# DENGELİ ÖLÇÜM KARTI MODELİNİN HASTANELERDE UYGULANABİLİRLİĞİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA: ISPARTA İL MERKEZİ HASTANELERİ ÖRNEĞİ

**Necla YILMAZ[[1]](#footnote-1)**

**Ramazan ERDEM[[2]](#footnote-2)**

***ÖZET***

*Dengeli Ölçüm Kartı, işletmelerin performans değerlendirme aracı olarak kullandıkları modellerden birisidir. Sağlık sektörüne de uyarlanabilen Dengeli Ölçüm Kartı, bir kurumun performansını çeşitli göstergeler aracılığıyla değerlendirmektedir. Bu çalışmada hastanelerde Dengeli Ölçüm Kartı’ndaki göstergelere verilen önem düzeyi ile her bir göstergenin hastanedeki ölçüm sıklığı araştırılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Coşkun (2005) ve Bekmezci (2008) tarafından hazırlanan anket temel alınmıştır. Bunun yanı sıra Kırgın (2011), Chang ve arkadaşları (2008), Chen ve arkadaşları (2006)’nın çalışmalarında kullandıkları performans göstergelerinden de yararlanılarak oluşturulan “Stratejik Performans Yönetim Sistemi Altyapı Uygunluğu Anket Formu” kullanılmıştır. Ankette Dengeli Ölçüm Kartı modeli finansal boyut, içsel süreçler boyutu, müşteri (hasta ve personel) boyutu ve öğrenme ve gelişme boyutu olmak üzere dört boyuttan oluşmakta ve boyutlar içerisinde 41 performans ölçütü bulunmaktadır. Araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde faaliyet gösteren 7 hastanenin üst düzey yöneticileri ve kalite birimi sorumluları oluşturmaktadır. Tüm evrene ulaşılmaya çalışıldığından araştırma için örneklem seçilmemiş, izin alınamayan bir hastane dışında 6 hastaneden toplam 68 yöneticiye ulaşılmıştır. Araştırmada Dengeli Ölçüm Kartı modeli içerisinde yer alan 41 göstergeden 4’ü hariç tüm ölçütlerin önemlilik düzeyi, ölçüm sıklıklarından anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (p<0,05). Buradan hareketle Dengeli Ölçüm Kartı modeli içerisinde yer alan ölçütlerin önem verildiği kadar hastanelerde ölçülmediği sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak, Dengeli Ölçüm Kartı’nı kullanmasalar bile, model içerisinde yer alan performans ölçütlerinin hastane yöneticileri tarafından önemsendiği ve hastanelerde belli derecelerde ölçümlendiği, bu nedenle de stratejik bir yaklaşım olarak kurumsal performans değerlendirmesinde modelin kullanılabileceği söylenebilir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Dengeli Ölçüm Kartı, Kurumsal Performans, Stratejik Performans Yönetimi, Hastaneler.*

**A RESEARCH ON APPLICABILITY OF THE BALANCED SCORECARD MODEL IN HOSPITALS: EXAMPLE OF HOSPITALS IN ISPARTA PROVINCE**

***ABSTRACT***

*Balanced Scorecard is one of the models which are used by organizations as a tool of performance evaluation. Balanced Scorecard, which can also be adapted to the health sector, evaluates the performance of an organization by the help of various indicators. In this study, the importance level given to Balanced Scorecard indicators and the measurement frequency of each indicator by the hospital were examined. The questionnaire that was formed by Coşkun (2005) and Bekmezci (2008) was taken as a basis. Also the performance indicators that were used in the studies of Kırgın (2011), Chang et al. (2008) and Chen et al. (2006) were used to form the Strategic Performance Management System Infrastructure Eligibility Questionnaire and this questionnaire was used in this study. In this questionnaire, Balanced Scorecard model consists of 4 perspectives which are financial perspective, internal process perspective, customer (patient and staff) perspective, and learning and development perspective. There are 41 performance measures within these perspectives. Population of the research consists of the senior managers and staff who are responsible for the quality unit in 7 hospitals in the province. No survey sample was selected for the research since it is aimed to reach to the whole population. Except one hospital from which permission could not be got 68 administrators from other 6 hospitals were included. The importance level of all 41 measures but 4 in Balanced Scorecard were found to be significantly higher than the incidences of measurement (p<0,05). According to this result, the indicators in the Balanced Scorecard aren’t measured in the hospitals as much as they are given importance. As a result, it can be said that even though the Balanced Scorecard isn’t used; the performance measures that are in the model are considered important by the hospital administrators and also are measured to some extent. Thus it can be said that Balanced Scorecard model can be used as an evaluation tool as a strategic approach.*

***Keywords:*** *Balanced Scorecard, Corporate Performance, Strategic Performance Management, Hospitals.*

**1.GİRİŞ**

Yönetim fonksiyonlarının en önemli faaliyetlerinden biri olan kontrol, organizasyonlarda performans ölçme ve değerlendirme ile gerçekleştirilmektedir. Son yıllarda hastanelerde verilen sağlık hizmetlerini iyileştirme adına yapılan kalite çalışmaları da kurumsal performansı artırmaya yönelik olup, sağlık hizmetlerinden daha etkili ve verimli sonuçlar almayı hedeflemektedir. Bu açılardan, hastanelerde kurumsal performansın değerlendirilmesi konusu önemli hale gelmiştir.

*“Eğer ölçemezseniz yönetemezsiniz”* mantığının ölçme ile yönetme boyutundan hareketle ortaya çıkan ve son yıllarda kapsamlı bir performans değerlendirme yaklaşımı olarak kullanılan modellerden biri, Dengeli Ölçüm Kartı’dır (Argüden, 2000: 11). Hastanelerde hasta ve yakınlarının hastaneyi nasıl gördükleri, özel hastaneler açısından yatırımcıların hastaneyi nasıl gördükleri, verilen sağlık hizmetlerinde hangi açılardan verimli olunması gerektiği ve hastalar ile topluma daha fazla nasıl değer verilmesi gerektiği gibi konular da Dengeli Ölçüm Kartı ile yakından ilişkilendirilebilecek önemli konulardandır. Bu model ayrıca, kurumsal performansı geliştirmek amacıyla birçok sektörde kullanılabilmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık sektöründe de kullanılmaya başlandığı görülmekle birlikte, ülkemizde gerek akademik gerekse uygulamaya yönelik çalışmaların yeterli düzeyde olmadığı bilinmektedir. Bu çalışma ile hem literatürdeki bu eksiklik giderilmeye çalışılacak hem de uygulamaya yönelik bir katkının sağlanacağı düşünülmektedir.

