan oran analizi ve parametrik yöntemlerden olan ve geçmişten geleceği öngörmeyi amaçlayan regresyon analizi yöntemlerinden oluşmaktadır. Modern analiz yöntemi olarak ise son 20 yıldır kullanım alanı giderek yaygınlaşan ve parametrik olmayan veri zarflama analizi tekniği kullanılmaktadır. Bu durumda performans ölçümünde kullanılan yöntemleri oran analizi, regresyon analizi ve veri zarflama analizi olarak sınıflamak mümkündür⁽³⁹⁾.

2.5.1. Oran Analizi

Firmaların; bilanço, gelir tablosu veya her iki tablo üzerinden alınan iki hesap kaleminin birbirleriyle ilişkisini gösteren istatistiksel bir ölçektir⁽⁴⁰⁾.

19. yy.dan beri kullanılan oran analizi iki değer birbirine oranlanması ile bulunur. Oran analizi, hasta günü maliyeti ve bir hekime düşen hasta sayısı gibi iki değişken arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bir yöntemdir. Oran analizi iki değişken arasındaki ilişkinin hesaplanmasına, sektörel oranlarla karşılaştırmasına dayanması ve metodolojik olarak daha kolay olması nedeniyle yaygın biçimde kullanılan bir performans ölçüm tekniğidir. Oran analizi yoluyla yapılan analizlerde amaç, örgütsel girdi ve çıktılara ilişkin tablo verilerini belli ilişkiler içerisinde özetlemek ve bu şekilde daha anlamlı analiz ve yorumlamalara imkân sağlamaktır⁽⁴¹⁾.

Finansal oranlar kullanılarak yapılan analiz, finansal tabloların değerlendirilmesinde en sık kullanılan analiz yöntemi olup, ilk olarak 1908 yılında William M. Roshendal'ın "cari oran" kavramını ortaya atması ile

⁽³⁹⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.46.

⁽⁴⁰⁾ Charlez MOYER, James MCGUIGAN, William KRETLOW: "Contemporary Financial Management" West Publishing Company, St Paul, 1984, s.151.

⁽⁴¹⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.46.

finansal tablo analizlerine bir teknik olarak girmiş, daha sonra 1919 yılında Alexander Wall tarafından sunulan diğer oranların kabul görmesi üzerine, finansal tablo analizlerinde vazgeçilmez bir teknik olarak kabul edilmiştir⁽⁴²⁾.

Bir oran tek başına herhangi bir anlam ifade etmez. Oran herhangi bir standartla mukayese edildiğinde anlam kazanır. Bu şekilde karşılaştırılan, anlam verilmek istenen oranın yeterli olup olmadığı konusunda bir karara varılabilir. Oranlar, diğer istatistikî veriler gibi daha derin incelemeler gerektiren olay ve ilişkiler üzerine analistin dikkatinin çekilmesine neden olur ve analisti oranlar üzerinde düşünmeye yöneltir.

Oranlar tek tek kullanıldığı gibi bir dizi oranın bir araya getirilerek kullanılması da söz konusudur. Oranların kolaylıkla hesaplanabilmesi bu yöntemin en önemli avantajıdır. Oranlar aynı zamanda dönemsel olarak hazırlanıp denetlenen verilerden sağlanabildiği için de uygundur. Tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de oran analizleri yoluyla işletmenin iktisadi ve mali yapısı, kârlılığı, verimliliği, iktisadi varlıkların etkin kullanımı, likiditesi vb. gibi konularda önemli ve anlamlı bilgiler elde edilir ve bunlar planlama faaliyetlerinde kullanılır. Oranlardan hangisi kullanılırsa kullanılsın analizi yapan kişilerin, kullandıkları oranların ve oranlardaki değişkenlerin ne anlama geldiğini iyi bilmesi gerekir. Özellikle sağlık sektörünün kendine özgü oranlarının ve bu oranlardaki değişkenlerin anlamlarının, hem analizi yapılan kurum açısından hem de başka kurumlarla anlamlı karşılaştırmalar yapılabilmesi açısından iyi bilinmesi gerekir.

Kolay hesaplanabilirlik avantajının yanında oran analizinin zayıf yönleri de vardır. Bu yöntemin en önemli dezavantajı kıyaslamanın grup ortalamasına (standart oran) göre yapılmasıdır. Ortalama uygun değer olmadığı için bu kıyaslamanın en etkin ya da en iyi performans gösteren hastaneleri daha kötü performansı olan hastanelerden ayırt etmesinin bir garantisi yoktur. Bu yöntemin geçerliliğini ve güvenilirliğini rapor eden metodolojik bir çalışma bulunmamaktadır. Bunun yanında tek girdi ile tek

⁽⁴²⁾ Oktay GÜVEMLİ: "Mali Tablolar Tahlili", İstanbul, 1979, s.21,22.

çıktıyı oranlaması nedeniyle tek boyutluluk, çok sayıda oranın yorumlanma güçlüğü ve amaca uygun olarak göreceli ağırlıklandırma yapmaması bu yöntemin diğer zayıf yönlerini oluşturmaktadır. Oran analizi aynı zamanda statik bir analizdir. Bu nedenle işletmelerin yalnız bir dönemlik performanslarını yansıtmaktadır. Hastaneler gibi birden çok girdisi ve çıktısı bulunan sistemlerde, oran analizi gibi geleneksel yöntemlere ilişkin birden çok oranın kurumlar arası karşılaştırmalarda kullanılması ve bir alandaki düşük orana karşılık, diğer alandaki yüksek oranın yorumlanmasındaki güçlükler de yöntemin zayıf yönünü oluşturmaktadır⁽⁴³⁾.

Literatürde; oran analizini kullanarak hastane finansal performanslarını ölçmeyi amaçlayan ilk araştırmadan biri Choate ve Tanaka'nın 1979 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarıdır. Bu çalışmada oran analizi yardımıyla hastanelerin yıllara göre performansları ölçülmüş, başka hastaneler ile endüstri ortalamaları karşılaştırması yapılmıştır. Ayrıca bu çalışma hastane sektörü için endüstri ortalamalarını geliştirmeye yönelik ilk bilimsel araştırma olmasından dolayı da önemlidir. Choate ve Tanaka'dan önce 1974 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 25 hastanelik bir örneklem ile standart oranlar belirlenmeye çalışılmıştır ancak Choate ve Tanaka'nın 209 hastanenin iki yıllık verisini kullanarak aritmetik ortalama yöntemi ile standart oranları hesapladıkları çalışma bilimsel bir araştırma olmasından dolayı önem arz etmektedir.

Volvana ve Slaon (1988) hastanelerin finansal performansının mülkiyete göre değişip değişmediğini analiz etmek ve finansal performansı belirlenen hastanelerin sektöre göre ve sektörler arası karşılaştırmalarını yapmak amacıyla gerçekleştirdikleri araştırmalarında finansal performans ölçütü olarak özsermaye kârlılığı, borç/özsermaye oranı ve kâr marjını kullanmışlardır. 1972–1983 yılları verilerini kullandıkları araştırma sonucunda halka açık hastanelerin finansal performansının, kamu ve kâr amaçsız hastanelerden daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir.

⁽⁴³⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.47.

Whitcomb ve Cleverley (1993), eğitim hastanelerinin finansal performansın ölçülmesinde kullanılan kâr marjı izleme yönteminin yetersiz olduğunu düşündüklerinden bu yöntemi genişletmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında kâr marjına özsermayenin kârlılığı ve finansal kaldıracı da ekleyerek finansal performans ölçme yöntemini güncelleştirmişlerdir.

Özgülbaş ve Bayram, çalışma sermayesinin hastaneler için olan önemini vurgulamak ve finansal başarısızlık üzerindeki etkisini belirlemek üzere, Sağlık Bakanlığı'na ait Döner Sermaye İşletmesi olan hastanelerde bir uygulama yapmışlardır. Bu hastanelerin 1996 yılı ve 2000 yılı arasındaki 5 yıllık verileri kullanılarak finansal olarak başarılı ve başarısız olarak sınıflandırılmışlar, bu sınıflandırma da ölçüt olarak Öz sermayenin Kârlılığı Oranı ve kıyaslama kriteri olarak da standart oranları kullanılmışlardır. Daha sonra finansal olarak başarısız olan hastanelerden örnekler belirlenerek oran analizi ve çalışma sermayesi analizleri ile çalışma sermayesinin etkisini belirlemişlerdir. Finansal açıdan başarısız ve çalışma sermayesi düşük olan örnek 5 hastanenin ve hastanelerin tamamının ortalama cari oranları, nakit oranları, likidite oranları, net kâr marjları ve varlıkların kârlılıklarının standart oranlardan düşük; borç varlık oranları, borç sermaye oranları, duran varlık devir hızların ve alacak tahsil sürelerinin standart orandan büyük olduğu başka bir ifade ile finansal başarı için istenen değerlere hiçbir oran için ulaşamadığı tespit etmişlerdir.

2.5.2. Regresyon Analizi

Regresyon, iki ve daha fazla değişken arasındaki matematiksel bağıntıyı denklemlerle ifade etmek ve değişkenlerin birbirinden etkilenme biçim ve büyüklüğünü ortaya koymak için yararlanılan bir yöntemdir (Özdemir 1999:375). Regresyon analizinde en önemli konu, iki değişken arasında neden sonuç ilişkisinin kuramsal olarak var olmasıdır. Böyle bir neden sonuç ilişkisi ile ilgilenilmiyor ise, kullanılacak yöntem, korelasyon analizidir. Basit

bir doğrusal regresyon eşitliği, Y bağımlı, X bağımsız değişkeni göstermek üzere aşağıdaki gibi formüle edilebilir⁽⁴⁴⁾.

$$Y = a + bX$$

Burada a, sabit terimi, yani regresyon doğrusunun Y eksenini kestiği ya da bağımlı değişkenin sıfır değerini aldığı noktayı, b ise bağımsız değişkenin katsayısını göstermektedir. Birden fazla bağımsız (açıklayıcı) değişken kullanıldığında ise regresyon eşitliği;

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

şeklinde gösterilebilir. Buradaki e, regresyonda yer alan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimin tümünü açıklayamaması durumunda kullanılan hata terimini ifade etmektedir.

Regresyon yöntemiyle performans analizinde ise çıktı miktarı bağımlı değişken, girdiler ise bağımsız değişken olarak ele alınmakta ve matematiksel bir eşitlik elde edilerek hangi örgütün performansının iyi hangisinin iyi olmadığı belirlenebilmektedir. Bu yöntemde, regresyon doğrusu üzerinde ve bu doğrunun üstünde bulunan örgütlerin performansı iyi, regresyon doğrusunun altında kalanların ise performansı kötü olarak nitelendirilmektedir.

Parametrik yöntemlerden biri olan regresyon analizi, birçok girdi ve çıktıları içerebildiğinden oran analizine göre daha kapsamlıdır. Performans ölçümünde kullanılan regresyon analizinin temelde üç sakıncası vardır. Birincisi, bir tek eşitlik denklemine dayanan bir fonksiyonu kullanan yöntem birden çok girdi değişkenine karşılık ancak bir çıktı değişkeninin analizini yapmaktadır. İkincisi regresyon analizi en iyi performansa göre analiz yerine ortalama performansa göre ölçüm yapmaktadır, yani merkezi eğilim tahmininde en küçük kareler yönteminin (fiili gözlemlerin doğrusal sapmaların kareleri toplamını en küçük kılınması) kullanılmaktadır. Üçüncüsü ise

⁽⁴⁴⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., 51

regresyon analizi üretilen çıktılarla bir eşitlikte girdilerin nasıl ilişkilendirildiğine dair parametrik bir üretim fonksiyonunun tanımlanmasını gerektirmekte ve performansı kötü olan birimleri tanımlayamamaktadır. Özellikle sağlık hizmeti sunan hastane gibi örgütlerde bu yapısal üretim fonksiyonunun tanımlanması oldukça güç olup regresyon analizi performans ölçümünde yetersiz kalmaktadır⁽⁴⁵⁾.

2.5.3. Kâr Marjı ve Kârlılık

Kârlılık çok sayıda politika ve kararların sonucudur. Bir işletmenin iyi bir finansal performansı olduğu ve verimli olarak yönetildiğinin göstergelerinden biri tatmin edici kârlılığa ulaşmasıdır (Brigham 1995,79). Birçok çalışmada kâr elde eden hastaneler başarılı olarak nitelendirildiği için kârlılık başarı ölçütü olarak kullanılmıştır. Kârı başarı ölçütü olarak seçmenin diğer bir nedeni de günümüzün rekabetçi sağlık pazarında bir hastanenin yaşamını devam ettirebilmesi için kâr elde etmesinin gerekli oluşudur. Hastaneler kâr ile faaliyetlerini devam ettirebilme ve başarılı olma fırsatına ulaşabilir. (Cleverley 1992a:55). Net kâr marjı her satıştan ne kadar kâr edildiği ve işletme faaliyetlerinin net verimliliği konusunda bilgi verir.

$$\text{Net Kâr Marjı} = \frac{\text{Net Kâr}}{\text{Net Satışlar}}$$

Kâr marjı ve kârlılığı finansal performans ölçütü olarak kullanan araştırmalardan biri Eastaugh'un çalışmasıdır. Eastaugh (1992), 400 adet hastanenin idari yöneticileri ile yaptığı anket çalışmasında hastane finansal performansını geliştirmede beş yönetim stratejisi olan; savunmacı, seçici, analizci, çeşitlendirmeci ve strateji uygulamama stratejilerinin finansal performansa etkisini araştırmıştır. Finansal performansı kâr marjı ile ölçmüş

⁽⁴⁵⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.52.

ve bu stratejilerden çeşitlendirmeci stratejinin finansal performans üzerinde en etkili strateji olduğunu bulmuştur.

Yapılan çalışmalarda, kâr amaçlı ve kâr amaçsız psikiyatri hastanelerinin faaliyetssel ve finansal performansı arasındaki ilişkiyi analiz etmek amacıyla finansal performans ölçütü olarak kârlılık, gelir/gider ve sermaye yapısı gibi oranları kullanmışlardır. Kâr amaçlı hastanelerin, yüksek fiyat ve kâr marjı ile faaliyetssel ve finansal açıdan daha iyi durumda oldukları gözlenmiştir.

Goes ve Zhan, hekimlerin hastane yönetiminde söz sahibi ve ortak olmasının finansal performansı nasıl etkilediğini analiz etmek amacıyla yaptıkları araştırmalarında performans ölçütü olarak kârlılık, yatak işgal oranı ve maliyetleri kullanmışlardır. Hekimlerin yönetime katılmaları bazı hastanelerde yatak işgal oranını ve kârlılığı artırıp maliyetleri de düşürürken, özellikle küçük hastanelerde tersi sonuçlar yaratmıştır.

Lutz, Amerika'daki hastanelerden 1994 yılını iyi bir finansal performansla bitirenlerin bu performansa ulaşma nedenlerini bulmak için yaptığı çalışmasında kâr marjı, faaliyet gelirleri, yatak başına gelir, yatak işgal oranı gibi göstergeler kullanarak hastanelerin performansını ölçmüş ve ayaktan tedavi oranı daha fazla olan hastanelerin finansal performansının daha iyi olduğunu bulmuştur.

Pallarito (1996), Sağlık Sektörünün Performans Çalışmaları Merkezi'nin (CHIPS) 1991–1995 yılları arasında finansal performansla ilişkin hazırladığı raporları inceleyerek bu merkezin 3800 kâr amaçsız gönüllü ve 2300 gönüllü hastane üzerinde yaptığı araştırmayı değerlendirmiştir. Bu araştırmada finansal performansı değerlendirmek amacıyla kâr marjı, yatırımların kârlılığı, maliyet, likidite ve borç-varlık oranının kullanıldığını belirtmiştir.

2.5.4. Veri Zarflama Analizi

Farrell'in 1957'deki çalışmasına ve teknik etkinlik tanımına dayalı olarak, ürettikleri mal ve hizmet açısından birbirlerine benzer karar birimlerinin (literatürdeki adıyla "Decision Making Unit, DMU) birden çok girdi ve çıktısı için gözlemlerden hareketle etkin sınırın bulunması ve etkin sınır içinde kalan etkin olmayan noktaların merkeze olan radyal uzaklıklarının hesaplanması problemi Charnes, Cooper ve Rodes (1978, 1979) tarafından parametrik olmayan programlama tabanlı olarak çözülmüştür. Charnes ve diğerlerinin Veri Zarflama Analizi-VZA (Data Envelopment Analysis-DEA) adını verdikleri bu yaklaşım sayesinde birden çok ve farklı ölçeklerle ölçülmüş veya farklı ölçü birimlerine sahip girdi ve çıktıların karar birimlerinin göreceli performanslarını Farrell'in yaklaşımı çerçevesinde ölçmek mümkün hale gelmiştir⁽⁴⁶⁾.