Türkiye’de 2000’li yılların başından bu yana, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık kurum ve kuruluşlarının performans ölçümünde yeni düzenlemelere gidilmiş, kurumsal anlamda performans yönetimine yönelik uygulamalar başlatılmış ve rehberler aracılığıyla uygulamaya konulmuştur. Kamu ve üniversite hastaneleri ile özel hastaneleri de kapsayan bu çalışmalar hizmet kalite standartları rehberinde ayrıntılı şekilde yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Atılan tüm bu adımlarla hastanelerde daha kaliteli sağlık hizmeti sunumu, daha çok hasta memnuniyeti merkezli bir performans yönetimi ile kurumun bir bütün olarak performansının ölçülmesi ve değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Hizmet Kalite Standartları (Sağlık Bakanlığı, 2011a) rehberinde yer alan Kurumsal Hizmet Yönetimi (8), Sağlık Hizmeti Yönetimi (20), Destek Hizmeti Yönetimi (4) ve İndikatör Yönetimi bölümlerinde belirtilen indikatörler aracılığıyla gerçekleştirilen performans ölçme işlemi ile Dengeli Ölçüm Kartı’nın sağlık hizmetlerini dört boyut dâhilindeki ölçütler aracılığıyla ölçme işlemi benzer özellikler taşımaktadır.

**2.GEREÇ VE YÖNTEM**

**2.1. Amaç ve Önem**

Son yıllarda hastanelerin işletmecilik kuralları çerçevesinde profesyonel bir bakış açısıyla yönetilmesi konusu gündemdedir. Bunda Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hastanelerin özerk bir yapıya kavuşması, birbirleriyle rekabet edebilir hale gelmesi, ölçme ve değerlendirmenin öneminin fark edilmesi gibi konular etkili olmuştur. Bu açıdan hastanelerde kurumsal performansın nasıl değerlendirileceği konusu da önemlidir.

Araştırmanın problemini; “Dengeli Ölçüm Kartı ölçütleri hastanelerde ne sıklıkla ölçülmektedir ve ölçülmesinin önemi ne düzeyde algılanmaktadır?” sorusu oluşturmaktadır. Böylelikle kurumsal performans değerlendirme aracı olarak Dengeli Ölçüm Kartı modelinin hastanelerde uygulanabilirliği ile ilgili bir değerlendirme yapılması hedeflenmektedir.

Araştırma, Isparta il merkezinde faaliyet gösteren hastane yöneticilerini kapsadığı için sonuçlar bu evrenin özelliklerini yansıtmaktadır.

* 1. **Evren ve Örneklem**

Dengeli Ölçüm Kartı’nın hastanedeki ölçüm sıklığı ve her bir ölçüte verilen önem düzeylerinin üst düzey yöneticiler tarafından değerlendirilebileceği ve ölçme ve değerlendirme işiyle hastanelerde daha çok kalite birimlerinin ilgileneceği gerekçesiyle, araştırma hastane üst düzey yöneticileri ve kalite birim sorumlularını kapsamaktadır. Bu çerçevede araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde faaliyet gösteren kamu ve özel sektöre ait 7 hastanenin üst düzey yöneticileri (başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı, başhemşire ve başhemşire yardımcısı ve kalite birimi sorumluları) oluşturmaktadır. Araştırma için örneklem seçilmemiş, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Özel Davraz Yaşam Hastanesi’nden araştırma için izin alınamamış, diğer hastanelerden toplam 68 kişiye ulaşılmıştır.

**2.3.Veri Toplama Aracı**

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Dengeli Ölçüm Kartı Altyapı Uygunluğu Anketi kullanılmıştır. Anket formu, Coşkun (2005) ve Bekmezci (2008) tarafından hazırlanan anket temel alınarak ve Kırgın (2011), Chang ve arkadaşları (2008), Chen ve arkadaşları (2006)’nın çalışmalarında kullandıkları performans göstergelerinden yararlanılarak oluşturulmuştur. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Hastanede performans ölçümünün önemi ve kullanımına ilişkin soruların olduğu ilk bölümden sonra ikinci bölümde Dengeli Ölçüm Kartı’nın dört boyutuna (finansal boyut, içsel süreçler boyutu, müşteri -hasta ve personel- boyutu ile öğrenme ve gelişme boyutu) ilişkin ölçütlerin hastanedeki ölçüm sıklığı ve onlara verilen önem düzeyi 5’li likert ölçeğiyle (1: Hiç Önemli Değil’den 5: Çok Önemli’ye ve 1: Hiç Ölçmüyoruz’dan 5: Her Zaman Ölçüyoruz’a doğru sıralanmıştır) değerlendirilmektedir. Ankette yer alan 5. soruya (Balanced Scorecard yönetimini -Dengeli Ölçüm Kartı- daha önce hiç duydunuz mu?) “hayır” cevabı verenlere modelle ilgili bir önbilgi verildikten sonra diğer sorulara cevap vermeleri sağlanmıştır. Anketin sonunda araştırmaya katılanlara ilişkin tanımlayıcı bilgilerin olduğu bir bölüm de yer almıştır.

**2.4.Analiz Yöntemi**

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler *Statistical* Package *for the Social Sciences* (SPSS 16,0) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan yararlanılmıştır. Analizde, tanımlayıcı bilgiler ve nitel değişkenlerle ilgili sorular için frekans ve yüzde hesaplamaları yapılmıştır. Ankette Dengeli Ölçüm Kartı boyutları içerisinde yer alan ölçütlerin hastanelerde ölçüm sıklığı ve onlara verilen önem düzeylerine 5’li Likert yöntemiyle verilen puanların aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış ve istatistiksel değerlendirmeler bu ortalama puanlar üzerinden yapılmıştır.

Dengeli Ölçüm Kartı’ndaki boyutlarda yer alan ölçütlerin ölçüm sıklığı ile önem düzeyi karşılaştırılırken parametrik varsayımlar yerine getirilmediği için eşleştirilmiş t testinin (paired t test) parametrik olmayan karşılığı Wilcoxon testi kullanılmıştır.

**3.BULGULAR**

**3.1.Yöneticilere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler**

Araştırma kapsamındaki yöneticilerin çeşitli bağımsız değişkenlere göre dağılımı Çizelge 1’de gösterilmiştir.

**Çizelge 1. Yöneticilerin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Değişkenler** | **Frekans** | **Yüzde** |
| **Hastaneler** | | |
| SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi | 17 | 25,0 |
| Gülkent Devlet Hastanesi | 10 | 14,7 |
| Isparta Kadın Doğ. ve Çocuk Hast. Hastanesi | 9 | 13,2 |
| Isparta Devlet Hastanesi | 24 | 35,3 |
| Özel Isparta Hastanesi | 4 | 5,9 |
| Özel Şifa Hastanesi | 4 | 5,9 |
| **Görev** | | |
| Başhekim | 4 | 5,9 |
| Başhekim Yardımcısı | 16 | 23,5 |
| Hastane Müdürü | 7 | 10,3 |
| Hastane Müdür Yardımcısı | 17 | 25,0 |
| Başhemşire | 4 | 5,9 |
| Başhemşire Yardımcısı | 11 | 16,2 |
| Kalite Birimi Sorumlusu | 9 | 13,2 |
| **Yaş (Yıl)** |  |  |
| 24- 35 | 15 | 22,1 |
| 36-45 | 29 | 42,6 |
| 46-61 | 24 | 35,3 |
| **Cinsiyet** | | |
| Erkek | 41 | 60,3 |
| Kadın | 27 | 39,7 |
| **Medeni Durum** | | |
| Evli | 61 | 89,7 |
| Bekâr | 6 | 8,8 |
| **Öğrenim Durumu** | | |
| Önlisans | 13 | 19,1 |
| Lisans | 36 | 52,9 |
| Lisansüstü | 19 | 27,9 |
| **Toplam Çalışma Süresi (Yıl)** | | |
| 4-20 | 40 | 58,8 |
| 21-35 | 28 | 41,2 |
| **Hastanedeki Hizmet Süresi** | | |
| 1-9 | 31 | 45,6 |
| 10-31 | 37 | 54,4 |
| **Toplam** | **68** | **100,0** |

Çizelge 1’de de görüleceği gibi, araştırmaya 68 yönetici katılmıştır. Bu yöneticiler Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Gülken Devlet Hastanesi, Isparta Devlet Hastanesi, Isparta Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Özel Isparta Hastanesi ve Özel Şifa Hastanesi’nde çalışmaktadırlar. Hastanelerin ikisi özel sektör, üçü T. C. Sağlık Bakanlığı’na bağlı ve biri de üniversite hastanesidir. 68 katılımcının hastanelere göre dağılımına bakıldığında Isparta Devlet Hastanesi ile SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nden daha çok yöneticinin araştırmaya katıldığı görülmektedir. Araştırmaya katılanların görev dağılımlarına bakıldığında daha çok hastane müdür yardımcılarının (% 25), başhekim yardımcılarının (% 23,5) ve başhemşire yardımcılarının (% 23,5) öne çıktığı görülmektedir. Araştırmaya katılan yöneticilerin % 60,3’ü erkektir. Başhemşire ve başhemşire yardımcılarının tamamının kadın yöneticilerden oluşmasına rağmen, hastanelerde kadın yönetici oranının düşük olduğu görülmektedir. Yöneticilerin % 89,7’si evlidir. Eğitim düzeylerine göre ise yöneticilerin yarıdan fazlasının (% 52,9) lisans düzeyinde eğitim derecesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamındaki yöneticilerin yarıdan fazlasının (% 58,8) 20 yıl ve daha az sürede çalışma hayatının içerisinde oldukları, yine yarıdan fazlasının (% 54,4) 10 yıl ve daha uzun zamandır mevcut çalıştıkları hastanelerde hizmet verdikleri görülmektedir.

**3.2.Hastane Yöneticilerinin Performans Ölçümüne İlişkin Sorulara Verdikleri Cevaplar**

Araştırma kapsamındaki 6 hastanede görev yapmakta olan katılımcılara ilk olarak hastanelerinde kurumsal performans ölçümü ile ilgili sorular sorulmuştur. Katılımcıların % 81,8 gibi büyük bir çoğunluğu kurumlarında kurumsal olarak performans ölçümünün yapıldığını, geriye kalan % 18,2’lik kısım ise, kurumsal anlamda performans ölçümü yapılmadığını belirtmişlerdir. Bu sorunun ardından “evet” cevabı veren katılımcılardan, kurumsal performans ölçümünde kullandıkları yöntemi belirtmeleri istenmiştir. Performans ölçüm yönteminin ne olduğu sorusuna verilen cevaplar frekanslarıyla birlikte şu şekildedir:

1. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (17),
2. Hizmet Kalite Standartları Rehberi (7),
3. Anket Yöntemi (9),
4. Kurumsal Performans Yöntemi (3).

Kurumlarında performans ölçümü yapıldığını ifade eden yöneticiler, ölçüm yöntemi konusunda daha çok T. C. Sağlık Bakanlığı’nın Performans ve Kalite Yönergesi ile Hizmet Kalite Standartları Rehberi’ne atıfta bulunmuşlardır. Yöneticilere “Balanced Scorecard” yöntemini (Dengeli Ölçüm Kartı) daha önce hiç duydunuz mu?” sorusu yöneltilmiş, fakat katılımcıların % 85,3’lük bir kısmı bu yöntemi hiç duymadıklarını belirtmişlerdir. Dengeli Ölçüm Kartı farkındalığını ölçme amaçlı olarak sorulan “Hastanenizde “Dengeli Ölçüm Kartı” uygulaması yapılıyor mu?” sorusu karşılığında ise % 95,2’lik kısım “hayır” cevabını vererek hastanelerinde bu yöntemin hiç uygulanmadığını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin anket formundaki “*Hastanenizde hangi nedenlerle performans ölçümü yapılmaktadır?*” sorusunun altında yer alan seçeneklerden daha çok “*Hastanemizin genel olarak başarılı olup olmadığını belirlemek için*”, “*Hastanemizin işlem ve süreçlerinde planlanan gelişmelerin gerçekleşip gerçekleşmediğini anlamak için*” ve “*Hastanemizin hastaların (müşterilerin) isteklerini karşılayıp karşılayamadığını belirlemek için*” ifadelerini işaretledikleri görülmektedir. Bunlardan en fazla yüzdeyi ise hasta beklentileriyle ilgili ifade almıştır (% 60,3). Buradan hareketle hasta beklentileri faktörünün hastanelerin performans ölçümünü yönetmede etkili olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamında hastane yöneticilerine performans ölçümünde karşılaşılan sorunlar içerisinde “*Ölçmenin çalışanlara ve hastaneye sağlayacağı katkının doğru anlatılamaması*” ve “*Gerekli gereksiz her şeyin ölçülmesi*” öne çıkmıştır.

**3.3. Hastanelerde Performans Ölçütlerinin Önemi ve Ölçüm Sıklığına İlişkin Bulgular**

**3.3.1.Finansal Boyuta İlişkin Bulgular**

Hastane yöneticilerinin finansal boyutla ilgili ölçütlerin önemlilik düzeyi ve ölçüm sıklığından aldıkları puanların aritmetik ortalama ve standart sapmaları Çizelge 2’de gösterilmektedir.