Bu yöntem çözüm tekniği olarak matematiksel programlamayı kullanan parametresiz bir yöntemdir. Parametresiz etkinlik ölçütlerinin büyük çoğunluğu girdi ve çıktı ölçüm birimlerinden bağımsızdır. Bu özellikleriyle de, işletmenin değişik boyutlarının aynı anda ölçülmesine imkân sağlamaktadırlar. Bu ölçütler her bir karar birimi için en uygun amaç kümesini belirler. Oysa parametrelili yöntemler endüstri grubunun tümünü göz önüne alıp ortalamaya göre ölçüm yapmaktadırlar. Bu yöntemlerde gözlem kümesi, etki olan ve olmayan şeklinde iki ana gruba ayrılır ve etkin olmayan her bir birimin etkin hale dönüştürülmesi için ne gibi önlemler alınması gerektiğine ilişkin önemli bilgiler türetecek yöneticilere yol gösterirler. Herhangi bir endüstri dalı için uygun bir üretim fonksiyonunun analitik olarak belirlenemediği durumlarda göreceli etkenlik ölçümü daha fazla önem kazanır. Bu nedenle, VZA özellikle hizmet sektöründe etkinliğin ölçülmesi için çok uygun bir yapıya sahiptir. Tek girdi ve çıktının olduğu karar birimlerine ilişkin performans hesaplamaları oldukça kolaydır. Oysaki her örgütün personel sayısı, ücretler, faaliyet saati, reklam bütçesi gibi çoklu girdileri ve kâr, Pazar

⁽⁴⁶⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e.,s.53.

payı ve büyüme hızı gibi çoklu çıktıları mevcuttur. Böyle durumlarda bir yöneticinin hangi faaliyet biriminin bu çoklu girdi ve çıktıları dönüştürmede verimsiz olduğunu tespit etmesi oldukça zordur. VZA bunu kolaylaştıran bir yöntemdir. Birden çok girdi ve çıktının bulunduğu karar birimlerinde teorik olarak çıktıların girdileri oranlaması aşağıdaki gibi ifade edilebilir⁽⁴⁷⁾.

$$\text{Verimlilik KAB}_i = f \frac{(\text{Ç1}_i, \text{Ç2}_i, \text{Ç3}_i, \dots \text{Ç}_n)_i}{(\text{G1}_i, \text{G2}_i, \text{G3}_i, \dots \text{G}_n)_i}$$

KAB = Karar Birimi

Ç = Çıktı

G = Girdi

VZA tekniği bir karar biriminin görelî etkinliğini toplam ağırlıklı çıktılarının toplam ağırlıklı girdilerine oranı olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda soru, farklı birimler taşıyan girdi ve çıktıların ağırlıklarının nasıl verilmesi gerektiğidir. VZA analizinin özü burada yatmaktadır. VZA, her karar birimine girdi ve çıktıların ağırlıklandırma da esneklik tanımaktadır. Böylece farklı karar birimlerinin farklı üretim karışımları olabileceği gerçeği dikkate alınmaktadır. Karar birimleri ağırlıkların belirlenmesinde serbestliğe sahiptirler; seçebilecekleri birçok ağırlık seti bulunmaktadır. Fakat aslında, tüm birimlerin seçim yaptıkları ağırlık seti aynıdır. VZA her karar biriminin kendi etkinlik skorunu maksimize edecek şekilde girdi çıktı ağırlıklarını seçeceğinin varsaymaktadır. Çünkü farklı karar birimleri farklı çıktıları oluşturmak için farklı girdi birleşimleri oluşturduklarından, ağırlıkların bu çeşitliliği yansıtacak şekilde seçileceği beklenebilir. Genellikle karar birimleri en az kullandıkları girdilere ve en çok ürettikleri çıktıların en yüksek ağırlıkları vereceklerdir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta ağırlıkların fiyat ile ilişkisi

⁽⁴⁷⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e.,s.54.

olmadığı, fakat karar biriminin etkinliğini maksimize edecek karar değişkenleri olduğudur⁽⁴⁸⁾.

VZA sonuçları yönetsel açıdan son derece önemli bilgiler olan atıl (slack) değerleri verir. Bu değerler karar birimlerinin performansını, referans olarak alınan performansı iyi olan karar birimlerinin düzeyine çıkarabilmek için ne gibi stratejiler uygulayacağına dair yöneticilere bilgi sağlar. Bu bilgiler ışığında yönetim, performansı kötü olan karar biriminin hangi girdileri gereğinden ne kadar fazla kullandığı, hangi çıktılar açısından ne ölçüde yetersiz üretim yaptığı hakkında değerlendirme yapabilir.

Girdi karışımı ve çıktı karışımı ile üretim yapan karar birimlerini etkinliğini değerlendirmede kullanılan VZA'nın sağlık sektöründe yaygınlaşmasını Sherman'ın (1984) çalışmaları sağlamıştır. Bir performans ölçütü olan VZA birim maliyet, karlılık ya da tek faktör verimliliği gibi geleneksel ölçütlerden farklıdır ve bu ölçütün özellikle hastane üretim ve performansına ilişkin çalışmalarda faydalı (iyi) olduğunu gösteren birçok özelliği vardır. Öncelikle bu yöntem parametrik olmama özelliğinden dolayı hastane gibi çoklu girdi ve çıktılara sahip karar birimleri için kolaylıkla uygulanabilmektedir. Hastane maliyetlerinin ve teknolojisinin özelleştirilmesi edilmesi oldukça güç olmasına rağmen hastanelerde kolaylıkla kullanılabilen bir yöntemdir. Son olarak farklı türdeki, amaçlarda ve teknolojilerdeki hastanelere uygulanabilen esnek bir yaklaşımdır⁽⁴⁹⁾.

2.5.5. Özsermayenin Kârlılığı

Özsermayenin kârlılığı (Return on Equity, ROE) oranı, birçok araştırmada finansal performans ölçütü olarak kullanılan bir orandır. Bu oran işletmeye yatırım yapmış olan ortakların yatırdıkları kaynak karşılığında her bir birim sermaye için ne oranda kâr sağlandığını gösterir.

⁽⁴⁸⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.54.

⁽⁴⁹⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.55.

Net Kâr

Özsermayenin Kârlılığı = -----

Özsermaye

Herhangi bir işletmenin ayakta kalabilme yeteneği mevcut varlıklarını yenileyebilmesi ve büyümesi için sermaye sağlama kapasitesi ile direk bağlantılıdır. ROE'si yüksek olan işletmelerin yeni yatırımlar yapmak için fon sağlamada avantajları vardır. Avantaj sağlama nedenlerinden ilki yüksek ROE'si olan işletmelerin varlıkları finanse etmenin en önemli kaynaklarından olan özsermayede önem sağlaması, ikincisi de daha fazla borç bulma imkânını yaratmasıdır. ROE kâr marjının, aktif devir hızının, faaliyet dışı gelirlerin ve finansal kaldıracın değişmesinden etkilenmektedir⁽⁵⁰⁾.

Cleverley'in ROE'yi finansal performans ölçütü olarak kullandığı birçok çalışması vardır. 1990 yılında yaptığı çalışmasında Cleverley, hastanelerde özsermayenin kârlılığı analizini yaparak finansal performansı ölçmüş ve aralarındaki farklılıkları analiz etmiştir. Araştırma sonucunda performansı iyi olan hastanelerin maliyeti kontrol etmede başarılı oldukları, duran varlıklarını ve alacaklarını minimize ettikleri, borç kullanmaktan korkmadıkları ama bunu dengeledikleri ve pazar paylarının daha yüksek olduğu bulunmuştur⁽⁵¹⁾.

Kârlılığı hastane finansal performansının ölçümünde tek ölçüt olarak kullanan çalışmaları tamamlayıcı olarak yaptığı başka bir çalışmasında Cleverley, hastane finansal performansının diğer boyutları üzerinde durmuştur. 1985 – 1990 yılları arasında 1200 hastanenin finansal performansının kârlılık, özsermaye kârlılığı, alacak tahsil süresi, likidite, varlıkların yaşı, yenileme ve borç-özsermaye boyutları üzerine analizler yapmıştır. Bu oranlar arasında ROE'nin önemini vurgulayarak her oran için medyan yöntemi ile standart oranlar belirlemiş ve bunları araştırma kapsamındaki hastanelerin kıyaslamasında kullanmıştır.

⁽⁵⁰⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e.,s.72.

⁽⁵¹⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e., s.73.

2.5.6. Varlıkların Kârlılığı

Bernstein, bir örgütün genel finansal performansını ölçmede kullanılabilecek birçok ölçüt olduğunu ancak bunların arasında kâr ve satışların en yaygın olarak kullanılan oranlar ve varlıkların kârlılığı oranının genel finansal performansı ölçmede mükemmel bir ölçüt olduğunu belirtmiştir⁽⁵²⁾.

Yatırımların kârlılığı olarak da bilinen varlıkların kârlılığı oranı, varlıkların verimli kullanılıp kullanılmadığını ve her bir varlık başına kâr, başka bir anlatımla da yatırımlardan sağlanan kârlılığı gösterir. Bu oran ayrıca tek başına performans ölçümünde de kullanılan bir orandır⁽⁵³⁾. Oran aşağıdaki gibidir:

$$\text{Varlıkların Kârlılığı} = \frac{\text{Net Kâr}}{\text{Toplam Varlıklar}}$$

Cleverley ve Fellkner, 87 hastanenin 1980 yılı verileriyle sermaye bütçelemesi tekniklerinin hastane finansal performansı ile ilişkisi olup olmadığını araştırdıkları çalışmalarında finansal performans ölçütü olarak varlıkların kârlılığı oranını kullanmışlar ve sermaye bütçelemesi kararlarının finansal performansı etkilediğini bulmuşlardır⁽⁵⁴⁾.

Asper, Kanada'daki hastanelerin Pazar payı ile finansal performans arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yaptığı araştırmada varlıkların kârlılığı oranını kullanmıştır. Hastanelerin Pazar payı arttıkça finansal performanslarının arttığı ve finansal riskin azaldığını tespit etmiştir⁽⁵⁵⁾.

Young ve diğerleri, hastane yönetim kurulunun stratejik yönetimde aktif rol alması halinde hastanelerin daha verimli olacağı varsayımından yola

⁽⁵²⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e.,s 73.

⁽⁵³⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e.,s 74.

⁽⁵⁴⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e.,s 74.

⁽⁵⁵⁾ Nermin ÖZGÜLBAŞ: a.g.e.,s.74.

Çıkılan çalışmalarında, yönetim kurulunun yapısal özellikleri (büyüklük, görev alanları kompozisyonu gibi) ile iş stratejileri arasında önemli bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Bu ilişkinin bulunduğu hastanelerde de varlıkların kârlılığı ile ölçülen finansal performansın da yüksek olduğu bulunmuştur⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵⁶⁾ Nermin ZGLBAş: a.g.e.,s.74.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GERÇEK VERİLERE DAYALI UYGULAMA

3.1 HARCAMA BİRİMLERİNİN TOPLAM ETKİNLİĞİNİN VERİ ZARFLAMA ANALİZİ (VZA) İLE SAPTANMASI

Sağlık hizmetleri sunumu ve bu hizmetlere ulaşım bütün ülkeler için ele alınan temel konulardandır. Toplam sağlık hizmetlerinin niteliği ve sunumu tüm bireyler için ve dolayısıyla toplumun sağlık yapısı için önemlidir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin mali yapısının yönetimi ile ilgili çalışmalara bakıldığında sağlık kuruluşlarının finansal yapısına yönelik çalışma sayısı sınırlıdır.

Daha önce de bahsedildiği gibi ilk olarak Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından geliştirilen Veri Zarflama Analizi (Data Envelopment Analysis – DEA), verimlilik analizinde karşılaşılan güçlükleri giderebilecek parametresiz bir yöntemdir⁽¹⁾. Yöntemin en önemli özelliği; her bir karar merkezinin etkin olmama miktarını ve kaynaklarını tanımlayabilmesidir. Yöntemin bu özelliği ile, yapılan analiz sonucunda etkin olmayan birimlerde ne kadar girdi azaltma ya da çıktı miktarını artırmak gerektiğine ilişkin olarak kurum yöneticilerine yol gösterebilir.

Son yirmi yıllık süre içinde, hastaneler, silahlı kuvvetler, üniversiteler gibi kâr amacı gütmeyen kurumlarda, araştırma ve geliştirme projelerinde, çok uluslu ya da çok şubeli şirketlerin göreceli performanslarının ölçümünde Veri Zarflama Analizi (VZA) uygulamalarına rastlanmaktadır. Yöntemin getirdiği en önemli yenilik, birçok girdinin kullanılarak birçok çıktının elde

⁽¹⁾ Murat ATAN, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL: “Ankara’daki Anadolu Liselerin Toplam Etkinliğinin Veri Zarflama Analizi İle Saptanması “ , XI. Eğitim Bilimleri Kongresi (Ekim 2002), s1.

edildiği ortamlarda, önceden belirlenmiş herhangi bir analitik üretim fonksiyonu varlığının öngörülmesine gereksinim duymadan ölçüm yapılabilmesidir. Ayrıca girdi ve çıktılar, ölçüm birimlerinden bağımsızdırlar. Bu nedenle işletmenin değişik boyutlarının aynı zamanda ölçülebilmesi imkânı vardır⁽²⁾.

Verimlilik analizi için kullanılan ölçüm sistemleri yapısal olarak oran analizleri, parametrelili yöntemler ve parametresiz yöntemler olmak üzere üç temel gruba ayrılabilir. Oran analizi, kapsam ve amaç açısından tek boyutlu analizleri içerir. Verimlilik ölçümünde hesaplanan değişik oranların ağırlıklandırılarak tek bir ölçüt elde edilmesi gereksinimi, yöntemin önemli bir eksikliği olarak belirlemektedir. Parametrelili yöntemler, verimlilik ölçümü gerçekleştirilen işletmelere ilişkin üretim fonksiyonunun analitik bir yapıya sahip olduğunu varsayarlar. Parametresiz yöntemler ise üretim fonksiyonunun ardında herhangi bir analitik formun varlığını öngörmeyen esnek bir yapıya sahiptirler ve çözüm yöntemi olarak genellikle matematiksel programlamayı kullanmaktadırlar⁽³⁾.

Bu çalışmada, bir Üniversite Hastanesinin 2002–2003–2004–2005 yılına ait verileriyle VZA tekniği kullanılarak etkinlik değerleri bulunarak her bir harcama birimi için yorumlanmıştır. Etkin olmayan maliyet merkezleri için potansiyel iyileştirme değerleri hesaplanmıştır.

Veri Zarflama Analizi, birden çok ve farklı ölçeklerle ölçülmüş ya da farklı ölçü birimlerine sahip girdi ve çıktıların karşılaştırma yapmayı zorlaştırdığı durumlarda, karar birimlerinin göreceli performansını ölçmeyi amaçlayan doğrusal programlama tabanlı bir tekniktir⁽⁴⁾.

Analizin temelinde kurumda bulunan maliyet merkezlerinin döner sermaye gelirleri ile karşıladıkları giderleri girdi, döner sermaye gelirleri ise çıktı olarak alınmıştır. Çalışmanın temelinde birimlerinin hizmet üretim

⁽²⁾ Murat ATAN, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL: a.g.m., s 2.

⁽³⁾ Murat ATAN, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL: a.g.m., s 2.

⁽⁴⁾ Murat ATAN, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL: a.g.m., s 1.

etkinliklerinin değerlendirilmesi yer alır. Analize konu olan tüm birimler aynı hedefe yönelik benzer işlevler görmekte, aynı pazar şartlarında çalışmaktadır.

En basit durum olarak tek girdi ve çıktıya sahip bir birim için etkinlik, çıktı / girdi olarak; gelişmiş örgütlerde ise girdi ve çıktı sayısındaki farklılık dikkate alınarak etkinlik, marjinal çıktı / ağırlıklı girdi toplamı ile tanımlanabilir. Ancak bu son tanımda yer alan ağırlıkları ortak değerler olarak belirlemek, özellikle karşılaştırılan birimlerin birbirinden farklı karmaşık yapıları sebebiyle çok güçtür. Bu konuda Charnes, Cooper ve Rhodes (CCR) tarafından 1978’de ortaya konulan araştırma, teknik etkinliğin değerlendirilmesinde parametrik olmayan yaklaşımdaki daha sonraki tüm gelişmeler için kuşkusuz bir temel oluşturmuştur.

VZA’nın göreceli etkinliği ölçme şekli, iki aşamalı olarak kısaca şu şekilde özetlenebilir:

- 1) Herhangi bir gözlem kümesi içinde belirli bir birim girdi bileşimini kullanarak en fazla diğer bir değişle hedeflenen çıktıya minimum girdi ile ulaşma, çıktı bileşimini üreten “en iyi” gözlemleri (ya da etkinlik sınırını oluşturan karar birimlerini) belirler.
- 2) Söz konusu sınırı “referans” olarak kabul edip, etkin olmayan karar birimlerinin bu sınıra olan uzaklıklarını (ya da etkinlik düzeylerini) “radyal” olarak ölçer⁽⁵⁾

Son yıllarda VZA modelleri yönetim biçiminde ve yöneylem araştırması uygulamalarında çok geniş bir uygulama alanı bulmuştur. VZA’nın kullanılabileceği bazı konular şunlardır:

- Eş Grupların Kullanımı: VZA, her etkin olmayan birim için ona karşılık gelen bir küme etkin birim tanımlar ve bu birimler etkin olmayan birimler ile eş grup oluştururlar. Eş gruptaki her birim

⁽⁵⁾ Murat ATAN, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL: a.g.m., s. 2.

etkin olmayan birimin girdi-çıktı yönlendirmesini alır ve etkin olmayan birimle aynı ağırlıkları kullanarak etkin hale gelir.

- Etkin Çalışma Uygulamalarının Belirlenmesi: İyi çalışma uygulamalarının belirlenmesi ve dökümünün yapılması sadece görelî etkin olmayan birimler için değil, aynı zamanda görelî etkin birimler için de etkinliğin artırılmasına imkân sağlayabilir. Görelî etkin birimler, iyi çalışma uygulamalarının kaynağıdır. Bununla beraber etkin birimler arasında bazıları diğerlerinden daha iyi örnektir.
- Hedef Belirleme: Pratikteki uygulamalarda sıklıkla görelî etkin olmayan birimlerin performanslarının iyileştirilmesinde rehber olmak üzere hedeflerin belirlenmesi arzu edilir. VZA ile girdi ve çıktı seviyelerinde hedefler belirlemek mümkündür.
- Etkin Stratejilerin Belirlenmesi: VZA, kolaylıkla birimlerin içinde çalıştıkları politikaları ve programları karşılaştırmada kullanılabilir. Ayrıca modelin uygun çözümü ile yönetsel ve program etkinliklerini değerlendirebilir.
- Zaman Boyunca Etkinlik Değişimlerinin Gözlenmesi: VZA ile etkinliği saptanmış bir firma daha sonraki dönemlerde etkinliğini yitirebilir ve referans olma özelliğini kaybeder.
- Kaynak Ataması: VZA, görelî etkin ve etkin olmayan birimleri belirlediği gibi etkin olmayan birimler için kaynak koruma ve/veya çıktı artırma potansiyelleri için tahminler verir. Bunların ikisi de yöntemi, kaynakların birimlere atanması için uygun kılar. Görelî etkin ve etkin olmayan birimlerin belirlenmesi kaynakların prensipte hangi yönde transfer edilmeleri hakkında ilk işareti verir⁽⁶⁾

⁽⁶⁾ Murat ATAN, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL: a.g.m., s 2.

VZA'nın kullanılabilmesi için öncelikle aynı kararların uygulandığı ve benzer organizasyona sahip olan karar verme birimlerinin seçilmesi gerekmektedir. Karar verme birimlerinin etkinliğinin ölçülebilmesi için bu birimlere ait girdi ve çıktı değişkenleri belirlenmelidir. VZA modelinin ayrıştırma yeteneğinin çok olabilmesi için girdi ve çıktı sayısının çok olması arzulanır. Bu nedenle mümkün olduğunca çok sayıda girdi ve çıktı elemanı seçilmelidir. Ancak seçilen girdi ve çıktı elemanlarının her karar birimi için kullanılıyor olması gerekmektedir. Seçilen girdi sayısı m, çıktı sayısı da p ise en az $m + p + 1$ tane karar birimi araştırmannın güvenilirliği açısından gerekli bir kısıttır. Diğer bir kısıt ise değerlendirmeye alınan karar verme birimi sayısı, değişken sayısının en az 2 katı olmalıdır⁽⁷⁾

VZA metodu, girdiye ve çıktıya yönelik olarak iki yönlü kullanılabilme özelliğine sahiptir. Girdiye yönelik VZA modelleri, belirli bir çıktı bileşimini en etkin bir şekilde üretebilmek amacıyla, kullanılacak en uygun girdi bileşiminin nasıl olması gerektiğini araştırır. Çıktıya yönelik VZA modelleri ise belirli bir girdi bileşimi ile en fazla ne kadar çıktı bileşimi elde edilebileceğini araştırır. VZA modeli genel formülasyonu aşağıdaki gibi tanımlanabilir;

$$F_k = \max \beta + \left(\varepsilon \sum_{i=1}^m S_i^- \right) + \left(\varepsilon \sum_{r=1}^t S_r^+ \right)$$

$$\sum_{j=1}^n (x_{ij} \lambda_j) + S_i^- - x_{ij} = 0$$

$$\sum_{j=1}^n (x_{rj} \lambda_j) + S_r^+ - (\beta y_{rk}) = 0$$

$$\lambda_j, S_i^-, S_r^+ \geq 0$$

$$i = 1, \dots, m ; r = 1, \dots, t$$

⁽⁷⁾ Murat ATAN, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL: a.g.m., s 2.

Burada;

β = Çıktıya ait genişleme (etkinlik) katsayısı

λ_k = k' ıncı karar biriminin aldığı yoğunluk değeri

S_i^- = k karar biriminin i'inci girdisine ait atıl değer

S_j^+ = k karar biriminin j'inci çıktısına ait atıl değer

Her karar birimi için göreceli teknik verimlilik, ağırlıklı çıktıların ağırlıklı girdilere oranı şeklinde tanımlanmaktadır. Bu karar birimleri için verimlilik ölçütü maksimize etmeye çalışılırken, aynı ölçütün diğer karar alma birimleri açısından da 1'den küçük ya da 1'e eşit olması koşulu sınırlılık olarak göz önünde bulundurulmaktadır. Bu koşul nedeniyle amaç fonksiyonun alabileceği en yüksek değer ancak 1 olabilmektedir. Ayrıca bu doğrusal programlama modelinde yer alacak çıktı ve girdi ağırlık vektörlerinin değerinin 0'dan farklı olması ve negatif olmama koşulu bulunmaktadır. Bu koşul yoluyla çıktı ya da girdi ağırlık değerlerinin negatif olması ya da 0'a eşitlenmesi engellenmeye çalışılmaktadır.

VZA' nın birden çok girdi ve çıktısı olan kurumların değişik boyutlarını kombine ederek bir tek verimlilik ölçütüne indirgemeye imkân vermesi, girdi ve çıktı ölçüm biçimlerinden bağımsız olarak örgütlerin değişik boyutlarının aynı anda ölçümünü sağlaması, üretim fonksiyonunun analitik yapısı hakkında herhangi bir varsayım gerektirmemesi, her bir karar birimi için göreceli teknik verimliliği ölçerken amaç fonksiyonlarını ayrı ayrı maksimize etmesi ve verimli verimsiz ayırımını yaparak her bir karar biriminin verimli hale getirilmesi için bir takım parametreler türeterek yöneticilere yol göstermesi yönetimin güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

Ancak parametrik olmayan bir verimlilik ölçüm tekniği olarak VZA' nın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. VZA belirli bir gözlem kümesinden

hareketle verimlilik ölçümü yaptığı için aşırı girdi çıktı hareketlerinden etkilenmekte ve bazı değişkenlerin göz ardı edilmesi hatalı sonuçlara neden olabilmektedir. Bu nedenle girdi ve çıktı değişkenlerine ilişkin verilerin hatalardan arındırılması ve bu verilerin örgütsel işleyiş sürecini temsil etmesi gerekmektedir. Ayrıca elde edilen verimlilik skorlarının gözlenen en iyi karar birimine göre hesaplanması ilave karar birimlerinin ya da değişkenlerin modele katılması verimlilik sınırını ve verimlilik sonuçlarını değiştirmektedir. Verimlilik sonuçları sadece her bir örneklem içindeki verimlilik sapmalarını göstermekte örgütsel ve çevresel farklılıkları yansıtmamaktadır.

3.2. VERİ ZARFLAMA ANALİZİNİN UYGULANMASINDAKİ AMAÇLAR

- Karşılaştırılan birimlerin her biri için girdi-çıkıtı boyutlarından herhangi birinde görece etkinsizliğin kaynaklarının ve miktarlarının belirlenmesi,
- Etkinliğe göre birimlerin sınıflandırılması,
- Birimlerin kontrolleri dışındaki program ve politikaların verimliliklerini değerlendirmek ve program etkinsizliği ile yönetsel etkinsizliği ayırt etmek,
- Değerlendirme altındaki birimler için kaynakların yeniden atanması amacıyla niceliksel bir temel oluşturulması. Yeniden atama politikalarının genel amacı, sınırlı kaynakları istenilen çıktıları üretmekte daha etkin kullanılabilecek birimler arasında değiştirmektir.
- Önceki çalışmalarda sonuçların karşılaştırılması⁽⁸⁾

⁽⁸⁾ Murat ATAN, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL: a.g.m., s 3.

3.3. VERİ ZARFLAMA ANALİZİ ÜZERİNE KISA BİR DEĞERLENDİRME

1. VZA'nın uygulanabilmesi için gerekli olan adımlar şunlardır:

- a) Karar verme birimlerinin seçilmesi,
- b) Girdi ve çıktı kümelerinin seçilmesi,
- c) VZA ile göreceli etkinlik ölçümü,
- d) Her bir karar birimi için detay analizi,
- e) Sonuçların değerlendirilmesidir.

2. VZA, doğru şekilde kullanıldığında zaman çok etkin bir araçtır.

VZA'yı güçlü yapan bazı özellikler şöyle özetlenebilir:

- a) VZA, çok girdi ve çok çıktıyı işleyecek yetenektedir.
- b) VZA, doğrusal form dışında, girdi ve çıktıları ilişkilendiren bir fonksiyonel forma ihtiyaç duymaz.
- c) VZA ile etkinlikleri hesaplanan karar birimleri göreceli olarak tam etkinliğe sahip olanlarla kıyaslanır.
- d) Girdiler ve çıktılar çok farklı birimlere sahip olabilirler. Bu durumda, onları aynı biçimde ölçebilmek için çeşitli varsayımlar kullanmaya, dönüşümler yapmaya gerek yoktur⁽⁹⁾

3. VZA'yı avantajlı kılan bazı özellikler aynı zamanda VZA'nın zayıflıklarının da kaynağıdır. Söz konusu zayıflıklar şöyle özetlenebilir:

- a) VZA, uç nokta tekniği olarak değerlendirildiğinde için, ölçüm hatasına karşı çok duyarlıdır.

⁽⁹⁾ Murat ATAN, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL: a.g.m., s 3.

- b) VZA, karar birimlerinin performansını ölçmek açısından yeterlidir, fakat bu değerlendirmenin mutlak etkinlik bazındaki yorumu ile ilgili ipucu vermez.
- c) VZA, parametrik olmayan bir teknik olduğu için, sonuçlara istatistiksel hipotez testlerinin uygulanması zordur⁽¹⁰⁾.
- d) Her karar birimi için ayrı bir doğrusal programlama modelinin çözümü gerektiğinden, büyük boyutlu problemlerin VZA ile çözümü, hesaplama açısından zaman alıcı olabilir.

3.4. UYGULAMANIN YAPILDIĞI ÜNİVERSİTE HASTANESİ HAKKINDA TANITICI BİLGİLER

Çalışmanın yapıldığı hastane Ankara’da faaliyet gösteren üniversite hastanesidir. 1954 tarihinde hizmete açılmıştır. Günümüzde Üniversite’nin dokuz fakültesi ve değişik alanlarda eğitim veren yüksekokulları ile iki büyük, beş küçük yerleşkede üniversite eğitimi; Erişkin, Çocuk ve Onkoloji Hastaneleri ile de sağlık hizmeti vermektedir. Bütün hastanelerin “Genel Direktörlük”e bağlı başhekimleri vardır. Hastaneler 34 Anabilim Dalı, 114 klinik ve poliklinik ile tedavi, eğitim ve araştırma faaliyetlerini sürdürmektedir.

Yılda yaklaşık 400 bin hastanın ayaktan, 24 bin hastanın yatarak tedavi gördüğü, 20 bin hastanın ameliyat edildiği ve 24 saat acil servis hizmeti sunulan Hastane’de 18 Anabilim Dalı, 32 bölüm, 31 yataklı servis ve 850 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ayaktan ve yatarak tanı ve tedavi hizmetini 20 yataklı olarak vermektedir. Onkoloji Hastanesi tam kapsamlı bir kanser merkezi olarak yapılandırılan Onkoloji Hastanesi bünyesinde Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Çocuk Onkolojisi, Radyoloji, Nükleer Tıp, Temel Onkoloji, Kemik İliği Nakli Ünitesi, Aferez Ünitesi ve Biyokimya Laboratuvarı bulunmaktadır. Her yıl 30 bin hasta ayaktan tanı almakta ve tedavi edilmekte, 18 bin hastaya

⁽¹⁰⁾ Murat ATAN, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL: a.g.m., s 4.

da gündüz tedavi ünitelerinde kemoterapi uygulaması yapılmaktadır. Haziran 2005 yılında 180 yataklı olarak servisler hizmete açılmıştır.

Çocuk Hastanesi 300 yatak kapasitesi ile hizmet vermekte; her yıl yaklaşık 150 bin hasta ayaktan, 5 bin hasta yatarak tedavi görmekte, Çocuk Acil Servisi'nde de 30 bin hastaya müdahale edilmektedir.

Hastanede uluslararası akreditasyon standartlarını yerine getirmek için çalışan komiteler bulunmaktadır. Süreç Yönetim Kurulu, hastanede iyileştirmeye açık alanlara ilişkin verilerin toplanması, takibi, analizi ve geribildirimi aşamalarını yürütmektedir. Aynı zamanda **Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP)**, **International Standards Organization (ISO)**, **Joint Commission International (JCI)** gibi belgelendirme sistemlerinin işleyişi ve dokümantasyonu yürütülmektedir. İyileştirme takımları sistematigi ile çalışanların birimlerde yaşadıkları sorunları kendi çalışmaları ile çözmeleri amaçlanmaktadır. Kalite Koordinatörlüğü bu çalışmaların yürütülmesinden ve takibinden sorumludur.

Hastane' de 1000'in üzerinde hekim ve 3000'nin üzerinde diğer sağlık çalışan görev yapmaktadır. Kurum çalışanlarına her türlü sosyal ve kültür imkânları sunmaktadır.

Hastane üst yönetimine finansal konularda bilgi vermek amacı ile diğer ilgili birimlerle beraber Maliyet Muhasebesi birimi de hizmet vermektedir. Çalışmada kullanılan veriler bu bölümden alınmıştır. Birimin oluşturduğu 2002–2006 yılları bölüm gider ve gelir tabloları kullanılmıştır.

3.5. HASTANE VERİLERİNİN ANALİZİ

Teorik olarak anlatılan VZA, 2002, 2003, 2004 ve 2005 yıllarına ait verilerin derlendiği sağlık kuruluşundaki 55 adet maliyet merkezine, uygulanmıştır.

Tablo 11: Hastanenin Gider Yerleri

Dahiliye Bölümler	Cerrahi Bölümler	Çocuk Bölümler	Diğer
Nefroloji	Kadın Doğum	Ç.Hematoloji	Kardiyoloji
Gastroenteroloji	Nöroşirurji	Ç.Genetik	Nöroloji
Hematoloji	Genel Cerrahi	Ç.İmmünoloji	Psikiyatri
Endokrinoloji	T.Kalp-Damar Cerrahi	Ç.Neonatoloji	Dermatoloji
Romatoloji	Ortopedi	Ç.Enfeksiyon	Göğüs Hastalıkları
Gen. Dah./Geriatri/C.Up	Plastik Cerrahi	Ç.Metabolizma	Nutrisyon
Erişkin Onkoloji	Göz Hastalıkları	Ç.Allerji	Spor Hekimliği
Dahiliye Klinikler	K.B.B.	Ç.Ruh Sağlığı	Radyasyon Onkolojisi
Enfeksiyon	Ç.Cerrahi	Ç.Nefroloji	K.Patoloji Lab.
	Üroloji	Ç.Onkoloji	Nükleer Tıp
		Ç.Endokrinoloji	Radyoloji
		Ç.Nöroloji	Büyük Acil
		Ç.Göğüs Hastalıkları	Patoloji
		Ç.Gastroenteroloji	F.T.R.
		Sos. Ped. Sağlam Çocuk	Anestezi
		Ç.Kardiyoloji	Kan Banksı
		Ç.Adölesan	Tıbbi Biyoloji
		Ç.Klinikler	

Çalışmanın yapıldığı Üniversite Hastanesinde 2000 yılından itibaren özel maliyet muhasebesi çalışması yapılmaktadır. Kullanılan veriler bu maliyet muhasebesi çalışmasının gider ve gelir kalemlerinden oluşmaktadır. Gelir-giderler ve bu gelir- giderlere ait alt başlıkların açılımları aşağıda tanımlanmıştır:

- **Gelir**, karşılığı olan mal ve hizmetlerin faturalanması suretiyle elde edilen gelirler döner sermaye gelirlerini oluşturur. Ameliyat ve diğer gelirler teşhis ve tedavi karşılığı hastaneye ödenen mali kaynaklardır.

- **Gider**, personel, amortisman, malzeme, temizlik işçiliği gibi ihtiyaçlardan doğan ve büyük bir çoğunluğunun döner sermaye gelirlerinden, geri kalanın ise genel bütçeden karşılandığı harcamalardır.

- **Personel giderleri**, bölümlerde çalışan personelin döner sermaye katkı paylarından, sözleşmeli çalışan geçici işçi statüsündeki personelin maaşlarından ve önceki döneme ait prim ödemelerinden oluşur. Önceki döneme ait prim ödemeleri ise hazırlanmış gelir-gider tablosunda, çalışanların maaşları ve döner sermaye katkı payı haricinde kat sayı sistemine göre ödenen primlerdir. Personelin bulunduğu bölüm 3 aylık dönem içinde gelir gider tablosunda kâr elde etmiş gözüküyorsa, bölüm çalışanları 3 ayda bir bu primi almaya hak kazanırlar.

- **Amortisman giderleri**, İnşaat revizyonları ve her türlü demirbaş alımlarında yapılan harcamanın ilgili bölüme amortisman dağıtım tekniklerine göre, üçer aylık dönemlerde yansıtılan giderlerdir. Çalışmaya konu olan hastanede İnşaat amortismanı, revizyonlar için harcanan toplam yıllık giderin 10 yıla bölünmesi ile oluşur. Demirbaş amortismanı, tüm demirbaş malzemeleri için harcanan toplam yıllık giderin, 7 yıla bölünmesi ile oluşur. İçinde bulunulan yıl yansıtılarak 1/10 luk inşaat ve 1/7 lik demirbaş giderleri 4'e bölünerek her 3 aylık dönemler için gelir-gider tablosuna kaydedilir. Bu tutarlar geçen senelerin harcaması olduğu için bugünkü değerini bulmak için geçen yılın haziran ayı tüketici fiyat endeksi, bulunduğumuz yılın ocak ayı tüketici fiyat endeksine bölünerek, yıllık tüketici fiyat endeksi katsayısı bulunur. Katsayı ile çarpıldığında geçen senelerin tutarları güncellenmiş olur. Demirbaş ve inşaat giderlerin büyük bölümü döner sermaye gelirlerinden karşılanır.

- **Malzeme Giderleri**, ilaç, tıbbi, kimyasal, kırtasiye, teknik, temizlik, genel, iâşe ve tuhafîye malzemelerinden oluşur. Büyük çoğunluğu döner sermaye gelirlerinden karşılanır.
- **Temizlik İşçiliği Giderleri**, dışardan sağlanan hizmetler kapsamında özel temizlik hizmeti alımı ile oluşur. Bölümde çalışan temizlik personeli sayısına göre bu gider bölümlere dağıtılır.
- **Diğer Çeşitli Giderler**, cihazlara yapılan bakım onarımlar ve paket hizmet kâr veya zararından oluşur. Paket hizmet sonucunda kâr elde edilmişse giderlerine tutar eksi kaydedilir, zarar edilmiş ise giderlerine bu zarar artı olarak kaydedilir.

Tüm karar birimleri için model çözülmüş ve elde edilen sonuçlardan faydalanılarak aşağıdaki karar birimleri için etkinlik tablosu oluşturulmuştur.