**Çizelge 2. Hastane Yöneticilerinin Finansal Boyutla İlgili Ölçütlerden Aldıkları Puanların Dağılımı**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Finansal Boyut** | **Önemlilik Düzeyi** | | **Ölçüm Sıklığı** | | **Test Değerleri** | |
| **X** | **S** | **X** | **S** | **Z** | **p** |
| 1. Sermayenin kârlılığı | 4,213 | 0,831 | 3,130 | 1,087 | -4,619 | p<0,001 |
| 2. Varlıkların devir hızı | 3,603 | 1,021 | 3,042 | 1,064 | -1,925 | 0,054 |
| 3. Personel harcamaları | 4,306 | 0,890 | 3,469 | 1,160 | -4,053 | p<0,001 |
| 4. Tıbbi malzeme gideri | 4,370 | 0,851 | 3,531 | 1,034 | 3,487 | P<0,001 |
| 5. Hasta bakım hizmetinin direkt maliyeti | 4,079 | 0,967 | 3,304 | 1,035 | -3,733 | p<0,001 |
| 6. Hasta günü maliyeti | 3,836 | 1,053 | 3,244 | 1,039 | -2,181 | 0,029 |
| 7. Poliklinik hastası başına ortalama maliyet | 4,000 | 0,946 | 3,239 | 1,073 | -3,239 | 0,001 |
| 8. Yatan hastanın ortalama günlük maliyeti | 4,050 | 0,984 | 3,224 | 1,040 | -3,381 | 0,001 |
| 9. Toplam giderin toplam gelire oranı | 4,478 | 0,789 | 3,588 | 1,109 | -4,139 | p<0,001 |
| 10. Toplam borcun toplam gelire oranı | 4,507 | 0,710 | 3,510 | 1,064 | -4,266 | p<0,001 |

Çizelge 2’de de görüleceği üzere, Dengeli Ölçüm Kartı’nın finansal boyutunda yer alan ölçütlerin önemlilik düzeylerine bakıldığında, “varlıkların devir hızı” ve “hasta günü maliyeti” kriterleri dışındaki ölçütlerin ortalama puanlarının 4’ün üzerinde olduğu görülmektedir. En yüksek önemlilik düzeyine sahip kriterler sırasıyla “toplam borcun toplam gelire oranı” (4,507±0,710), “toplam giderin toplam gelire oranı” (4,478±0,789), “tıbbi malzeme gideri” (4,370±0,851) ölçütleri olduğu görülmektedir. “Varlıkların devir hızı” ve “hasta günü maliyeti” kriterleri de ortalama değer olan 3’ün üzerindedir. Buradan hareketle hastane yöneticilerinin, finansal boyut altındaki yer alan kriterleri performans ölçümü açısından yüksek düzeyde önemsedikleri, en fazla önemsedikleri finansal göstergeler olarak da gelir-borç, gelir-gider ve tıbbi malzeme giderlerinin olduğu söylenebilir.

Finansal boyut içerisinde hastane yöneticileri tarafından yüksek düzeyde önemsenen kriterlerin hastanedeki ölçüm sıklığı dağılımlarına bakıldığında puanların orta nokta olan 3’ün üzerinde fakat hepsinin de 4’ün altında olduğu görülmektedir. Bu da gösteriyor ki, hastane yöneticileri finansal boyutta yer alan kriterlerin hastanelerinde orta düzeyin üzerinde bir sıklıkla ölçüldüğünü ifade etmektedirler. Ölçüm sıklığı yüksek bulunan ilk üç kriterin “toplam giderin toplam gelire oranı” (3,588±1,109), “tıbbi malzeme gideri” (3,531±1,034) ve “toplam borcun toplam gelire oranı” (3,510±1,064) ölçütleri olduğu görülmektedir. Bunlar aynı zamanda yöneticiler tarafından önemlilik düzeyi yüksek olarak algılanan ölçütlerdir.

Finansal boyut içerisinde yer alan ölçütlerin önemlilik düzeyi ile ölçüm sıklıkları arasındaki farklar karşılaştırıldığında, bütün ölçütlerde önemlilik düzeyinin daha yüksek, ölçüm sıklığının daha düşük olduğu; aradaki bu farklılıkların “varlıkların devir hızı” ölçütü hariç hepsinde istatistiksel olarak da anlamlı bulunduğu görülmektedir. Buradan yola çıkarak, finansal boyutta yer alan göstergelere, yöneticilerin önem verdikleri ancak aynı düzeyde ölçümünün yapılmadığı söylenebilir.

**3.3.2.** **İçsel Süreçler Boyutuna İlişkin Bulgular**

Hastane yöneticilerinin içsel süreçler boyutuyla ilgili ölçütlerin önemlilik düzeyi ve ölçüm sıklığından aldıkları puanların aritmetik ortalama ve standart sapmaları Çizelge 3’de gösterilmektedir. Çizelgede içsel süreçler boyutuyla ilgili ölçütlerin önemlilik düzeylerine bakıldığında, “yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı”, “yeniden yatış oranı”, “sezaryen oranı” ve “ameliyat tarihi için bekleme süresi” hariç diğer kriterlerin 4’ün üzerinde puan aldıkları ve hastane yöneticileri tarafından yüksek düzeyde önemli görüldükleri söylenebilir. Bu dört ölçütün önemlilik düzeyi de orta nokta olan 3’ün üzerindedir. Yöneticiler en fazla da enfeksiyon hızının ve yatak doluluk oranının ölçülmesinin önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

İçsel süreçler boyutunda yer alan ölçütlerin hastanelerde ölçüm sıklığına bakıldığında, “hastane enfeksiyon hızı” ve “laboratuar tetkik sayısı” ölçütleri 4’ün üzerinde, diğer kriterler 3-4 aralığında puanlar almışlardır. Genel olarak yöneticiler içsel süreçler boyutu içerisinden yer alan ölçütlerin hastanelerinde ölçüldüğünü ifade etmektedirler. En fazla ölçümü yapılan üç içsel süreç ölçütünün hastane enfeksiyon hızı, laboratuvar tetkik sayısı ve yatak doluluk oranı olduğu da görülmektedir.

**Çizelge 3. Hastane Yöneticilerinin İçsel Süreçler Boyutuyla İlgili Ölçütlerden Aldıkları Puanların Dağılımı**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İçsel Süreçler Boyutu** | **Önemlilik Düzeyi** | | **Ölçüm Sıklığı** | | **Test Değerleri** | |
| **X** | **S** | **X** | **S** | **Z** | **p** |
| 1. Ortalama yatış süresi | 4,203 | 0,884 | 3,788 | 1,07 | -2,314 | 0,021 | |
| 2. Yatak doluluk oranı | 4,430 | 0,880 | 3,905 | 1,02 | -3,442 | 0,001 | |
| 3. Yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı | 4,190 | 0,975 | 3,529 | 1,10 | -3,202 | 0,001 | |
| 4. Yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı | 4,177 | 1,000 | 3,591 | 1,13 | -2,826 | 0,005 | |
| 5. Yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı | 3,920 | 1,027 | 3,529 | 1,22 | -1,522 | 0,128 | |
| 6. Mortalite oranı | 4,112 | 1,108 | 3,769 | 0,956 | -2,407 | 0,016 | |
| 7. Hastane enfeksiyon hızı | 4,515 | 0,930 | 4,185 | 0,865 | -2,837 | 0,005 | |
| 8. Yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı | 4,238 | 1,075 | 3,680 | 1,029 | -3,853 | p<0,001 | |
| 9. Laboratuvar tetkik sayısı | 4,218 | 0,722 | 4,018 | 0,801 | -1,986 | 0,047 | |
| 10. Yeniden yatış oranı | 3,868 | 0,985 | 3,400 | 1,133 | -2,855 | 0,004 | |
| 11. Ameliyat sonrası yatış süresi | 4,000 | 0,846 | 3,639 | 0,958 | -2,364 | 0,018 | |
| 12. Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı | 4,114 | 0,714 | 3,826 | 0,841 | -1,514 | 0,130 | |
| 13. Sezaryen oranı | 3,717 | 1,160 | 3,475 | 1,133 | -1,155 | 0,248 | |
| 14. Poliklinik oda sayısı/ poliklinik doktor sayısı | 4,292 | 0,748 | 3,849 | 1,013 | -2,980 | 0,003 | |
| 15. Ameliyat tarihi için bekleme süresi | 3,966 | 1,106 | 3,673 | 1,066 | -1,956 | 0,050 | |