Üç bölümün incelenen yıllarda hem etkin hem de kârlı olduğu görülmüştür. Klinik Patoloji biriminde, çalışılan tetkiklerin analizleri yapılırken kit malzemeyi toptan alıp hizmet ihtiyacı doğdukça malzeme artırım metodu ile kullanılmaktadır. Bölümü etkin kılan en önemli faktörlerden biri bu olabilir. Hemen hemen her hastadan tetkik istenmektedir, çok nadiren tetkik istenmeyen hasta grubu vardır. Paket hizmet uygulamaları, bölümlerin kârlılıklarını düşüren paket sözleşmelerin zararından ya da kârından etkilenmediği için laboratuvarlar kârlı birimler haline geliyor. Plastik Cerrahi bölümünde gider ve gelir yönetimin etkin olduğu görülmektedir. Nütrisyon Ünitesinin, bütün malzemeleri fatura edilebilir malzemelerdir. Gider artırıcı ekstra sarf malzemesi yoktur. Nütrisyon Ünitesi hastayı değerlendirip, nutrisyon ihtiyacı olan hastaların damar ya da enteral beslenmesine karar verip bu yolla beslenmesini sağlayan ünedir. Kullanılan tüm malzemeler fatura edilebilir cinstendir. Bölümün sadece personel giderleri vardır.

Karar Birimleri	2002	2003	2004	2005
	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık
Plastik Cerrahi A.D.	1 - %63	1 - %50	1 - %35	1 - %36
Klinik Patoloji Lab.	1 - %84	1 - %70	1 - %81	1 - %60
Nutrisyon Ünitesi	1 - %5	1 - %82	1 - %85	1 - %50

Spor Hekimliği incelenen 4 yılda etkin birim fakat aynı dönemlerde de kârlı bölüm olamamıştır. Zararlılık oranının çok yüksek olduğu görülmektedir. Bölümün personel giderleri oldukça fazladır. Gelir artırıcı metotları bölüm bulmalıdır. Bölümün hasta sayısının az olduğu düşünülmektedir.

Karar Birimleri	2002	2003	2004	2005
	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık
Spor Hekimliği A.B.D.	1 – (-%408)	1 – (-%471)	1 – (-%395)	1 – (-%368)

Aşağıdaki tablolarda yıllara göre hem etkin hem de kârlı olan bölümler gösterilmiştir.

Karar Birimleri	2002	2003	2004	2005
	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık
Çocuk Kardiyoloji	1 - %22	1,10 - %44	1 - %82	1 - %58
Sos. Pediatri Sağlam Ç.	1 - %0	3,16 - (-%11)	1 - (-%31)	1 - (-%33)
Tıbbi Biyoloji	1 - %58	1,25 - %54	1 - %64	1 - %60
Çocuk Adölesan	1 - %36	4,59 - %19	1 - %35	1 - %2
Kan Bankası	1,26 - %79	1 - %83	1 - %94	1 - %87
Anestezi A.D.	2,27 - %24	1 - %118	1 - %71	1 - %49
Karar Birimleri	2002	2003	2004	2005
	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık
Çocuk Ruh Sağlığı	1 - %6	1 - %19	3,20 - (-%5)	1,10 - %3
Çocuk Cerrahisi A.D.	1 - %28	1 - %9	6,88 - %17	1,71 - %3
Kardiyoloji	1 - %4	1,52 - %17	1 - %37	1,09 - %27
T. Kalp- Damar C. A.D	1,68 - %13	1 - %11	1 - %48	1,71 - %6
Göğüs Hastalıkları	1,77 - %36	1 - %31	3,29 - %54	1 - %53
Çocuk Nöroloji	1,52 - (-%13)	1 - %4	3,80 - %56	1 - %64
Radyoloji	1,17 - %51	1 - %47	1,07 - %61	1 - %47
Romatoloji	1,03 - %6	1,70 - %44	1 - %60	1 - %36
Çocuk Onkoloji	1,22 - %1	1,28 - (-%33)	1 - %20	1 - %14

Karar Birimleri	2002	2003	2004	2005
	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık
F.T.R.	1 - %61	1,01 - %38	1,62 - %35	2,38 - %24
Psikiyatri	1 - %19	1,30 - %17	2,76 - %6	1,30 - %7
Çocuk Alerji	1 - %75	1,41 - %63	1,47 - %77	1,03 - %61
Genel Cerrahi A.D.	1 - %33	3,68 – (-%1)	3,04 - %25	1,96 - %9
K.B.B. A.D.	1 - %41	3,38 - %38	3,82 - %24	1,51 - %21
Radyasyon Onkolojisi	1,41 - %45	1 - %54	2,55 - %58	1,07 - %45
Çocuk İmmünoloji	4,62 - %13	1 – (-%19)	4,94 - %5	2,59 - %18
Kadın Doğum A.D.	1,58 - %34	1 - %28	4,18 - %18	2,73 - %13
Büyük Acil A.D.	2,65 - %8	1 - %20	3,44 - %47	2,06 - %25
Erişkin Onkoloji	2,20 – (-%3)	2,72 - %26	1 - %58	2,33 - %17
Gastroenteroloji	1,23 - %55	1,53 - %54	2,61 - %68	1 - %66
Çocuk Endokrinoloji	3,00 - %10	1,25 - %15	2,44 - %31	1 - %16
Nöroşirurji A.D.	1,94 - %8	2,92 - %26	2,49 - %36	1 - %16

Aşağıdaki tabloda incelenen yıllarda etkin ve kârlı olmayan birimler verilmiştir.

Karar Birimleri	2002	2003	2004	2005
	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık	Etkinlik-Kârlılık
Nefroloji	2,16 - %43	4,20 - %22	2,82 - %73	1,29 - %72
Hematoloji	4,46 - %17	2,71 - %3	3,69 - %34	2,39 - %15
Endokrinoloji	1,43 - %22	2,92 - %25	4,49 - %14	1,84 - %15
Gen. Dah./Geriatri/Cup	1,01 - %45	1,28 - %66	1,38 - %70	1,35 - %38
Dahiliye Servis	3,19 - %-54	4,54 - (-%45)	3,44 - %6	1,88 - (-%9)
Enfeksiyon	1,89 - %43	2,20 - %29	3,48 - %42	1,61 - %24
Dermatoloji	2,00 - %27	4,67 - %21	3,71 - %32	1,72 - %20
Nöroloji	1,24 - %11	1,26 - %7	3,99 - %42	1,82 - %25
Nükleer Tıp	1,81 - %27	1,74 - %12	5,66 - %25	2,22 - %13
Ç. Gastroenteroloji	1,74 - %-20	1,65 - %17	3,20 - %27	2,19 - %16
Çocuk Genetik	2,02 - %59	1,30 - %52	3,27 - %51	1,41 - %45
Ç. Göğüs Hastalıkları	1,08 - %21	2,00 - %11	2,97 - %32	2,42 - %24
Çocuk Hematoloji	4,40 - %10	3,16 - %37	3,00 - %49	2,09 - %37
Çocuk Metabolizma	1,47 - %61	1,35 - %56	3,40 - %55	1,16 - %53
Çocuk Nefroloji	2,63 - %21	1,45 - %37	3,33 - %46	2,14 - %22
Çocuk Patoloji	1,82 - %24	1,56 - %4	3,29 - %0	2,75 - (-%12)
Çocuk Servisler	5,63 - (-%121)	1,70 - (-%81)	3,38 - (-%23)	2,27 - (-%54)
Çocuk Neonatoloji	3,21 - %10	3,60 - %12	7,11 - %38	1,48 - %32
Çocuk Enfeksiyon	1,41 - %10	2,90 - (-%22)	7,25 - (-%42)	4,95 - (-%105)
Patoloji A.D.	1,87 - %35	2,33 - %31	4,04 - %43	4,64 - %7
Göz Hastalıkları A.D.	1,20 - %45	2,85 - (%7)	5,42 - %0	2,32 - %0
Ortopedi A.D.	1,34 - %37	2,61 - %10	3,61 - %26	1,31 - %9
Üroloji A.D.	1,78 - %29	3,56 - %30	4,48 - %36	2,40 - %18

Çözüm sonucunda amaç fonksiyonu ile etkinlik katsayısı 1'e eşit olan maliyet merkezleri etkin olarak tespit edilmiş ve Tablo 8'de belirtilmiştir. Buna göre 2005 yılı etkin bölümler; gastroenteroloji, romatoloji, göğüs hastalıkları, çocuk adölesan, çocuk endokrinoloji, çocuk kardiyoloji, çocuk nöroloji, çocuk onkoloji, sos. pediatri sağlam çocuk, kan bankası, klinik patoloji laboratuvarı, radyoloji, tıbbi biyoloji, anestezi, nöroşirurji, plastik cerrahi, nütrisyon ünitesi, spor hekimliği olarak belirlenmiştir.

Çözüm sonucunda etkin bulunmayan bölümler ise; nefroloji, hematoloji, endokrinoloji, gen. dahiliye/geriatri/check up, erişkin onkoloji,

dahiliye servis, enfeksiyon, kardiyoloji, dermatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, nöroloji, psikiyatri, radyasyon onkolojisi, nükleer tıp, çocuk ruh sağlığı, çocuk alerji, çocuk gastroenteroloji, çocuk genetik, çocuk göğüs hastalıkları, çocuk hematoloji, çocuk immünoloji, çocuk metabolizma, çocuk nefroloji, çocuk patoloji, çocuk servisler, çocuk neonatoloji, çocuk enfeksiyon, patoloji, genel cerrahi, göz hastalıkları, kulak burun ve boğaz, toraks kalp damar cerrahisi, ortopedi, üroloji, kadın doğum, büyük acil, çocuk cerrahisi dir.

Etkin bulunmayan birimlerin yöneticilerine ve hastane yöneticilerine yol göstermesi amacıyla 2005 yılına ait potansiyel iyileştirme tabloları oluşturulmuştur. Ek1'de maliyet merkezlerinin 2002, 2003, 2004 ve 2005 verileri sunulmuştur. Böyle bir çalışma sonucunda, bölüm yöneticilerinin sadece kârlılıklarını yönetmesinin yeterli olmadığını, aynı zamanda etkinliklerinin de ölçülmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Hastane yöneticileri bu verileri benzerliklerine gruplandırarak, kendi içlerinde etkinliklerini karşılaştırabilirler.

Tabloda yer alan bölümlerin hedeflenen değer ve potansiyel iyileştirme oranının hesaplanması birinci karar birimi Nefroloji için şu şekilde açıklanabilir:

Nefroloji için çıktıya yönelik sonuçlar, etkinlik değeri için $KB = 1,29338$ dir. Bu değer bu bölümün diğer bölümlere göre etkin olmadığını gösterir. Yani bu bölümün etkin hale gelebilmesi için girdi seviyeleri değiştirilmeden çıktılar 1,29338 oranında arttırılmalıdır. Bu bölümün referans kümesini Çocuk Kardiyoloji, Çocuk Nöroloji, Kan Bankası ve Anestezi AD oluşturmaktadır. Referans biriminin aldığı yoğunluk değerleri $A27=0,467747$, $A30= 0,196475$, $A37=0,298802$, $A41=0,036977$ dir. (Tablo 9). Bu değerler ışığında karar biriminin girdi ve çıktı değerleri bulunabilir.

Tablo 12: Nefroloji İçin Girdi ve Çıktı Değerleri Formül Tablosu

Karar Birimi= Girdi Değerleri*Karar Biriminin Referans Değeri + Çıktı Değerleri*Karar Biriminin Referans Değeri
$X^{KB} = [(324707; 40656; (-60498); 19702; 43171)] * 0,467747 + [(868691) * 0,467747]$
$Y^{KB} = [(196446; 8673; -14882; 33368; 5766;) * 0,196475] + [(629866) * 0,196475]$
$Z^{KB} = [(548632; 88844; 402498; 114372; 46954) * 0,298802] + [(8915684 * 0,298802)]$
$Z^{KB} = [(1347835; 46803; -93857; 166136; 41515) * 0,036977] + [(2960798 * 0,036977)]$

Ek-1'de Nefroloji Bölümü için çıktıya yönelik VZA modeli oluşturulmuştur. Bu model tüm birimler için uygulanmıştır.

Toplam amortisman giderlerinde %-41,74, temizlik işçiliği giderlerinde %-41,15 ve bölüm gelirlerinde %29,34 oranında bir iyileştirme yapılırsa bu bölüm etkin bölümler içinde yer alır. Öte yandan gider ve gelirler farkları alındığında, bölümün 2005 yılı toplam kârının 1.848.094 Ytl olduğunu görmekteyiz. Nefroloji Bölüm kârının bölüm gelirlerine oranı ise kârlılığı göstermektedir. Öneriler ışığında bölümün kârlılığı da %8,52 oranında artacaktır.

$$\text{Kârlılık} = \text{Bölüm Kârı} / \text{Bölüm Gelirleri}$$

Tablo 13: 1. Derecede Etkinliğe Yakın Birimler Tablosu

Bölüm	Faktörler	Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)	
Çocuk Alerji 1	Girdiler	Personel	278.513	278.513	0,00
		Amortisman	44.032	44.032	0,00
		Malzeme Giderleri	218.478	218.478	0,00
		Temizlik İşçiliği	20.644	15.862	-23,17
		Diğer Çeşitli Giderler	4.615	4.615	0,00
		Toplam Girdi	566.282	561.500	0,00
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	1.456.595	1.509.613	3,64
Kâr-Zarar	Kâr	890.313			
	Kârlılık Oranı	%61,12	%62,80	%1,68	
Radyasyon Onkolojisi 2	Girdiler	Personel	737.471	438.269	-40,57
		Amortisman	74.547	57.949	-22,27
		Malzeme Giderleri	240.765	240.765	0,00
		Temizlik İşçiliği	60.184	60.184	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	1.360.825	33.664	-97,53
		Toplam Girdi	2.473.792	830.831	-0,66
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	4.481.438	4.799.481	7,10
Kâr-Zarar	Kâr	2.007.646			
	Kârlılık Oranı	%44,79	%82,68	%37,89	
Kardiyoloji 3	Girdiler	Personel	1.048.643	1.048.643	0,00
		Amortisman	243.935	89.409	-63,35
		Malzeme Giderleri	22.521	22.521	0,00
		Temizlik İşçiliği	162.960	162.960	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	1.231.469	44.446	-96,39
		Toplam Girdi	2.709.528	1.367.979	-49,51
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	3.722.188	4.081.918	9,66
Kâr-Zarar	Kâr	1.012.660			
	Kârlılık Oranı	%27,20	%66,48	%39,28	

Bölüm		Faktörler	Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)
Çocuk Ruh Sağlığı 4	Girdiler	Personel	314.800	126.102	-59,94
		Amortisman	15.639	15.639	0,00
		Malzeme Giderleri	14.729	14.729	0,00
		Temizlik İşçiliği	16.388	16.388	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	3.578	3.578	0,00
		Toplam Girdi	365.134	176.436	-0,51
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	374.860	413.783	10,38
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	9.726 %2,59	%57,36	%54,77	
	Çocuk Metabolizma 5	Girdiler	Personel	333.785	333.785
Amortisman			38.947	33.958	-12,81
Malzeme Giderleri			62.361	62.361	0,00
Temizlik İşçiliği			16.100	16.100	0,00
Diğer Çeşitli Giderler			43.954	27.436	-37,58
Toplam Girdi			495.147	473.640	-4,34
Çıktılar		Bölüm Gelirleri	1.049.200	1.223.123	16,58
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	554.053 %52,80	%61,27	%8,47	
	Nefroloji 6	Girdiler	Personel	40.4248	40.4248
Amortisman			84.104	48.998	-41,74
Malzeme Giderleri			85.575	85.575	0,00
Temizlik İşçiliği			95.313	56.090	-41,15
Diğer Çeşitli Giderler			36.891	36.891	0,00
Toplam Girdi			706.131	631.802	-10,53
Çıktılar		Bölüm Gelirleri	2.554.225	3.303.585	29,34
Kâr Zarar		Kâr Kârlılık Oranı	1.848.094 %72,35	%80,87	%8,52

Bölüm	Faktörler	Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)	
Psikiyatri 7	Girdiler	Personel	623.910	389.687	-37,54
		Amortisman	254.698	148.553	-41,67
		Malzeme Giderleri	9.863	9.863	0,00
		Temizlik İşçiliği	99.857	99.857	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	9.417	9.417	0,00
		Toplam Girdi	997.745	657.377	-0,34
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	1.068.783	1.396.063	30,62
	Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	71.038 %6,64	%52,91	%46,27
Ortopedi A.D 8.	Girdiler	Personel	954.075	832.621	-12,73
		Amortisman	617.007	160.960	-73,91
		Malzeme Giderleri	9.341	9.341	0,01
		Temizlik İşçiliği	338.975	151.463	-55,32
		Diğer Çeşitli Giderler	25.483	25.483	0,00
		Toplam Girdi	1.944.881	1.179.868	-39,33
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	2.139.054	2.819.838	31,83
	Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	194.173 %9,07	%58,15	%49,08
Gen. Dah./Geriatri/C.up 9	Girdiler	Personel	153.230	147.658	-3,64
		Amortisman	3.993	3.993	0,00
		Malzeme Giderleri	17.878	17.878	0,00
		Temizlik İşçiliği	25.206	25.206	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	8.656	4.239	-51,03
		Toplam Girdi	208.963	198.974	-4,7
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	336.623	457.616	35,94
	Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	127.660 %37,92	%56,51	%18,59

Bölüm	Faktörler		Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)
Çocuk Genetik 10	Girdiler	Personel	337.694	337.694	0,00
		Amortisman	85.717	27.201	-68,27
		Malzeme Giderleri	365.209	365.209	0,00
		Temizlik İşçiliği	17.271	17.271	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	132.560	7.485	-94,35
		Toplam Girdi	938.451	754.860	0,00
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	1.695.179	2.404.187	41,82
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	756.728 %44,64	%68,60	%23,96	
	Çocuk Neonatoloji 11	Girdiler	Personel	462.266	462.266
Amortisman			222.796	26.380	-88,16
Malzeme Giderleri			-3.766	-3.766	0,00
Temizlik İşçiliği			101.456	80.581	-20,58
Diğer Çeşitli Giderler			20.706	20.706	0,00
Toplam Girdi			803.458	586.167	-27
Çıktılar		Bölüm Gelirleri	1.179.384	1.750.803	48,45
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	375.926 %31,87	%66,52	%34,65	
	K.B.B. A.D. 12	Girdiler	Personel	995.798	753.876
Amortisman			421.742	169.807	-59,74
Malzeme Giderleri			46.531	46.531	0,00
Temizlik İşçiliği			181.485	147.373	-18,80
Diğer Çeşitli Giderler			24.963	24.963	0,00
Toplam Girdi			1.670.519	1.142.550	-31,60
Çıktılar		Bölüm Gelirleri	2.110.234	3.191.487	51,24
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	439.715 %20,84	%64,20	%43,36	

1. Çocuk Alerji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında sadece 2002 yılında etkin birimler arasına girebilmiştir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise yaklaşık %61,12 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölümün Temizlik İşçiliği Giderlerini %23 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini yaklaşık %4 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %62,80 oranında olacaktır.

2. Radyasyon Onkolojisi Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında sadece 2003 yılında etkin bölümler arasına girebilmiştir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölüm kârlı olarak tespit edilmiştir. Kârlılığı ise %45 oranındadır. Bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir. Bölümün nakit yaratma gücü diğer bölümlere göre iyi seviyededir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Radyasyon Onkolojisi Bölümü Personel Giderlerini yaklaşık %41 oranında, Amortisman Giderlerini %22 ve Diğer Çeşitli Giderler kalemini %98 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %7 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölümün Çeşitli Giderler kalemini oluşturan giderlerini azaltma yönünde faaliyetlerde bulunmalıdır. Giderlerinde yaratacağı azalışla, etkinliğe yaklaşacağı görülmektedir. Nitekim gelir yaratma da sadece %7 oranında artış önerilmektedir. Personele ödenen primler bir sonraki dönem personel giderine eklendiği için, dönemsel olarak dalgalanmaya neden olabilir. Kâr edememiş bölümün çalışanlarına bir sonraki dönem prim ödenmeyeceği için personel giderlerinde düşüş gözlemek olasıdır. Maaşlar ve döner sermaye katkı payları sabit olduğu için değişken faktör primlerdir. Diğer Çeşitli Giderler kaleminde, bölümde yapılan paket hizmetler bu giderde değişikliklere neden olabilir. Hastanede cihazların

bakımı periyodik yapıldığı için değişkenlik göstereceği düşünülmemektedir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı % 82,68 oranında olacaktır.

3. Kardiyoloji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında 2002 ve 2004 yıllarında etkin olduğu görülmektedir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise %27 oranındadır. Bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir. Bölümün gelir ve gider farkına bakıldığında kârının diğer bölümlere kıyasla yüksek bir rakam olduğu görülmektedir. Fakat bu çalışmaya araştırma konusu olan kârlılık oranının, bölümün ortalama kârlılıkta olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Kardiyoloji Bölümü Amortisman Giderlerini %63 oranında, Diğer Çeşitli Giderler kalemini ise %96 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini yaklaşık %10 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölümün gelirlerine ve giderlerine önerilen artış-azalış oranına bakılırsa, giderlerin büyük ölçüde düşürülmesi gerekliliği görülmüştür. Analiz sonucu bölümün elde ettiği gelirleri sadece %10 oranında artırması önerilmiştir. Diğer Çeşitli Giderler kaleminde, bölümde yapılan paket hizmetler bu giderde değişikliklere neden olabilir. Bölümün niteliğinden dolayı paket hizmetlerin fazla olduğu düşünülmektedir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı % 66,48 oranında olacaktır.

4. Çocuk Ruh Sağlığı Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında 2002 ve 2003 yıllarında etkin birimler içerisinde yer almıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise yaklaşık %2,59 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermekte fakat bölüm nakit yaratma gücünün oldukça zayıf olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Çocuk Ruh Sağlığı Bölümü Personel Giderlerini %60 oranında azalışa gider ve toplam gelirlerini yaklaşık %10

oranında artırırorsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Personele ödenen primler bir sonraki dönem personel giderine eklendiği için, dönemsel olarak dalgalanmaya neden olabilir. Kâr edememiş bölümün çalışanlarına bir sonraki dönem prim ödenmeyeceği için personel giderlerinde düşüş gözlemek olasıdır. Maaşlar ve döner sermaye katkı payları sabit olduğu için değişken faktör primlerdir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %57,36 oranında olacaktır.

5. Çocuk Metabolizma Bölümü, karar birimleri etkinlik tablosundan anlaşıldığı gibi 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birimler arasında olamamıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise yaklaşık %52,80 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün yüksek olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Amortisman Giderleri'nde yaklaşık %13 oranında, Diğer Çeşitli Giderler kaleminde ise yaklaşık %38 oranında gider azalışına göre stratejiler belirlerse ve diğer yandan gelirlerini de %17 oranında artırırorsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %61,27 oranında olacaktır.

6. Nefroloji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birim değildir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölüm kârlı olarak tespit edilmiştir. Kârlılığı ise %72,35 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün kuvvetli olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Nefroloji Bölümü Amortisman Giderlerini yaklaşık %42 oranında azaltmalıdır. Temizlik İşçiliği Giderlerini ise %41 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %29 oranında artırırorsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Temizlik işçiliği giderleri temizlik elemanı sayısına bağlı olarak değişebilir. Firmaya ödenen hak edişler yıllık ödenir ve o yıl ki toplam tutar üzerinden dalgalanmalar olabilir. Temizlik işçiliği

giderlerinde değişiklik önerisi yapılmayan, kârlılığı ve etkinliği yüksek olan bölümlerde çalışan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi hizmet veren temizlik personeli ile yer değişikliği yapılabilir. Hastane genelinde yapılacak iş yükü analizi, bölümlerin temizlik personeli ihtiyacını belirleyerek, gerekli istihdamı sağlamaya yardımcı olabilir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %81 oranında olacaktır.

7. Psikiyatri Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında sadece 2002 yılında etkin birim olmuştur. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise %6,64 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermekte fakat bölüm nakit yaratma gücü bakımından zayıftır.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Psikiyatri Bölümü Personel Giderlerini %38 oranında, Amortisman Giderlerini ise %42 oranında azalışa gider ve toplam gelirlerini yaklaşık %31 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Personele ödenen primler bir sonraki dönem personel giderine eklendiği için, dönemsel olarak dalgalanmaya neden olabilir. Kâr edememiş bölümün çalışanlarına bir sonraki dönem prim ödenmeyeceği için personel giderlerinde düşüş gözlemek olasıdır. Maaşlar ve döner sermaye katkı payları sabit olduğu için değişken faktör primlerdir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %53 oranında olacaktır.

8. Ortopedi Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birim olamamıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında, 2005 yılında kârlı olduğu kârlılık oranının ise yaklaşık %10 olduğu görülmüştür. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu fakat yeterli olmadığını göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Personel Giderlerini %13 oranında, Amortisman Giderlerini yaklaşık %74 oranında, Temizlik İşçiliği

Giderlerini %55 oranında ve Diğer Çeşitli Giderler kalemini yaklaşık %45 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %32 oranında artırırsa, ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Temizlik işçiliği giderleri temizlik elemanı sayısına bağlı olarak değişebilir. Firmaya ödenen hak edişler yıllık ödenir ve o yıl ki toplam tutar üzerinden dalgalanmalar olabilir. Temizlik işçiliği giderlerinde değişiklik önerisi yapılmayan, kârlılığı ve etkinliği yüksek olan bölümlerde çalışan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi hizmet veren temizlik personeli ile yer değişikliği yapılabilir. Hastane genelinde yapılacak iş yükü analizi, bölümlerin temizlik personeli ihtiyacını belirleyerek, gerekli istihdamı sağlamaya yardımcı olabilir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %58,15 oranında olacaktır.

9. Genel Dahiliye / Geriatri / Check Up Bölümü de yukarıdaki harcama birimleri gibi 2002 ve 2005 yılları arasında herhangi bir yılda etkin birim olamamıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölüm kârlı olarak tespit edilmiştir. Kârlılığı ise %38 oranındadır. Bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Genel Dahiliye / Geriatri / Check Up Bölümü Personel Giderlerini yaklaşık %4 oranında, Diğer Çeşitli Giderlerini ise %51 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini yaklaşık %36 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Diğer Çeşitli Giderler kaleminde, bölümde yapılan paket hizmetler bu giderde değişikliklere neden olabilir. Cihazların bakımı ise periyodik yapıldığı için değişkenlik göstereceği düşünülmemektedir. Bölüm önerilen iyileştirmeleri yaparsa kârlılığı %56 oranında olacaktır.

10. Çocuk Genetik Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birimler arasına girememiştir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise yaklaşık %45 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün yüksek olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölümün Amortisman Giderlerinde %68 oranında ve Diğer Çeşitli Giderler kaleminde %94 oranında gider azalışına giderse ve toplam gelirlerini yaklaşık %42 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Temizlik işçiliği giderleri temizlik elemanı sayısına bağlı olarak değişebilir. Firmaya ödenen hak edişler yıllık ödenir ve o yıl ki toplam tutar üzerinden dalgalanmalar olabilir. Temizlik işçiliği giderlerinde değişiklik önerisi yapılmayan, kârlılığı ve etkinliği yüksek olan bölümlerde çalışan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi hizmet veren temizlik personeli ile yer değişikliği yapılabilir. Hastane genelinde yapılacak iş yükü analizi, bölümlerin temizlik personeli ihtiyacını belirleyerek, gerekli istihdamı sağlamaya yardımcı olabilir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %68,60 oranında olacaktır.

11. Çocuk Neonatoloji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birimler arasına girememiştir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise yaklaşık %31,87 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Amortisman Giderlerini %88 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %21 oranında toplam gelirlerini %48 oranında artırmalıdır. Ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %66,52 oranında olacaktır.

12. Kulak Burun Boğaz Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında sadece 2002 yılında etkin birim olarak görülmektedir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında, 2005 yılında kârlı olduğu kârlılık oranının ise %20,84 olduğu görülmüştür. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu fakat yeterli olmadığını göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Personel Giderlerini %24 oranında, Amortisman Giderlerini %60 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %19 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %51 oranında artırırsa, ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %64,20 oranında olacaktır.

Bu bölümler etkin olamamakla beraber, etkinliğe en yakın birimlerdir. Kurumun geliştireceği, bölümlere özel stratejilerle etkinliği sağlayabileceği düşünülmektedir.

Tablo 14: 2. Derecede Etkinliğe Yakın Birimler Tablosu

Bölüm	Faktörler	Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)	
Enfeksiyon 13	Girdiler	Personel	301.655	290.762	-3,61
		Amortisman	99.616	99.616	0,00
		Malzeme Giderleri	36.611	36.611	0,00
		Temizlik İşçiliği	84.074	27.273	-67,56
		Diğer Çeşitli Giderler	5.013	5.013	-0,01
		Toplam Girdi	526.969	459.275	-12,8
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	692.297	1.116.300	61,25
Çocuk Cerrahisi A.D. 14	Girdiler	Personel	638.429	638.429	0,00
		Amortisman	229.082	221.304	-3,40
		Malzeme Giderleri	-2.689	-2.689	0,00
		Temizlik İşçiliği	160.447	149.324	-6,93
		Diğer Çeşitli Giderler	14.972	14.972	0,00
		Toplam Girdi	1.040.241	1.021.340	-1,81
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	1.072.641	1.838.555	71,40
T. Kalp- Damar C. A.D 15	Girdiler	Personel	1.570.053	1.001.698	-36,20
		Amortisman	693.447	65.011	-90,62
		Malzeme Giderleri	121.115	121.115	0,00
		Temizlik İşçiliği	559.337	143.717	-74,31
		Diğer Çeşitli Giderler	79.417	43.870	-44,76
		Toplam Girdi	3.023.369	1.375.411	%54,50
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	3.230.604	5.539.865	71,48
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	207.235 %6,41	%75,17	%68,76	

Bölüm	Faktörler		Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)
Dermatoloji 16	Girdiler	Personel	350.776	245.120	-30,12
		Amortisman	40.975	40.975	0,00
		Malzeme Giderleri	33.270	33.270	0,00
		Temizlik İşçiliği	90.715	29.954	-66,98
		Diğer Çeşitli Giderler	6.713	6.713	0,00
		Toplam Girdi	522.449	356.032	-0,31
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	656.530	1.133.540	72,66
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	134.081 %20,42	%68,59	%48,17	
Nöroloji 17	Girdiler	Personel	981.971	478.888	-51,23
		Amortisman	82.036	82.036	0,00
		Malzeme Giderleri	89.386	89.386	0,00
		Temizlik İşçiliği	161.900	91.558	-43,45
		Diğer Çeşitli Giderler	21.267	21.267	0,00
		Toplam Girdi	1.336.560	763.135	-0,42
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	1.770.598	3.225.001	82,14
Kâr	Kâr Kârlılık Oranı	434.038 %24,51	%76,33	%51,82	
Endokrinoloji 18	Girdiler	Personel	217.573	153.938	-29,25
		Amortisman	4.807	4.807	0,00
		Malzeme Giderleri	177.159	177.159	0,00
		Temizlik İşçiliği	16.396	16.396	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	5.963	5.169	-13,31
		Toplam Girdi	421.898	357.469	-15,27
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	496910	915.956	84,33
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	75.012 %15,09	%37,17	%22,08	

Bölüm	Faktörler	Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)	
Dahiliye Servis 19	Girdiler	Personel	1.815.885	1063841	-41,41
		Amortisman	195.197	61742	-68,37
		Malzeme Giderleri	82.521	82521	0,00
		Temizlik İşçiliği	727.467	147742	-79,69
		Diğer Çeşitli Giderler	124.896	43448	-65,21
		Toplam Girdi	2.945.966	1.399.294	-52,5
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	2.695.241	5076846	88,36
Kâr Zarar	Zarar Zararlılık Oranı	-250.725 %-9,30	%72,43	%81,73	
Genel Cerrahi A.D. 20	Girdiler	Personel	1.300.950	957.147	-26,43
		Amortisman	484.095	67.355	-86,09
		Malzeme Giderleri	148.785	148.785	0,00
		Temizlik İşçiliği	538.035	140.832	-73,82
		Diğer Çeşitli Giderler	240.125	44.174	-81,60
		Toplam Girdi	2.711.990	1.358.293	-50
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	2.985.012	5.871.832	96,71
	Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	273.022 %9,14	%76,86	%67,72

13. Enfeksiyon Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında herhangi bir yılda etkin birim olamamıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise %23,88 oranındadır. Bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermekte fakat çok kuvvetli değildir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Enfeksiyon Bölümü Personel Giderlerini %4 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini ise %68 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %61 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır.

Temizlik işçiliği giderleri temizlik elemanı sayısına bağlı olarak değişebilir. Firmaya ödenen hak edişler yıllık ödenir ve o yıl ki toplam tutar üzerinden dalgalanmalar olabilir. Temizlik işçiliği giderlerinde değişiklik önerisi yapılmayan, kârlılığı ve etkinliği yüksek olan bölümlerde çalışan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi hizmet veren temizlik personeli ile yer değişikliği yapılabilir. Hastane genelinde yapılacak iş yükü analizi, bölümlerin temizlik personeli ihtiyacını belirleyerek, gerekli istihdamı sağlamaya yardımcı olabilir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı % 58,85 oranında olacaktır.

14. Çocuk Cerrahisi Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında 2002 ve 2003 yıllarında etkin birim olmuştur. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında, 2005 yılında kârlı olduğu kârlılık oranının ise %3 olduğu görülmüştür. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu fakat bu gücün oldukça az olduğunu göstermektedir. Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm, Amortisman Giderlerini yaklaşık %3 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %7 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %71 oranında artırırsa, ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %44,44 oranında olacaktır.

15. Toraks Kalp – Damar Cerrahisi Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında 2003 ve 2004 yıllarında etkin birim olarak görülmektedir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında, 2005 yılında kârlı olduğu kârlılık oranının %6,41 olduğu görülmüştür. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu fakat yeterli olmadığını göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Personel Giderlerini %36,20 oranında, Amortisman Giderlerini yaklaşık %91 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %74 oranında ve Diğer Çeşitli Giderler kalemini yaklaşık %45 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %71 oranında artırırsa, ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Temizlik işçiliği giderleri temizlik elemanı sayısına bağlı olarak değişebilir. Firmaya ödenen hak edişler yıllık ödenir ve o yıl ki toplam tutar üzerinden dalgalanmalar olabilir. Temizlik işçiliği giderlerinde değişiklik önerisi yapılmayan, kârlılığı ve etkinliği yüksek olan bölümlerde çalışan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi hizmet veren temizlik personeli ile yer değişikliği yapılabilir. Hastane genelinde yapılacak iş yükü analizi, bölümlerin temizlik personeli ihtiyacını belirleyerek, gerekli istihdamı sağlamaya yardımcı olabilir. Diğer Çeşitli Giderler kaleminde, bölümde yapılan paket hizmetler bu giderde değişikliklere neden olabilir. Cihazların bakımı ise periyodik yapıldığı için değişkenlik göstereceği düşünülmemektedir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %75,17 oranında olacaktır.

16. Dermatoloji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında herhangi bir yılda etkin birim olamamıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise yaklaşık %20,42 oranındadır. Bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir fakat bölüm nakit yaratma gücü bakımından kuvvetli değildir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Dermatoloji Bölümü Personel Giderlerini %30 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini ise %67 oranında

azaltırsa ve toplam gelirlerini yaklaşık %73 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır.

Temizlik işçiliği giderleri temizlik elemanı sayısına bağlı olarak değişebilir. Firmaya ödenen hak edişler yıllık ödenir ve o yıl ki toplam tutar üzerinden dalgalanmalar olabilir. Temizlik işçiliği giderlerinde değişiklik önerisi yapılmayan, kârlılığı ve etkinliği yüksek olan bölümlerde çalışan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi hizmet veren temizlik personeli ile yer değişikliği yapılabilir. Hastane genelinde yapılacak iş yükü analizi, bölümlerin temizlik personeli ihtiyacını belirleyerek, gerekli istihdamı sağlamaya yardımcı olabilir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %69 oranında olacaktır.