İçsel süreçler boyutunda yer alan ölçütlerin yöneticiler açısından önemlilik düzeyleri ile hastanelerindeki ölçüm sıklıkları karşılaştırıldığında, bütün ölçütlerde önemlilik düzeyinin ölçüm sıklığından daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak bu farklılıklar “ortalama yatış süresi” (Z=-2,314, p=0,021), “yatak doluluk oranı” (Z=-3,442, p=0,001), “yıllık doktor başına düşen ayakta hasta sayısı” (Z=-3,202, p=0,001), “yıllık doktor başına düşen yatan hasta sayısı” (Z=-2,826, p=0,005), “mortalite oranı” (Z=-2,407, p=0,016), “hastane enfeksiyon hızı” (Z=-2,837, p=0,005), “yıllık malpraktis ve tıbbi hata sayısı” (Z=-3,853, p=0,000), “laboratuvar tetkik sayısı” (Z=-1,986, p=0,047), “yeniden yatış oranı” (Z=-2,855, p=0,004), “ameliyat sonrası yatış süresi” (Z=-2,364, p=0,018) ve “poliklinik oda sayısı/poliklinik doktor sayısı” (Z=-2,980, p=0,003) ölçütlerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İçsel süreçler boyutunda yer alan “yıllık doktor başına düşen acil hasta sayısı” (Z=-1,522, p=0,128), “günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat sayısı” (Z=-1,514, p=0,130), “sezaryen oranı” (Z=-1,155, p=0,248) ve “ameliyat tarihi için bekleme süresi” (Z=-1,956, p=0,050) ölçütlerinin önemlilik düzeyi ile ölçüm sıklığı arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır.

**3.3.3.** **Müşteri (Hasta ve Personel) Boyutuna İlişkin Bulgular**

Hastane yöneticilerinin müşteri (hasta ve personel) boyutuyla ilgili ölçütlerin önemlilik düzeyi ve ölçüm sıklığından aldıkları puanların aritmetik ortalama ve standart sapmaları Çizelge 4’de gösterilmektedir.

**Çizelge 4. Hastane Yöneticilerinin Müşteri (Hasta ve Personel) Boyutuyla İlgili Ölçütlerden Aldıkları Puanların Dağılımı**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Müşteri (Hasta ve Personel) Boyutu** | **Önemlilik Düzeyi** | | **Ölçüm Sıklığı** | | **Test Değerleri** | |
| **X** | **S** | **X** | **S** | **Z** | **p** |
| 1. Yatan hasta memnuniyeti | 4,615 | 0,786 | 3,910 | 0,869 | -4,109 | p<0,001 |
| 2. Ayakta hasta memnuniyeti | 4,538 | 0,882 | 3,771 | 0,864 | -4,483 | p<0,001 |
| 3. Acil hasta memnuniyeti | 4,546 | 0,771 | 3,836 | 0,860 | -3,911 | p<0,001 |
| 4. Hasta şikâyet oranı | 4,453 | 0,863 | 4,090 | 0,902 | -2,873 | 0,004 |
| 5. Yeni kazanılan hasta sayısı | 4,166 | 1,053 | 3,319 | 1,134 | -3,256 | 0,001 |
| 6. Hemşirelerin hasta çağrısına ortalama cevap verme süresi | 4,338 | 0,809 | 3,833 | 0,967 | -2,506 | 0,012 |
| 7. Ayakta hasta bekleme süreleri | 4,333 | 0,785 | 3,791 | 0,772 | -2,822 | 0,005 |
| 8. Personel memnuniyeti | 4,375 | 0,838 | 3,500 | 1,007 | -4,236 | p<0,001 |
| 9. Personel devir hızı | 4,131 | 0,743 | 3,183 | 1,060 | -4,318 | p<0,001 |

Çizelge 4’deki yöneticilerin müşteri (hasta ve personel) boyutu içerisindeki ölçütlerin önemlilik düzeylerine bakıldığında bütün ölçütlerin 4’ün üzerinde değerler aldığı görülmektedir. Bu da yöneticilerin müşteri (hasta ve personel) boyutu içerisindeki kriterlerin ölçümüne yüksek düzeyde önem verdiklerini göstermektedir. Yöneticilerin ölçümünü en fazla önemsediği ölçütlerin “yatan hasta memnuniyeti” (4,615±0,786), “ayakta hasta memnuniyeti” (4,538±0,882) ve “acil hasta memnuniyeti” (4,5465±0,771) olduğu da dikkat çekicidir. Bu da, hasta memnuniyetinin yöneticiler tarafından bir performans göstergesi olarak kabul edildiğinin ve önemsendiğinin işareti sayılabilir.

Müşteri (hasta ve personel) boyutu içerisindeki ölçütlerin hastanelerdeki ölçüm sıklıklarına bakıldığında “hasta şikâyet oranı”nın 4,090±0,902 puan aldığı ve diğer ölçütlerin puanlarının 3 ile 4 puan aralığında değiştiği görülmektedir. Hastane yöneticilerine göre hastanelerinde en fazla “hasta şikâyet oranı” (4,090±0,902), “yatan hasta memnuniyeti” (3,910±0,869) ve “acil hasta memnuniyeti” (3,836±0,860) ölçülmektedir.

Yöneticilerin müşteri (hasta ve personel) boyutu içerisindeki ölçütlerin ölçümüne yönelik atfettikleri önem düzeyleri ile o ölçütlerin hastanelerdeki ölçüm sıklığı karşılaştırılmış ve bütün ölçütlerde önemlilik düzeyinin ölçüm sıklığından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aradaki bu farklılıkların tümü de istatistiksel olarak anlamlıdır. Buradan hareketle, müşteri (hasta ve personel) boyutu içerisindeki tüm ölçütlerin yöneticiler tarafından önem verildiği derecede hastanelerde ölçülmediği söylenebilir.