17. Nöroloji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında herhangi bir yılda etkin birim olamamıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise %24,51 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir fakat bölüm nakit yaratma gücü bakımından kuvvetli değildir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Nöroloji Bölümü Personel Giderlerini %51 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini ise %43 oranında azalışa gider ve toplam gelirlerini yaklaşık %82 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Personele ödenen primler bir sonraki dönem personel giderine eklendiği için, dönemsel olarak dalgalanmaya neden olabilir. Kâr edememiş bölümün çalışanlarına bir sonraki dönem prim ödenmeyeceği için personel giderlerinde düşüş gözlemek olasıdır. Maaşlar ve döner sermaye katkı payları sabit olduğu için değişken faktör primlerdir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %76,33 oranında olacaktır.

18. Endokrinoloji Bölümü de diğer üç bölüm gibi 2002 ve 2005 yılları arasında herhangi bir yılda etkin birim olamamıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölüm kârlı olarak tespit edilmiştir. Kârlılığı ise %15 oranındadır. Bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Endokrinoloji Bölümü Personel Giderlerini %29 oranında, Diğer Çeşitli Giderlerini ise %13 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %84 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Personele ödenen primler bir sonraki dönem personel giderine eklendiği için, dönemsel olarak dalgalanmaya neden olabilir. Kâr edememiş bölümün çalışanlarına bir sonraki dönem prim ödenmeyeceği için personel giderlerinde düşüş gözlemek olasıdır. Maaşlar ve döner sermaye katkı payları sabit olduğu için değişken faktör primlerdir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı % 37,17 oranında olacaktır.

19. Dahiliye Servis Bölümünün 2002 ve 2005 yılları arasında etkinlik durumuna bakıldığında, bu yıllar arasında etkin olmadığı görülmüştür. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölüm zarar etmiş durumdadır. Zararlılık oranı ise -%9,30 dur. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün çok zayıf olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Dahiliye Servis Bölümü Personel Giderlerini yaklaşık %42 oranında, Amortisman Giderlerini %68 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %80 oranında ve Diğer Çeşitli Giderler kalemini %65 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerinde %88 oranında artış sağlayabilirse, bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Bu koşullar sağlandığında, bölümün kârlılığı %72,43 oranında olacaktır. Temizlik işçiliği giderleri temizlik elemanı sayısına bağlı olarak değişebilir. Firmaya ödenen hak edişler yıllık ödenir ve o yıl ki toplam tutar üzerinden dalgalanmalar olabilir. Temizlik işçiliği giderlerinde değişiklik önerisi yapılmayan, kârlılığı ve etkinliği yüksek olan bölümlerde çalışan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi hizmet veren temizlik personeli ile yer değişikliği yapılabilir. Hastane genelinde yapılacak iş yükü analizi, bölümlerin temizlik personeli ihtiyacını belirleyerek, gerekli istihdamı sağlamaya yardımcı olabilir. Diğer Çeşitli Giderler kaleminde ise, bölümde yapılan paket hizmetler bu giderde değişikliklere neden olabilir. Cihazların bakımı ise periyodik yapıldığı için değişkenlik göstereceği düşünülmemektedir.

20. Genel Cerrahi Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında sadece 2002 yılında etkin birimler arasına girebilmiştir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise yaklaşık %9,14 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün az da olsa olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Personel Giderlerini %26 oranında, Amortisman Giderlerini %86 oranlarında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %74 oranında ve Diğer Çeşitli Giderler kalemini ise %82 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %97 oranında artırırsa, ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Ayrıca sonuçlardan da bölümün gelir yaratmada ve gider yönetiminde sorunu olduğu anlıyoruz. Temizlik işçiliği giderleri temizlik elemanı sayısına bağlı olarak değişebilir. Firmaya ödenen hak edişler yıllık ödenir ve o yıl ki toplam tutar üzerinden dalgalanmalar olabilir. Temizlik işçiliği giderlerinde değişiklik önerisi yapılmayan, kârlılığı ve etkinliği yüksek olan bölümlerde çalışan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi hizmet veren temizlik personeli ile yer değişikliği yapılabilir. Hastane genelinde yapılacak iş yükü analizi, bölümlerin temizlik personeli ihtiyacını belirleyerek, gerekli istihdamı sağlamaya yardımcı olabilir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %76,86 oranında olacaktır.

Bu bölümler ikinci derecede etkinliğe yakın birimlerdir. Kurumun orta vadeli finansal yönetim planlarında yer almalıdır.

Tablo 15: 3. Derecede Etkinliğe Yakın Birimler Tablosu

Bölüm	Faktörler		Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)
Büyük Acil A.D. 21	Girdiler	Personel	739.384	608.274	-17,73
		Amortisman	49.144	556.478	0,00
		Malzeme Giderleri	149.266	149.266	0,00
		Temizlik İşçiliği	520.458	99.047	-80,97
		Diğer Çeşitli Giderler	191.173	30.730	-83,93
		Toplam Girdi	1.649.425	1.443.795	-12,52
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	2.208.139	4.552.426	106,17
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	558.714 %25,30	%68,28	%42,98	
Çocuk Hematoloji 22	Girdiler	Personel	428.202	370.575	-13,46
		Amortisman	26.916	26.916	0,00
		Malzeme Giderleri	914.592	914.592	0,00
		Temizlik İşçiliği	54.625	48.483	-11,24
		Diğer Çeşitli Giderler	32.437	16.996	-47,60
		Toplam Girdi	1.456.772	1.377.562	-5,4
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	2.322.937	4.864.947	109,43
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	866.165 %37,28	%71,68	%34,4	
Çocuk Nefroloji 23	Girdiler	Personel	260.302	150.314	-42,25
		Amortisman	11.958	11.958	0,00
		Malzeme Giderleri	62.823	62.823	0,00
		Temizlik İşçiliği	16.912	16.912	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	7.155	7.155	0,00
		Toplam Girdi	359.150	249.162	-30,62
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	458.415	982.128	114,24
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	99.265 %21,65	%74,63	%52,98	

Bölüm	Faktörler		Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)
Çocuk Gastroenteroloji 24	Girdiler	Personel	157.430	151.091	-4,03
		Amortisman	14.645	14.645	0,00
		Malzeme Giderleri	8.872	8.872	0,01
		Temizlik İşçiliği	17.849	17.849	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	6.801	6.801	0,00
		Toplam Girdi	205.597	199.258	0,00
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	246.109	539.925	119,38
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	40.512 %16,46	%63,09	%46,63	
Nükleer Tıp 25	Girdiler	Personel	516.245	373.279	-27,69
		Amortisman	135.578	44.325	-67,31
		Malzeme Giderleri	103.023	103.023	0,00
		Temizlik İşçiliği	33.089	33.089	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	181.674	33.145	-81,76
		Toplam Girdi	969.609	586.861	-0,39
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	1.110.896	2.471.590	122,49
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	141.287 %12,71	%76,25	%63,54	
Çocuk Servisler 26	Girdiler	Personel	2.937.367	796.825	-72,87
		Amortisman	709.526	75.789	-89,32
		Malzeme Giderleri	248.355	248.355	0,00
		Temizlik İşçiliği	814.625	130.448	-83,99
		Diğer Çeşitli Giderler	65.380	45.265	-30,77
		Toplam Girdi	4.775.253	1.296.682	-72,84
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	3.101.047	7.066.398	127,87
Kâr Zarar	Zarar Zararlılık Oranı	-1.674.206 %-53,98	%81,65	%135,63	

Bölüm		Faktörler	Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)
Göz Hastalıkları A.D 27	Girdiler	Personel	468.986	468.986	0,00
		Amortisman	504.878	106.766	-78,85
		Malzeme Giderleri	65.424	65.424	0,00
		Temizlik İşçiliği	140.079	97.091	-30,69
		Diğer Çeşitli Giderler	237.214	46.419	-80,43
		Toplam Girdi	1.416.581	784.686	-44,60
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	1.418.324	3.290.711	132,01
	Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	1.743 %0,12	%76,15	%76,03
Erişkin Onkoloji 28	Girdiler	Personel	861.119	362.702	-57,88
		Amortisman	35.155	35.155	0,00
		Malzeme Giderleri	379.328	379.328	0,00
		Temizlik İşçiliği	124.278	57.210	-53,97
		Diğer Çeşitli Giderler	78.258	21.122	-73,01
		Toplam Girdi	1.478.138	855.517	-42,12
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	1.790.411	4.174.342	133,15
	Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	312.273 %17,44	%79,50	%62,06
F.T.R. 29	Girdiler	Personel	776.807	776.807	0,00
		Amortisman	301.281	287.515	-4,57
		Malzeme Giderleri	138.875	138.875	0,00
		Temizlik İşçiliği	394.065	280.762	-28,75
		Diğer Çeşitli Giderler	80.315	54.269	-32,43
		Toplam Girdi	1.691.343	1.538.228	-0,09
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	2.237.730	5.329.758	138,18
	Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	546.387 %24,41	%71,13	%46,72

Bölüm	Faktörler	Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)	
Hematoloji 30	Girdiler	Personel	308.599	308.599	0,00
		Amortisman	40.648	24.074	-40,77
		Malzeme Giderleri	1.212.789	1.212.789	0,00
		Temizlik İşçiliği	19.120	19.120	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	11.817	7.730	-34,59
		Toplam Girdi	1.592.973	1.572.312	-1,29
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	1.875.207	4.492.695	139,58
	Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	282.234 %15,05	%65	%49,95
Üroloji A.D. 31	Girdiler	Personel	738.333	414.552	-43,85
		Amortisman	282.658	220.426	-22,02
		Malzeme Giderleri	95.200	95.200	0,00
		Temizlik İşçiliği	222.281	222.281	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	204.382	51.151	-74,97
		Toplam Girdi	1.542.854	1.003.610	-34,95
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	1.875.564	4.503.251	140,10
	Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	332.710 %17,73	%77,71	%59,98
Çocuk Göğüs Hastalıkları 32	Girdiler	Personel	177.157	124.396	-29,78
		Amortisman	8.833	8.833	0,00
		Malzeme Giderleri	35.527	35.527	0,00
		Temizlik İşçiliği	17.569	17.569	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	6.073	6.073	0,01
		Toplam Girdi	245.159	192.398	-21
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	323.852	785.511	142,55
	Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	78.693 %24,29	%75,50	%51,21

Bölüm	Faktörler	Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)	
Çocuk İmmünoloji 33	Girdiler	Personel	168.486	168.486	0,00
		Amortisman	18.230	18.230	0,00
		Malzeme Giderleri	386.019	386.019	0,00
		Temizlik İşçiliği	23.652	23.652	0,00
		Diğer Çeşitli Giderler	6.104	6.104	0,00
		Toplam Girdi	602.491	602.491	0,00
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	735.312	1.911.547	159,96
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	132.821 %18,06	%68,48	%50,42	
Kadın Doğum A.D. 34	Girdiler	Personel	1.294.655	600.065	-53,65
		Amortisman	358.116	107.551	-69,97
		Malzeme Giderleri	1.050.785	1.050.786	0,00
		Temizlik İşçiliği	550.320	113.323	-79,41
		Diğer Çeşitli Giderler	55.167	55.167	0,00
		Toplam Girdi	3.309.043	1.926.892	-42
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	3.783.096	10.335.855	173,21
Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	474.053 %12,53	%81,35	%68,82	
Çocuk Patoloji 35	Girdiler	Personel	288.801	288.801	0,00
		Amortisman	31.225	31.225	0,00
		Malzeme Giderleri	161.392	161.392	0,00
		Temizlik İşçiliği	19.042	12.201	-35,93
		Diğer Çeşitli Giderler	3.768	3.768	-0,01
		Toplam Girdi	504.228	497.387	-1,35
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	452.064	1.243.490	175,07
Kâr Zarar	Zarar Zararlılık Oranı	-52.164 %-11,53	%60	%71,53	

21. Büyük Acil Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında 2003 yılında etkin birim olmuştur. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında, 2005 yılında kârlı olduğu kârlılık oranının ise yaklaşık %25,30 olduğu görülmüştür. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir. Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Personel Giderlerini yaklaşık %18 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %81, Diğer Çeşitli Giderlerini %84 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %106 oranında artırırsa, ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölümün gider azaltmada ve gelir yaratmada büyük sorunu olduğunu görmekteyiz. Temizlik işçiliği giderleri temizlik elemanı sayısına bağlı olarak değişebilir. Firmaya ödenen hak edişler yıllık ödenir ve o yıl ki toplam tutar üzerinden dalgalanmalar olabilir. Temizlik işçiliği giderlerinde değişiklik önerisi yapılmayan, kârlılığı ve etkinliği yüksek olan bölümlerde çalışan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi hizmet veren temizlik personeli ile yer değişikliği yapılabilir. Hastane genelinde yapılacak iş yükü analizi, bölümlerin temizlik personeli ihtiyacını belirleyerek, gerekli istihdamı sağlamaya yardımcı olabilir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %68,28 oranında olacaktır.

22. Çocuk Hematoloji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birimler arasına girememiştir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise %37,28 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Personel Giderlerini %13 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %11 oranında, Diğer Çeşitli Giderler kalemini yaklaşık %48 azaltmalı ve toplam gelirlerini yaklaşık %109 oranında artırmalıdır. Ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölümün büyük oranda gelir artışı sağlayacak stratejileri belirlemesi gerekmektedir. Diğer Çeşitli

Giderler kaleminde, bölümde yapılan paket hizmetler bu giderde değişikliklere neden olabilir. Cihazların bakımı ise periyodik yapıldığı için değişkenlik göstereceği düşünülmemektedir Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %71,68 oranında olacaktır.

23. Çocuk Nefroloji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birimler arasına girememiştir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise yaklaşık %21,65 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Personel Giderlerini %42 oranında, toplam gelirlerini yaklaşık %114 oranında artırmalıdır. Ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölümün büyük oranda gelir artışı sağlayacak stratejileri belirlemesi gerekmektedir. Personale ödenen primler bir sonraki dönem personel giderine eklendiği için, dönemsel olarak dalgalanmaya neden olabilir. Kâr edememiş bölümün çalışanlarına bir sonraki dönem prim ödenmeyeceği için personel giderlerinde düşüş gözlemek olasıdır. Maaşlar ve döner sermaye katkı payları sabit olduğu için değişken faktör primlerdir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %74,63 oranında olacaktır.

24. Çocuk Gastroenteroloji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birimler içerisinde yer alamamıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise yaklaşık %16,46 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermekte fakat bölüm nakit yaratma gücünün zayıf olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü Personel Giderlerini %4 oranında azalışa gider ve toplam gelirlerini yaklaşık %120 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölümün gelirlerini artıracak yeni

pazarlama stratejileri hazırlanması, hizmetlerde çeşitlendirmeye gidilmesi gibi yöntemler üzerinde çalışıp bölüme en uygun strateji ile gelirlerini artırmalıdır. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %63,09 oranında olacaktır.

25. Nükleer Tıp Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birim olamamıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise yaklaşık % 12,71 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermekte fakat bölüm nakit yaratma gücü bakımından zayıftır.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Nükleer Tıp Bölümü Personel Giderlerini %28 oranında, Amortisman Giderlerini ise %67 oranında, Diğer Çeşitli Giderler kaleminde %82 oranında azalışa gider ve toplam gelirlerini yaklaşık %122 oranında artırırorsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Diğer Çeşitli Giderler kaleminde, bölümde yapılan paket hizmetler bu giderde değişikliklere neden olabilir. Cihazların bakımı ise periyodik yapıldığı için değişkenlik göstereceği düşünülmemektedir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %76,25 oranında olacaktır.

26. Çocuk Servisler Bölümünün 2002 ve 2005 yılları arasında etkinlik durumuna bakıldığında, bu yıllar arasında etkin olmadığı görülmüştür. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölüm zarar etmiş durumdadır. Zararlılık oranı ise %-54 dür. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olmadığını göstermektedir. Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Çocuk Servisler Bölümü, Personel Giderlerini yaklaşık %73 oranında, Amortisman Giderlerini %89 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %84 oranında, Diğer Çeşitli Giderler kaleminde %31 oranında azalışa ve toplam gelirlerinde yaklaşık %128 oranında artış sağlayabilirse, bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Bölümün gelir yaratma da sorunu olduğu görülmektedir. Personele ödenen primler bir sonraki dönem personel giderine eklendiği için, dönemsel olarak dalgalanmaya neden olabilir. Kâr edememiş bölümün

alışanlarına bir sonraki dönem prim ödenmeyeceği için personel giderlerinde düşüş gözlemek olasıdır. Maaşlar ve döner sermaye katkı payları sabit olduğu için değişken faktör primlerdir. Temizlik işçiliği giderleri temizlik elemanı sayısına bağlı olarak değişebilir. Firmaya denen hak edişler yıllık ödenir ve o yıl ki toplam tutar üzerinden dalgalanmalar olabilir. Temizlik işçiliği giderlerinde değişiklik nerisi yapılmayan, kârlılığı ve etkinliği yüksek olan bölümlerde alışan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi hizmet veren temizlik personeli ile yer değişikliği yapılabilir. Hastane genelinde yapılacak iş yükü analizi, bölümlerin temizlik personeli ihtiyacını belirleyerek, gerekli istihdamı sağlamaya yardımcı olabilir. Diğer eşitli Giderler kaleminde, bölümde yapılan paket hizmetler bu giderde değişikliklere neden olabilir. Cihazların bakımı ise periyodik yapıldığı için değişkenlik göstereceği düşünülmemektedir. Bu koşullar sağlandığında, bölümün kârlılığı %81,65 oranında olacaktır.

27. Göz Hastalıkları Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birim olamamıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında, 2005 yılında kârlı olduğu fakat kârlılık oranının oldukça düşük olduğu görülmüştür. Bu oran %0,12'dir. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün zayıf olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Amortisman Giderlerini %89 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %31 oranında ve Diğer eşitli Giderler kalemini ise %80 oranında azaltırrsa ve toplam gelirlerini %132 oranında artırırssa, ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Ayrıca sonuçlardan da bölümün gelir yaratmada sorunu olduğu anlıyoruz. Diğer eşitli Giderler kaleminde, bölümde yapılan paket hizmetler bu giderde değişikliklere neden olabilir. Cihazların bakımı ise periyodik yapıldığı için değişkenlik göstereceği düşünülmemektedir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %76,15 oranında olacaktır.

28. Erişkin Onkoloji Bölümünün 2002 ve 2005 yılları arasında etkinlik durumuna bakıldığında 2004 yılında etkin olduğu görülmüştür. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölüm kârlı olarak tespit edilmiştir. Kârlılığı ise %17 oranındadır. Bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Erişkin Onkoloji Bölümü Personel Giderlerini yaklaşık %58 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %54 oranında ve Diğer Çeşitli Giderler kalemini %73 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerinde %133 oranında artış sağlayabilirse, bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Personele ödenen primler bir sonraki dönem personel giderine eklendiği için, dönemsel olarak dalgalanmaya neden olmaktadır. Kâr edememiş bölümün çalışanlarına bir sonraki dönem prim ödenmeyeceği için personel giderlerinde düşüş gözlemek olasıdır. Maaşlar ve döner sermaye katkı payları sabit olduğu için değişken faktör primlerdir. Bu koşullar sağlandığında, bölümün kârlılığı %79,50 oranında olacaktır.

29. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında sadece 2002 yılında etkin birimler arasında olduğu tablo999'dan görülmektedir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise %24,41 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir fakat bölüm nakit yaratma gücü bakımından kuvvetli değildir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Amortisman Giderlerini %5 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini ise %29 oranında ve Diğer Çeşitli Giderler kaleminde ise %32 oranında azalışa gider ve toplam gelirlerini yaklaşık %138 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %71,13 oranında olacaktır.

30. Hematoloji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında herhangi bir yılda etkin birim olamamıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri

karşılaştırıldığında bölüm kârlı olarak tespit edilmiştir. Kârlılığı ise %15 oranındadır. Bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Hematoloji Bölümü Amortisman Giderlerini %41 oranında, Diğer Çeşitli Giderlerini ise %35 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %140 oranında artırırsa bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Diğer Çeşitli Giderler kaleminde, bölümde yapılan paket hizmetler bu giderde değişikliklere neden olabilir. Cihazların bakımı ise periyodik yapıldığı için değişkenlik göstereceği düşünülmemektedir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı % 65 oranında olacaktır.

31. Üroloji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birim olamamıştır. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında, 2005 yılında kârlı olduğu kârlılık oranının ise %17,73 olduğu görülmüştür. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu fakat yeterli olmadığını göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Personel Giderlerini yaklaşık %44 oranında, Amortisman Giderlerini yaklaşık %22 oranında, Diğer Çeşitli Giderler kalemini %75 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %140 oranında artırırsa, ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölümün gelir yaratmada sorunu olduğunu görmekteyiz. Diğer Çeşitli Giderler kaleminde, bölümde yapılan paket hizmetler bu giderde değişikliklere neden olabilir. Cihazların bakımı ise periyodik yapıldığı için değişkenlik göstereceği düşünülmemektedir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %77,71 oranında olacaktır.

32. Çocuk Göğüs Hastalıkları Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birimler arasına girememiştir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise %24,29 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Personel Giderlerini %30 oranında azaltmalı ve toplam gelirlerini yaklaşık %143 oranında artırmalıdır. Ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölümün büyük oranda gelir artışı sağlayacak stratejileri belirlemesi gerekmektedir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %75,50 oranında olacaktır.

33. Çocuk İmmünoloji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında sadece 2003 yılında etkin birimler arasına girebilmiştir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise %18,06 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm giderlerinde değişiklik yapmadan gelirlerinde %160 oranında artış sağlarsa etkin birim olacaktır. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölümün büyük oranda gelir artışı sağlayacak stratejileri belirlemesi gerekmektedir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %68,48 oranında olacaktır.

34. Kadın Doğum Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında 2003 yılında etkin birim olmuştur. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında, 2005 yılında kârlı olduğu kârlılık oranının ise %12,53 olduğu görülmüştür. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olduğunu fakat yeterli olmadığını göstermektedir. Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Personel Giderlerini yaklaşık %54 oranında, Amortisman Giderlerini yaklaşık %70 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %80 oranında azaltırsa ve toplam gelirlerini %173 oranında artırırsa, ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Bölümün gider azaltmada ve gelir yaratmada sorunu olduğunu görmekteyiz. Temizlik işçiliği giderleri temizlik elemanı sayısına bağlı olarak değişebilir. Firmaya ödenen hak edişler yıllık ödenir ve o yıl ki toplam tutar üzerinden dalgalanmalar olabilir. Temizlik işçiliği giderlerinde değişiklik önerisi yapılmayan, kârlılığı ve

etkinliği yüksek olan bölümlerde çalışan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi hizmet veren temizlik personeli ile yer değişikliği yapılabilir. Hastane genelinde yapılacak iş yükü analizi, bölümlerin temizlik personeli ihtiyacını belirleyerek, gerekli istihdamı sağlamaya yardımcı olabilir. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %81,35 oranında olacaktır.

35. Çocuk Patoloji Bölümünün 2002 ve 2005 yılları arasında etkinlik durumuna bakıldığında, bu yıllar arasında etkin olmadığı görülmüştür. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölüm zarar etmiş durumdadır. Zararlılık oranı ise %-11,53 dür. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün olmadığını göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Çocuk Patoloji Bölümü, Temizlik İşçiliği Giderlerini %36 oranında ve toplam gelirlerinde yaklaşık %176 oranında artış sağlayabilirse, bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Bölümün gelir yaratma da sorunu olduğu görülmektedir. Temizlik işçiliği giderleri temizlik elemanı sayısına bağlı olarak değişebilir. Firmaya ödenen hak edişler yıllık ödenir ve o yıl ki toplam tutar üzerinden dalgalanmalar olabilir. Temizlik işçiliği giderlerinde değişiklik önerisi yapılmayan, kârlılığı ve etkinliği yüksek olan bölümlerde çalışan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi hizmet veren temizlik personeli ile yer değişikliği yapılabilir. Hastane genelinde yapılacak iş yükü analizi, bölümlerin temizlik personeli ihtiyacını belirleyerek, gerekli istihdamı sağlamaya yardımcı olabilir. Bu koşullar sağlandığında, bölümün kârlılığı %60 oranında olacaktır.

Tablo 16: 4. Derecede Etkinliğe Yakın Birimler Tablosu

Bölüm	Faktörler	Gerçekleşen	Hedef	Potansiyel İyileştirme (%)	
Çocuk Enfeksiyon 36	Girdiler	Personel	413.679	413.679	0,00
		Amortisman	220.759	44.541	-79,82
		Malzeme Giderleri	19.711	19.711	0,00
		Temizlik İşçiliği	106.412	69.647	-34,55
		Diğer Çeşitli Giderler	15.087	15.087	0,00
		Toplam Girdi	775.648	562.665	-27,45
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	377.667	1.872.965	395,93
	Kâr Zarar	Zarar Zararlılık Oranı	- 397.981 %-105,37	%69,95	%175,32
Patoloji A.D. 37	Girdiler	Personel	847.172	583.402	-31,14
		Amortisman	156.738	106.815	-31,85
		Malzeme Giderleri	750.986	750.986	0,00
		Temizlik İşçiliği	126.202	114.787	-9,04
		Diğer Çeşitli Giderler	54.967	54.967	0,00
		Toplam Girdi	1.936.065	1.610.957	-16,79
	Çıktılar	Bölüm Gelirleri	2.087.897	9.689.879	364,10
	Kâr Zarar	Kâr Kârlılık Oranı	151.832 %7,27	%83,37	%76,1

36. Çocuk Enfeksiyon Bölümünün 2002 ve 2005 yılları arasında etkinlik durumuna bakıldığında, bu yıllar arasında etkin olmadığı görülmüştür. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölüm zarar etmiş durumdadır. Zararlılık oranı ise %105,37 dir. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün oldukça zayıf olduğunu (olmadığını) göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, Çocuk Enfeksiyon Bölümü, Amortisman Giderlerini %80 oranında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %35 oranında azalışa ve toplam gelirlerinde yaklaşık %396 oranında artış sağlayabilirse, bölüm etkin bir bölüm haline gelecektir. Bölümün gelir yaratma da sorunu olduğu görülmektedir. Gelir yaratma stratejileri geliştirilmelidir. Bu koşullar sağlandığında, bölümün kârlılığı %70 oranında olacaktır.

37. Patoloji Bölümü 2002 ve 2005 yılları arasında etkin birimler arasına girememiştir. Bölümün 2005 yılı gelir ve giderleri karşılaştırıldığında bölümün 2005 yılında kârlı olduğu görülmüştür. Kârlılığı ise yaklaşık %7,27 oranındadır. Bu oran bölümün nakit yaratma gücünün az da olsa olduğunu göstermektedir.

Etkinlik Analizi sonuçlarına göre, bölüm Personel ve Amortisman Giderlerini %31–32 oranlarında, Temizlik İşçiliği Giderlerini %9 oranında toplam gelirlerini %364 oranında artırmalıdır. Ancak bölüm bu şekilde etkin bir bölüm haline gelecektir. Böylelikle hem etkin hem de kârlı bir bölüm olacaktır. Ayrıca sonuçlardan da bölümün gelir yaratmada çok büyük sorunu olduğu anlıyoruz. Bölüm; söz konusu iyileştirmeleri yapıp, etkin hale gelirse, kârlılığı %83,37 oranında olacaktır.

Üçüncü derece ve dördüncü derecede yer alan birimler kurumun orta-uzun vadeli finansal faaliyet planlarına alınmalı, gelir yaratıcı çözümlere gidilmelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde rekabet koşulları, sağlık sektöründe yönetim stratejilerini şekillendirmektedir. Strateji belirlerken ve uygularken rekabet faktörünü göz ardı eden sağlık yöneticileri ve sağlık kuruluşlarının, finansal kayıp ve belki de başarısızlık riski ile yüz yüze gelmeleri söz konusudur. Bunun yanında hastane endüstrisindeki değişimler genelde küçük hastanelerin finansal performansını azaltıcı etkiler yaratmaktadır. Sadece küçük hastaneler değil finansal problemi olan tüm hastanelerin bu durumu performansa dayalı yönetim stratejileri ile aşmaları söz konusudur.

Bu çalışmada temel amaç üniversite hastanesinin finansal performansını etkinlik analizi ile ölçmek, kârlılık ve etkinlik arasında ilişki olup olmadığını belirlemektir. Hizmet birimlerinin girdi ve çıktı düzeylerini incelemek, performansı kötü olan birimlerin performansını artırmak için irdi ve çıktı düzeylerini ne ölçüde azaltılma ya da artırması gerektiğini belirlemek ve kârlılık ile etkinlik arasındaki anlamı tespit edip, önerilerde bulunmaktır. Araştırmada son yıllarda oldukça fazla kullanılan ve diğer performans ölçüm tekniklerinin sınırlılıklarını yok eden Veri Zarflama Analizi yöntemi kullanılmıştır. Tezin amacına ulaşmak üzere Üniversite Hastanesinde yürütülen araştırmada, birimlerin 2002, 2003, 2004 ve 2005 yılları verileri kullanılmış ve araştırmada kullanılan yöntem gereği olarak her yıl 55 hizmet birimi araştırmaya dahil edilmiştir.

Maliyet merkezlerine ait 5 girdi (gider) ve 1 çıktı (gelir) kullanılarak çıktı maksimizasyonu modeli kurulmuştur. Modelde kullanılan girdiler, döner sermaye işletme gelirlerinden karşılanan;

- Personel giderleri,
- Toplam amortisman giderleri,
- Malzeme giderleri,

- Temizlik işçiliği giderleri,
- Diğer çeşitli giderler

Çıktılar ise; bölümün döner sermaye işletme gelirlerinden elde ettiği kaynaklar toplamıdır.

Çalışmada elde edilen sonuçlar genel olarak aşağıda sıralanmıştır.

- Araştırma kapsamındaki hastanenin, sağlık hizmeti sunan birimlerden 3 birimin, incelenen 2002, 2003, 2004 ve 2005 yılları verilerine göre, tüm yıllarda hem etkin hem de kârlı olduğu saptanmıştır.
- İncelenen 55 birimden 23 birimin hiçbir dönemde etkin ve kârlı olmadığı saptanmıştır.
- 12 birimin etkinlik kat sayılarının 1'e çok yakın olduğu tespit edilmiştir. Bu bölümlerin etkinliğe ulaşması diğer birimlere göre kolaydır.
- 8 birimin etkinlik kat sayısının 1,5 – 2,0 arasında olduğu ve etkinlik düzeyinden uzaklaştıkları saptanmıştır.
- 17 birimin etkinlik kat sayıları 2,0 – 5,0 arasındadır ve bu bölümler, hastane için ivedilikle performans geliştirme planları yapılacak birimlerdir.
- Analiz sonucunda 2005 yılında tüm birimlerin Malzeme Giderlerini etkin kullandığı saptanmıştır.

Hastanenin mali performansını artırması için, öncelikle gelir artırıcı yöntemleri geliştirmelidir. Öncelikle birimlerin stratejik faaliyet planlamalarını hazırlamalı, ileriye yönelik hedeflerini belirlemelidir. Diğer yandan birimlerin maliyet yönetim sistemleri ile maliyetlerini düşürmeleri ve böylece finansal

performansa yaklaşımları, maliyetleri düşürmede ortalama kalış günü, işgücü yoğunluğu ve sermaye maliyetinin ölçülmesinin etkili olacağı önerilmektedir.

Hastanenin hemen hemen bütün bölümlerinde personel giderleri ya da temizlik işçiliği giderleri önemli paya sahiptir. Ortalama yatış süresi düştüğü zaman işgücü verimliliği sağlanır ve maliyetleri düşürmesinden dolayı finansal performansın artması söz konusu olabilir.

Hastanenin ürün çeşitlendirme sistemini seçmesi önerilerden bir diğeridir. Çeşitlendirme stratejisi ancak hastanelerin yüksek pazar payına sahip olduğu dönemlerde başarılı olabilir ve vaka çeşitliliği arttıkça finansal performans artabilir.

Hastane iştiraklerden ve yatırımlardan elde edilen gelirler gibi normal faaliyetleri dışında da gelir sağlamalıdır. Hastanede faaliyet dışı gelirlerin artması için yatırımların miktarının, iştiraklerin ve yatırılan fonların getirisinin artması gerekmektedir. Bunun yanı sıra kanunlar çerçevesinde nakit fazlasının değerlendirilmesi için kısa vadeli fonlara yatırım yapmak, borsadan hisse senedi alıp satmak gibi işlemlere başvurmak suretiyle faaliyet dışı kârlılık artırıcı yöntemler kullanabilir.

Hastane yatırım politikalarını, yeni sermaye harcamalarını ve yatırım kararlarını iyi değerlendirmek durumundadır. Ayrıca hastanenin hizmet verdiği sosyal güvence kuruluşları, sigorta kuruluşları, resmi kuruluşlar, özel kuruluşlar ve doğrudan sağlık hizmeti alan müşteri ile gelirlerine ve kârlılığa olumsuz etkide bulunacak sözleşmeler, etik değerler ön planda olmak şartı ile, yapılmaması gerekmektedir. Hasta seçiminin yanlış yapılması ya da yapılan sözleşmelerin gerekli maliyet analizleri yapılmadan ve risk faktörleri hesaplanmadan yapılması hastanenin nakit akışlarında aksamalara, maliyetin altında fiyat uygulama gibi sorunlara neden olmakta ve finansal performansı olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Hastane, Bütçe Uygulama Talimatı kapsamında hizmetlerini faturalandırdığı için fiyatlama stratejisi konusunda kısıtları vardır. Tahsilat hızını artırması, gelir hızını etkileyecek ve hastaneye kısa sürede nakit akışı sağlanacaktır.

Karar birimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde en çok kullanılan yöntemlerden biri veri zarflama analizidir. VZA, çok girdi ve çok çıktıyı işleyecek yetenektedir ve doğrusal form dışında, girdi ve çıktıları ilişkilendiren bir fonksiyonel forma ihtiyaç duymaz. VZA ile etkinlikleri hesaplanan karar birimleri göreceli olarak tam etkinliğe sahip olanlarla kıyaslanır. Bu olumlu özellikleri nedeniyle VZA yardımıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları incelenen hastanenin çeşitli değişkenler kullanılarak göreceli etkinliğinin belirlenmesini mümkün kılmıştır⁽¹⁾.

VZA'nın sonuçları yönetsel açıdan son derece önemli bilgiler içerir. VZA analizi incelenen setteki her karar biriminin diğerlerine göre etkinliğini verir. Böylece, etkinliği düşük olan karar birimleri belirlenir ve bunların etkinliklerinin ne ölçüde artabileceğine ilişkin veriler elde edilir. Eğer bir karar birimi etkin değilse, VZA analizi bu birimin etkinliğini artırabilmek için gerekli olan stratejileri etkin karar birimlerine referans vererek önerir. Hesaplanan referans değerleri kullanılarak tüm birimlerin etkin olabilme özelliğini sağlayabilmeleri mümkündür. Bunun için hedefleri çalışmada belirlenen potansiyel iyileştirme düzenlemeleri oluşturulmuştur⁽²⁾.

Sağlık kurumları yöneticilerinin, hastanenin tüm birimlerini aynı veri seti ile değerlendirmek yerine sadece ilgili birimler arasında analiz yapması her birimin etkinliğinin tam olarak ölçülmesine olanak sağlar. Örneğin Dahili birimlerin kendi içinde tasnifinin yapılarak etkinliğinin karşılaştırılması ya da cerrahi birimlerin kendi içlerinde kârlılık ve etkinliklerinin karşılaştırılması önerilmektedir.