**3.3.4.** **Öğrenme ve Gelişme Boyutuna İlişkin Bulgular**

Hastane yöneticilerinin öğrenme ve gelişme boyutuyla ilgili ölçütlerin önemlilik düzeyi ve ölçüm sıklığından aldıkları puanların aritmetik ortalama ve standart sapmaları Çizelge 5’de gösterilmektedir.

**Çizelge 5. Hastane Yöneticilerinin Öğrenme ve Gelişme Boyutuyla İlgili Ölçütlerden Aldıkları Puanların Dağılımı**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrenme ve Gelişme Boyutu** | **Önemlilik Düzeyi** | | **Ölçüm Sıklığı** | | **Test Değerleri** | | |
| **X** | **S** | **X** | **S** | **Z** | **p** | |
| 1. Çalışanların hizmet içi eğitimi gideri | 3,548 | 1,242 | 2,843 | 1,297 | -3,214 | | 0,001 |
| 2. Tıbbi araştırma giderleri | 3,389 | 1,197 | 2,653 | 1,288 | -3,259 | | 0,001 |
| 3. Tıbbi personel başına bir yıl içinde yayınlanmış akademik yayın sayısı | 3,169 | 1,301 | 2,186 | 1,367 | -3,042 | | 0,002 |
| 4. Yıllık kongre ve konferansa katılmış personel sayısı (hastanenin gönderdiği) | 3,524 | 1,045 | 2,549 | 1,150 | -3,443 | | 0,001 |
| 5. Bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı | 3,887 | 0,848 | 3,078 | 1,077 | -3,348 | | 0,001 |
| 6. Kalite iyileştirme takımları sayısı (veya hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı) | 4,063 | 0,912 | 3,384 | 1,108 | -3,030 | | 0,002 |
| 7. Hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı | 3,952 | 0,999 | 3,313 | 1,139 | -2,955 | | 0,003 |

Çizelge 5’de de görüldüğü gibi, hastane yöneticilerinin öğrenme ve gelişme boyutu içerisinde yer alan ölçütlere verdikleri önem düzeylerine bakıldığında, “Kalite iyileştirme takımları sayısı (veya hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı)” kriteri hariç diğer tüm ölçütlerin 3 ile 4 puan aralığında toplandığı görülmektedir. Öğrenme ve gelişme boyutu içerisinde yer alan kriterlerin önemlilik düzeyi olarak diğer boyutlara göre daha düşük puanlar aldıkları da söylenebilir. Bunda araştırma kapsamındaki 6 hastaneden sadece birinin öğrenme ve gelişme boyutunu öne çıkaran eğitim ve araştırma hastanesi olmasının etkisi olabilir. Öğrenme ve gelişme boyutu içerisinde önemlilik düzeyi olarak öne çıkanlar “kalite iyileştirme takımları sayısı (veya hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı)” (4,063±0,912), “hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” (3,952±0,999) ve “bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” (3,887±0,848) ölçütleridir.

Öğrenme ve gelişme boyutu içerisindeki ölçütlerin hastanelerdeki ölçüm sıklığına bakıldığında, “tıbbi personel başına bir yıl içerisinde yayınlanmış akademik yayın sayısı” (2,118±1,083), “yıllık kongre ve konferansa katılmış personel sayısı” (2,549±1,150), “tıbbi araştırma giderleri” (2,653±1,288) ve “çalışanların hizmet içi eğitim gideri” (2,843±1,297) ölçütlerinin orta değer olan 3 puanın altında kaldıkları görülmektedir. Bunun yanında, “kalite iyileştirme takımları sayısı (veya hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı)” (3,384±1,108), “hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” (3,313±1,139) ve “bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” (3,078±1,077) ölçütlerinin ölçüm sıklığı daha yüksektir. Genel olarak öğrenme ve gelişme boyutu içerisindeki kriterlerin hastanelerde ölçüm sıklığının düşük olması, araştırma kapsamındaki hastanelerin sadece bir tanesinin eğitim ve araştırma hastanesi olmasından kaynaklanabilir.

Öğrenme ve gelişme boyutu içerisindeki ölçütlerin her birinin önem düzeyi ve ölçüm sıklıkları kıyaslandığında, diğer boyutlardaki ölçütlerde olduğu gibi, burada da önem düzeyinin ölçüm sıklığından yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılık bütün kriterler açısından istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Yani, hastane yöneticilerinin öğrenme ve gelişme boyutundaki ölçütlere verdikleri önem nispetinde hastanelerde sık ölçüm yapılmamaktadır.

# 4.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, kurumsal performans ölçümü aracı olan Dengeli Ölçüm Kartı modelinin hastanelerde uygulanabilirliğine yönelik bir değerlendirme yapmayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda Isparta il merkezindeki hastanelerin üst düzey yöneticileri ile kalite birimi sorumlularına Dengeli Ölçüm Kartı Altyapı Uygunluğu Anketi dağıtılmış ve toplanan veriler analiz edilmiştir. Ankette Dengeli Ölçüm Kartı Modeli’ne ait dört boyut bulunmaktadır. Bunlar finansal boyut, içsel süreçler boyutu, müşteri (hasta ve personel) boyutu ile öğrenme ve gelişme boyutudur. Bu dört boyuta ait 41 ölçüte hastanelerde ne düzeyde önem verildiği ve ne sıklıkla ölçüldüğü 5’li Likert Ölçeği ile ölçülmüştür.

Araştırma kapsamındaki yöneticilerin büyük bir çoğunluğu (% 81,8) hastanelerinde kurumsal performansın ölçüldüğünü belirtmişlerdir. Dengeli Ölçüm Kartı modelini ise yöneticilerin büyük bir çoğunluğu (% 85,3) duymamıştır. Birkaç yönetici de (% 4,8) hastanelerinde Dengeli Ölçüm Kartı modelinin uygulandığını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar hastanelerde kurumsal bir performans ölçümünün yapıldığını ancak Dengeli Ölçüm Kartı modelinin pek bilinmediğini göstermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi çerçevesinde kurumsal performans ölçümü yapılmaya başlanmış, özel hastanelerde Hizmet Kalite Standartları denetimleri yapılarak hastaneler kategorize edilmiştir. Hastanelerinde kurumsal performans ölçümünün yapıldığını ifade eden yöneticiler de ölçüm yöntemi olarak en çok Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi ile Hizmet Kalite Standartları Rehberi’ne atıf yapmışlardır. Bu çalışmaların bir kurumsal performans ölçümüne yönelik hazırlandıkları düşünülürse, yöneticilerin büyük bir çoğunluğunun bunun farkında olması doğal bir sonuçtur. Ancak spesifik bir performans ölçüm aracı olan Dengeli Ölçüm Kartı modelinden yöneticiler habersizdirler.

Araştırma sonuçlarına göre, hastane yöneticilerinin hastanelerde performans ölçümü yapılmasına gerekçe olarak gösterdikleri en önemli ilk üç neden; “hastanemizin hastaların (müşterilerin) isteklerini karşılayıp karşılayamadığını belirlemek için (% 60,3)”, “hastanemizin işlem ve süreçlerinde planlanan gelişmelerin gerçekleşip gerçekleşmediğini anlamak için (% 58,8)” ve “hastanemizin genel olarak başarılı olup olmadığını belirlemek için” (% 54,4) maddelerinden oluşmaktadır. Ankette yer almayan fakat yöneticilerin performans ölçümü yapılmasına gerekçe gösterdikleri bir neden de döner sermaye katkı payı hakkında olmuştur. Bu sonuçlara göre, ilk sırada yer alan hasta beklentileriyle ilgili madde, hastanelerde hasta memnuniyeti, hastaların istek ve beklentilerinin karşılanmasının direkt olarak hastaneyi, dolaylı yönlerden ise hastane performansını ilgilendirmesinden dolayı, bu maddenin performans ölçümü yapılma nedenleri arasında gösterilmesi, hasta memnuniyetinin hastanelerde ne kadar önemli olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Sağlık sektörü dışındaki alanlarla ilgili olarak Coşkun (2005)’un yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre, performans ölçüm yapılmasının en önemli nedeni, “sorunlu alanları ortaya çıkarmak ve geliştirilebilecek alanları belirleyebilmek” maddesi ile yer almaktadır. Aynı konu ile ilgili olarak, Bekmezci (2008)’nin çalışma sonuçlarında “kararların varsayımlara dayalı olarak değil de gerçek verilere dayanarak alındığından emin olmak için” maddesi, performans ölçümü yapılma nedenlerinin başında yer almaktadır.

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (% 60,3) hastanelerde performans ölçümünde en çok karşılaşılan sorun olarak “ölçmenin çalışanlara ve hastaneye sağlayacağı katkının doğru anlatılamaması” maddesini belirtmişlerdir. Karşılaşılan en önemli ikinci sorun ise “gerekli gereksiz her şeyin ölçülmesi” ve üçüncü sorun “performans ölçümünün bireysel başarıya yönelmesi, takım bazlı yönetim yapısını desteklememesi” şeklinde tespit edilmiştir.

Hastane yöneticilerinin finansal boyut ölçütlerine verdikleri önem düzeylerinden aldıkları puanların ortalamalarının en yüksek, “toplam borcun toplam gelire oranı”, “toplam giderin toplam gelire oranı”, “tıbbi malzeme gideri” ölçütleri olduğu tespit edilmiştir. Bu ölçütler, finansal boyut içerisindeki diğer ölçütlere göre hastanelerin daha çok gelir-gider dengesini ilgilendiren, verimlilik ve kâr odaklı performans ölçütleri olarak bilinmektedir (Gao ve Gurd, 2006). Hem bu üç ölçüt hem de diğer ölçütlerin önemlilik düzeyleri ve ölçüm sıklıkları arasındaki farklar karşılaştırıldığında, aradaki farklar “varlıkların devir hızı” ölçütü dışındaki tüm ölçütlerde anlamlı bulunmuştur. Sonuç olarak, bütün ölçütlerin ölçüm sıklıkları önemlilik düzeylerinden düşük çıkmıştır, yani önemlilik düzeyi ve ölçüm sıklığı düzeyleri arasında bir uyumsuzluk vardır. Buradan yola çıkarak yöneticilerin finansal boyut ölçütlerine önem verdikleri düzey kadar, ölçümünün yapılmadığı söylenebilir.

İçsel süreçler boyutunda bulunan tüm ölçütler önemlilik düzeyi ve ölçüm sıklığı açısından karşılaştırıldığında, bu ölçütlerin, onlara atfedilen önem düzeyi kadar sık ölçülmediği görülmektedir. Gruca ve Nath (1994)’a göre hastanelerdeki verimliliği göstermek amacıyla en yaygın kullanılan ve hastanelerdeki faaliyetlerin performanslarının bir göstergesi sayılan ölçüt, “yatak doluluk oranı”dır. Belli bir zaman dilimi içerisinde, hasta yataklarının hastalar tarafından ne oranda kullanılmakta olduğunu gösteren bu ölçütün hastanelerdeki önemine binaen yüksek olması beklenir. Çalışma sonuçlarına göre “yatak doluluk oranı” ölçüte verilen önem düzeyinin yüksek olmasının yanında, en sık ölçümü yapılan ölçüt olması da dikkat çekicidir.

Araştırmada, Dengeli Ölçüm Kartı’nın geleneksel ismiyle “müşteri boyutu” olarak adlandırılan üçüncü boyut, hastanelere göre uyarlandığında değiştirilerek “hasta ve personel boyutu” şeklinde de yer almaktadır. T. C. Sağlık Bakanlığı’na bağlı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı (2011) tarafından, “Hizmet Kalite Standartları” adı altında yayınlanan son yönergede, kurumsal hizmet yönetimi boyutu altında hasta (yatan ve ayakta hasta memnuniyeti) ve çalışan memnuniyeti anketleri yapılmasına yönelik uygulama başlatılmıştır. T. C. Sağlık Bakanlığı bu süreçle birlikte, sağlık hizmetlerinde hasta odaklı ve hasta memnuniyetini benimseyen bir politika uygulama sürecindedir. Öksüz (2010)’ün hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi konulu tez çalışması sonuçlarına göre ise, klinik ve poliklinik hastalarının memnuniyetini ölçme amaçlı 700 kişiye uygulanan anket sonuçlarına göre, ayakta ve yatan hastaların hastanenin klinik ve poliklinik hizmetlerinden memnuniyet düzeyi yüksek bulunmuştur. Çizelge 4’te görüldüğü gibi, hasta ve personel boyutu ölçütlerine yüksek düzeyde önem verilmektedir. Yöneticilerin en çok önem verdikleri ölçütler “yatan hasta memnuniyeti”, “ayakta hasta memnuniyeti” ve “acil hasta memnuniyeti”dir. Hasta memnuniyeti ölçütlerinin, hem önemlilik hem de ölçüm sıklığı düzeylerinin üç memnuniyet türünde de yüksek çıkması, yöneticilerin bu ölçütleri performans ölçümünün temel ölçütleri saydıklarının göstergesidir.