⁽¹⁾ Murat ATAN, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL: a.g.m., s 9.

⁽²⁾ Murat ATAN, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL: a.g.m., s 9.

Bu analiz metodu ile çalışma yapacaklara, sağlık kuruluşlarında kullanılan teknik performans göstergelerinin girdi olarak eklenerek kullanımı önerilmektedir.

Bu çalışma geliştirilerek geçmiş dönemler göz önünde bulundurularak bugünün koşullarında etkinliği saptanan birimlerin daha önceki yıllar için de etkin olup olmadığı ve gelecek yıllarda etkinliklerini korumaları için neler yapmaları gerektiği araştırılabilir.

Sonuç olarak, kurumun iş gücü analizlerini, dönemsel malzeme ve cihaz ihtiyaç planlamalarını yapmalı ve hizmet üretim maliyetlerini hesaplamalıdır. Üniversite Hastanesi olmasından dolayı eğitim faaliyetlerini destekleyici projeler geliştirmeli ve bu yolla likiditesini artırabilir.

KAYNAKÇA

AHA.

1968, "Cost Finding and Rate Setting For Hospital", Illinois, Financial Management Series.

AKAL, Zuhâl.

İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi Çok Yönlü Performans Göstergeleri, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları

AKAR, Çetin.

"Devlet Hastaneleri Muhasebe Sistemi." Sağlık Yönetimi, Yıl 1, Sayı 1, Ocak, 1987.

AKAR, Çetin.

"Hastanelerin Finansal Yönetiminde Sağlık İdarecilerinin Rolü." Sağlık Yönetimi, Yıl 3, Sayı 7, Mart, 1989.

ALAGÖZ, Ahmet.

Kamu Döner Sermaye İşletmeleri, Ankara: DSİ Matbaası, 1982.

ALPUGAN, Oktay.

"Hastanelerde Verimlilik Sorunu" 1. Verimlilik Kongresi Bildirileri, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No 454, 1991.

ASPLUND, John.

1997, "Hitting the Boks." AHA News, 33, No 47.

ATAN, Murat, Gaye KARPAT ve Aykut GÖKSEL.

2002, "Ankara'daki Anadolu Liselerin Toplam Etkinliğinin Veri Zarflama Analizi İle Saptanması ", XI. Eğitim Bilimleri Kongresi, Ekim, Kıbrıs.

Avrupa Birliği Amsterdam Belgesi

www.pydb.saglik.gov.tr

BARLAS, Merve.

“Sağlık İşletmelerinde Maliyetlerin Hesaplanması ve Verimlilik Açısından Değerlendirilmesi (Bir Uygulama Örneği).” (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi, 1994.

BAş, Melih. ve Ayhan ARTAR.

İşletmelerde Verimlilik Denetimi, Ölçme ve Değerleme Modelleri. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Yayın No 435, 1990.

BESEN, Buket.

”Performans Yönetim Sistemi ve Veri Zarflama Analizi’nin Sağlık Sektöründe Uygulanması.” (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi, 1994.

CLEVERLY, William O.

1985, “Predicting Hospital Failure With Financial Flexibility Index.” Healthcare Financial Management, 22, No 4, Mayıs.

CLEVERLY, William O.

1990, “Improving Financial Performance: A Study of 50 Hospitals.” Hospital & Health Services Administration, 35, No 2.

CLEVERLY, William O.

1992, “Financial and Operating Performance Of Systems: Voluntary Versus Investor-Owned.” Topics in Health Care Financing, Vol: 18, No 4.

CLEVERLY, William O.

1993, “More Efficient Hospitals Are Closing.” Healthcare Financial Management, 47 (XLVII), No 4, Nisan.

ERSOY, Korkut, Şahin KAVUNCUBAŞI.

1996, “Örgütsel Yapı ve Başarı: SSK Hastanelerinin Yapısal Analizi”, Proje Raporu, Temmuz, Ankara.

GÜVEMLİ, Oktay.

1979, “Mali Tablolar Tahlili”, İstanbul.

Kamu Mali Yönetimi Ve Kontrol Kanunu, Kanun No. 5018 Kabul Tarihi: 10.12.2003 Resmi Gazete Tarihi 24.12.2003 Resmi Gazete Numarası 25326

KUBALI, Derya. “Performans Denetimi”, Amme İdaresi Dergisi 32/11999 Mart.

Özel Hastaneler Yönetmeliği Resmi Gazete Tarihi: 27.3.2002; Sayı:24708.

ÖZGÜLBAŞ, Nermin.

2001, “Hastanelerde Teknik ve Finansal Performans İlişkisi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Mayıs.

ÖZGÜLBAŞ, Nermin ve Aysun BAYRAM.

2002, “Hastanelerin Finansal Başarısızlığında Çalışma Sermayesi Yönetiminin Rolünün Tespiti: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Bir Uygulama”, 5.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, Eskişehir.

Sağlık 2004.

2004, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara

Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1998, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No 619, 1999

Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi Ve Tıbbi Cihaz Yönetimi, T.C. Sayıştay Başkanlığı Performans Denetim Raporu 2005.

KAYA, Osman. “Kamu Mali Yönetiminde Sorumluluk ve Sorumluluk Halleri”, Mali Hukuk Dergisi, Sayı 121, 2006 Şubat.

TOKAT, Mehmet ve Hülya KISAER. “Hastanelerde Maliyet Etkinlik ve Performans Analizi”, MPM Yayınları 1991No: 455, Ankara.

www.bumko.gov.tr

www.dyp.org.tr

www.sp.gov.tr

www.ydk.gov.tr

EK: 1 Nefroloji İçin Çıktıya Yönelik VZA Modeli

Örnek olması açısından ilk karar birimi olan Nefroloji için çıktıya yönelik VZA modeli şu şekildedir.

- **Amaç Fonksiyonu**

$$F_k = \text{Max KB} + 0,000001S_1 + 0,000001S_2 + 0,000001S_3 + 0,000001S_4 + 0,000001S_5$$

- **Kısıtlar**

$$\begin{aligned} &S_1 + 404248A_1 + 299310A_2 + 308599A_3 + 217573A_4 + 204284A_5 + 153230A_6 \\ &+ 861119A_7 + 1815885A_8 + 301655A_9 + 1048643A_{10} + 299319A_{11} + 350776A_{12} \\ &+ 776807A_{13} + 981971A_{14} + 623910A_{15} + 737471A_{16} + 516245A_{17} \\ &+ 314800A_{18} + 74303A_{19} + 224313A_{20} + 278513A_{21} + 157430A_{22} + 337694A_{23} \\ &+ 177157A_{24} + 428202A_{25} + 168486A_{26} + 324707A_{27} + 333785A_{28} \\ &+ 260302A_{29} + 196446A_{30} + 411602A_{31} + 288801A_{32} + 155050A_{33} + 2937367A_{34} \\ &+ 462266A_{35} + 413679A_{36} + 548632A_{37} + 1189128A_{38} + 2452396A_{39} \\ &+ 359774A_{40} + 1347835A_{41} + 847172A_{42} + 1300950A_{43} + 468986A_{44} \\ &+ 995798A_{45} + 1570053A_{46} + 1220019A_{47} + 954075A_{48} + 425019A_{49} \\ &+ 738333A_{50} + 1294655A_{51} + 739384A_{52} + 638429A_{53} + 40713A_{54} \\ &+ 83851A_{55} = 404248 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} &S_2 + 84104A_1 + 26865A_2 + 40648A_3 + 4807A_4 + 3243A_5 + 3993A_6 + 35155A_7 \\ &+ 195197A_8 + 99616A_9 + 243935A_{10} + 112357A_{11} + 40975A_{12} + 301281A_{13} \\ &+ 82036A_{14} + 254698A_{15} + 74547A_{16} + 135578A_{17} + 15639A_{18} + 1025A_{19} \\ &+ 1143A_{20} + 44032A_{21} + 14645A_{22} + 85717A_{23} + 8833A_{24} + 26916A_{25} \\ &+ 18230A_{26} + 40656A_{27} + 38947A_{28} + 11958A_{29} + 8673A_{30} + 4774A_{31} \\ &+ 31225A_{32} + 339A_{33} + 709526A_{34} + 222796A_{35} + 220759A_{36} + 88844A_{37} \\ &+ 14602A_{38} + 2130286A_{39} + 23261A_{40} + 46803A_{41} + 156738A_{42} + 484095A_{43} \\ &+ 504878A_{44} + 421742A_{45} + 693447A_{46} + 616775A_{47} + 617007A_{48} \\ &+ 280505A_{49} + 282658A_{50} + 358116A_{51} + 49144A_{52} + 229082A_{53} + 11457A_{54} \\ &+ 287A_{55} = 84104 \end{aligned}$$

S3+85575A1+20548A2+1212789A3+177159A4+47398A5+17878A6+
 379328A7+82521A8+36611A9+22521A10+40363A11+33270A12+13
 8875A13+89386A14+9863A15+240765A16+103023A17+14729A18+
 7841A19+59727A20+218478A21+8872A22+365209A23+35527A24+
 914592A25+386019A26+(-60498A27)+ 62361A28+62823A29+(-
 14882A30) +26778A31+ 161392A32+ 1197A33+ 248355A34+ (-
 3766A35) + 19711A36 + 402498A37 + 13655492A38 + 1652284A39
 + 243971A40 + (-93857A41) + 750986A42 + 148785A43 + 65424A44
 + 46531A45 + 121115A46 + (-94692A47) + 9341A48 + 18193A49 +
 95200A50 + 1050785A51 + 149266A52 + (-2689A53) + 55910A54 +
 973A55

S4+95313A1+20525A2+19120A3+16396A4+17730A5+25206A6+124
 278A7+727467A8+84074A9+162960A10+15567A11+90715A12+394
 065A13+161900A14+99857A15+60184A16+33089A17+16388A18+1
 5531A19+20971A20+20644A21+17849A22+17271A23+17569A24+5
 4625A25+23652A26+19702A27+16100A28+16912A29+33368A30+2
 4247A31+19042A32+31567A33+814625A34+101456A35+106412A3
 6+114372A37+36437A38+360407A39+8247A40+166136A41+12620
 2A42+538035A43+140079A44+181485A45+559337A46+577481A47
 +338975A48+146133A49+222281A50+550320A51+520458A52+160
 447A53+4230A54+7586A55=95313

$$\begin{aligned}
 & \mathbf{S5} + 36891A1 + 57863A2 + 11817A3 + 5963A4 + 2385A5 + 8656A6 + 78258A \\
 & 7 + 124896A8 + 5013A9 + 1231469A10 + 3487A11 + 6713A12 + 80315A13 + \\
 & 21267A14 + 9417A15 + 1360825A16 + 181674A17 + 3578A18 + 1687A19 + \\
 & 4850A20 + 4615A21 + 6801A22 + 132560A23 + 6073A24 + 32437A25 + 610 \\
 & 4A26 + 43171A27 + 43954A28 + 7155A29 + 5766A30 + 4770A31 + 3768A32 \\
 & + 2385A33 + 65380A34 + 20706A35 + 15087A36 + 46954A37 + 7236A38 + 9 \\
 & 74503A39 + 3885A40 + 41515A41 + 54967A42 + 240125A43 + 237214A44 \\
 & + 24963A45 + 79417A46 + 67167A47 + 25483A48 + 6239A49 + 204382A50 \\
 & + 55167A51 + 191173A52 + 14972A53 + 2385A54 + 2385A55 = 36891
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & -\mathbf{S6} + (-2554225A1) + (-1253156A2) + (-1875207A3) + (-496910A4) + \\
 & (-429478A5) + (-336623A6) + (-1790411A7) + (-2695241A8) + (- \\
 & 692297A9) + (-3722188A10) + (-995049A11) + (-656530A12) + (- \\
 & 2237730A13) + (1770598A14) + (-1068783A15) + (-4481438A16) + (- \\
 & 1110896A17) + (-374860A18) + (-102087A19) + (-368128A20) + (- \\
 & 1456595A21) + (-246109A22) + (-1695179A23) + (-323852A24) + (- \\
 & 232293725A25) + (-735312A26) + (-868691A27) + (-1049200A28) + (- \\
 & 458415A29) + (-629866A30) + (-548646A31) + (-452064A32) + (- \\
 & 143014A33) + (-3101047A34) + (-1179384A35) + (-377667A36) + (- \\
 & 8915684A37) + (-37326180A38) + (-14385573A39) + (-1604618A40) + (- \\
 & 2960798A41) + (-2087897A42) + (-2985012A43) + (-1418324A44) + (- \\
 & 2110234A45) + (-3230604A46) + (-2827626A47) + (-2139054A48) + (- \\
 & 1371967A49) + (-1875564A50) + (-3783096A51) + (-2208139A52) + (- \\
 & 1072641A53) + (-227756A54) + (-20329A55) = 0
 \end{aligned}$$

- **Pozitif Kısıtlama**

$$S1, S2, S3, S4, S5 \geq 0$$

$$\begin{aligned}
 & A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, \\
 & A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A30, \\
 & A31, A32, A33, A34, A35, A36, A37, A38, A39, A40, A41, A42, A43, A44, \\
 & A45, A46, A47, A48, A49, A50, A51, A52, A53, A54, A55 \geq 0
 \end{aligned}$$

ÖZET

Performans genel olarak kişinin ya da kurumun, hedeflediği amaçlarını faaliyetleri sonucu elde ettiği çıktı olarak tanımlanabilir. Performans işin miktar ve niteliğini anlatan göstergedir.

Mevcut kısıtlı kaynakların önemli bölümünün tüketildiği sağlık merkezlerinin temel amacı sağlık hizmetlerini en yüksek kalitede, en doğru sonuçlarla, hasta güvenliği prensiplerine uyarak ve en düşük maliyette sunabilmektir. Sağlık merkezleri kaliteli ve maliyet etkin sağlık hizmeti sağlayabilmek için kârlılıklarını ve finansal performanslarını korumak ve sürdürmek durumundadır.

Bu tez çalışmasında temel amaç tüm yurttaki 2004 yılı verileri ile poliklinik ve klinik hasta bakımında 11.607.010 hastanın teşhis ve tedavisini üstlenen Üniversite Hastanelerinin hizmet departmanlarını finansal performansını ölçmek, kârlılık oranı ve etkinlik sonuçları arasında ilişki olup olmadığını belirlemektir. Bu amaçla seçilen bir Üniversite Hastanesinin sağlık hizmeti sunan birimlerinin mali verileri incelenmiştir. Çalışmada kaynakların dengeli ve etkili kullanımı bakımından önemli olan performans ölçümleri yanında performansı iyi ve kötü olan birimlerin girdi ve çıktı düzeylerini incelemek, performansı kötü olan birimlerdeki performans düzeyini artırmak için girdi ve çıktı düzeylerini ne miktarda azaltılmalı ya da artırması gerektiğini belirlemek amaçlanmaktadır.

Bu amaçlara ulaşmak için seçilen Üniversite Hastanesinin 2002, 2003, 2004 ve 2005 yılları maliyet muhasebesi verileri kullanılmış ve 55 hizmet birimi araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın verileri analiz edilirken, son yıllarda özellikle sağlık sektörünün finansal performans ölçümünde kullanılan Veri Zarflama Analizi (Data Envelopment Analysis) kullanılmıştır. Birimlerin toplam gelir ve giderleri istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Kullanılan veriler seçilen hastanenin maliyet muhasebesi biriminden elde edilmiştir.

Araştırma sonucunda araştırma kapsamındaki birimlerin incelenen tüm yıllarda 23 birimin hiçbir yılda etkin olamadığı, 5 birimin sadece 2002 yılında etkin ve aynı zamanda kârlı olduğu, 3 birimin sadece 2003 yılında etkin olduğu ve bu birimlerle beraber toplam 4 birimin etkin olduğu, 1 birimin sadece 2004 yılında hem etkin hem kârlı olduğu, 3 birimin sadece 2005 yılında hem etkin hem de kârlı olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmanın en önemli sonucu da, çalışma kapsamındaki birimlerin kârlılık ve etkinlik durumları incelendiğinde, aralarında bir ilişki olmadığı görülmüştür. Diğer bir deyişle, incelenen yıl içinde birimin kârlı olması aynı yıl içinde etkinliğe de ulaşacağı anlamını taşımamaktadır.

ABSTRACT

Performance can be defined as the output, that an individual person or a corporation gains its aims which are planned, as a result of its activities. Performance is the indicator that shows the quantity and quality of the work.

The main aim of the health centers, in which most of the existing limited resources are exhausted, is to perform health services with the highest quality, least cost, with the most appropriate results, and in accordance with the patient security principles. Health centers have to preserve and sustain their financial performance and profitability in order to provide cost-effective and quality health service.

The main aim of this thesis study is to measure the financial performance of service departments of the University Hospitals in the whole country, by which 11.607.010 patient cures were committed according to 2004 datas, and to determine whether there are any relations between profitability rates and efficiency results, or not. For this purpose financial datas of health services units of a selected University Hospital were analyzed.

In this study, in addition to performance measurements that are significant for the balanced and efficient use of resources, it is aimed to analyze input and output levels of the units which are good or bad at performance, and to determine which amount of raise or reduction is needed on input and output levels in order to raise performance levels of the units with bad Performance.

2002, 2003, 2004 and 2005 years cost accounting datas of the selected University Hospital were used and 55 service units were included to the study. In analyzing the data, Data Envelopment Analysis, which were especially used in last years in financial performance measurement of health

sector, were used in this study. The total inputs and outputs of the units were evaluated by statistical methods. The datas used were taken from the cost accounting unit of the selected hospital.

At the end of the research it is seen that, 23 of the units had never been effective through all the years that were analyzed, 5 units had been both effective and profitable only in the year 2002, 3 units had only been effective in 2003 and together with these units 4 units had been effective in sum, 1 unit had been both effective and profitable only in 2004 and 3 units had been both effective and profitable only in 2005.

The most significant consequence of this study is that, when the profitability and effectivity levels of the units were analyzed, it was seen that there were not any relations between the two. In other words, the profitability of a unit in the analyzed year does not mean that the unit will reach the effectivity in the same year.