Bir başka önemli bulgu da, ölçüm sıklıkları açısından en yüksek puanı “hasta şikâyet oranı” 4,090±0,902 ölçütünün almasıdır. Bu ölçütün, diğer ölçütlere göre daha sık ölçümünün yapıldığını gösteren bu sonuç, Sağlık Bakanlığı’nın kalite çalışmalarına başladığı 2005 yılından 2011 yılına kadar geçen süreçte, yayınladığı Hizmet Kalite Standartları (2011) içerisinde belirlenen dikey boyutlandırmaya karşı yatay boyutlandırmada yer alan “hasta ve çalışan güvenliği”nden kurumsal verimlilik katsayısını belirlemede yararlanılmaktadır. Hasta güvenliğinin ve hasta haklarının önem kazanmasının da bir sonucu olarak hastanelerde, “hasta şikâyet oranı” ölçütünün daha sık ölçümünün yapıldığını söyleyebilmek mümkündür. Çizelge 4’e bakıldığında da görüleceği gibi, müşteri (hasta ve personel) boyutunun tüm ölçütlerine verilen önem düzeyi ölçüm sıklığından yüksektir.

Hastane yöneticilerinin öğrenme ve gelişme boyutu ölçütlerine verdikleri önem düzeyleri açısından, “kalite iyileştirme takımları sayısı (veya hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı)” ölçütü hariç diğer tüm ölçütlerin 3 ile 4 aralığında puan aldıkları görülmektedir. Bu boyut içerisinde yer alan ölçütlerin önemlilik düzeylerinin, diğer üç boyuttan daha düşük önem düzeyine sahip olmasında, araştırma kapsamındaki 6 hastaneden birinin eğitim ve araştırma hastanesi olarak yer almasının etkisi büyüktür. Araştırma hastaneleri, sağlık hizmetlerinin yanı sıra, sağlık profesyonellerinin eğitimine yönelik hizmet de sunmaktadırlar (Tengilimoğlu ve ark., 2011). Araştırma hastanelerinin bu özelliğinden dolayı, öğrenme ve gelişme boyutu ölçütlerinin hastanelerin mülkiyetlerine göre karşılaştırılması sonuçlarına göre, araştırma ve uygulama hastanesi, belirgin farklarla diğer hastane türlerinden ayrılmaktadır. Bu boyut içindeki “tıbbi personel başına bir yıl içerisinde yayınlanmış akademik yayın sayısı” (2,186±1,367), “yıllık kongre ve konferansa katılmış personel sayısı” (2,549±1,150), “tıbbi araştırma giderleri” (2,653±1,288) ve “çalışanların hizmet içi eğitim gideri” (2,844±1,297) ölçütlerinin orta değer olan 3’ün altında bir puan aldıkları görülmektedir. Buna karşılık, “kalite iyileştirme takımları sayısı (veya hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı)” (3,384±1,108), “hastane içinde kurulan komite ve komisyonların sayısı” (3,313±1,139) ve “bilgi işlem sistemlerine yapılan yıllık yatırım tutarı” (3,078±1,077) ölçütlerinin ölçüm sıklıkları daha yüksektir. Coşkun (2005)’un çalışma sonuçlarına göre, öğrenme ve gelişme ile ilgili performans ölçütleri, diğer boyutlardaki ölçütlerden daha az sıklıkta ölçüldüğü görülmüştür. Öğrenme ve gelişme boyutu içerisindeki ölçütlerin her birinin önem düzeyi ve ölçüm sıklıklarının karşılaştırılması, bu sonuç ile benzer özellik göstermektedir ki diğer boyut ölçütlerinde olduğu gibi, burada da önem düzeyinin ölçüm sıklığından yüksek olduğu görülmektedir. Yani, hastane yöneticilerinin öğrenme ve gelişme boyutundaki ölçütlere verdikleri önem nispetinde hastanelerde sık ölçüm yapılmamaktadır. Ayrıca hastane yöneticileri tarafından, önemli görülmedikleri halde sık ölçülen ya da sık ölçülmelerine rağmen önem verilmeyen herhangi bir ölçüte rastlanmamıştır.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre, hastanelerde performans ölçümü yapılmasının en önemli nedeni, “hastanemizin hastaların (müşterilerin) isteklerini karşılayıp karşılayamadığını belirlemek için” maddesi olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerde görülen en önemli sorun ise, “ölçmenin çalışanlara ve hastaneye sağlayacağı katkının doğru anlatılamaması” ifadesi ile elde edilmiştir.

Isparta’daki 6 hastane ile gerçekleştirilmiş bu araştırmada, yöneticilerin çoğu Dengeli Ölçüm Kartı’nı daha önce hiç duymadıkları ve çalıştıkları hastanelerde bu modelin uygulamasının yapılmadığı da tespit edilmiştir. Hastane yöneticilerinin Dengeli Ölçüm Kartı modeli ölçütlerine ne kadar yatkın ve hazır oldukları, hastanelerde modelin uygulanabilirliğini ölçmek amacıyla yapılan bu çalışmada, Dengeli Ölçüm Kartı’nın finansal, içsel süreçler, müşteri (hasta ve personel) ile öğrenme ve gelişme boyutları içerisindeki 41 performans ölçütüne verilen önemlilik düzeyi ve hastanelerde gerçekleştirilen ölçüm sıklıkları tespit edilmiştir. Genel olarak, yöneticilerin performans ölçütlerine verdikleri önem düzeyi kadar, bu ölçütlerin ölçümünün sık yapılmadığı ortaya konmuştur.

T. C. Sağlık Bakanlığı’nın, sağlık kurum ve kuruluşlarında bireysel performans ölçme ve değerlendirme yönteminden, kurumsal performans ölçümüne geçmesiyle birlikte, kurumu bir bütün olarak değerlendirebilmek amacıyla performans göstergelerinin kullanımına başlanmıştır. Bu göstergeler ve belirlenen standartlar aracılığıyla yapılan değerlendirmelerden dolayı, yöneticiler hastanelerde bu göstergeleri daha sık kullanır hale gelmiştir. Bundan dolayı, ölçütlere atfedilen önem düzeyinin yüksek bulunması, bu durumun bir sonucudur denilebilir.

Araştırma sonuçlarından hareketle şu tür öneriler sunulabilir:

* Dengeli Ölçüm Kartı içerisinde yer alan ölçütlere yöneticiler tarafından verilen önem düzeyi ve bunların hastanelerde ölçüm sıklığına bakıldığında, modelin hastanelerde kurumsal bir performans aracı olarak kullanılabileceği söylenebilir. Ancak yöneticilerin büyük bir çoğunluğunun isim olarak böyle bir performans ölçümünden haberleri yoktur. Hastane yöneticilerine Dengeli Ölçüm Kartı modelini tanıtmak yöneticilere kurumsal performans değerlendirme açısından farklı bir alternatif sunabilecektir.
* Performans ölçümünde en çok karşılaşılan sorun olarak “ö*lçmenin çalışanlara ve hastaneye sağlayacağı katkının doğru anlatılamaması*” nedeni bulunmuştur. Hastanelerde performans ölçümlerine başlamadan önce yöneticilerin hastane çalışanlarına uygulanan performans ölçüm teknikleriyle ilgili bilgilendirme yapması, çalışanların ölçüm çalışmalarına daha fazla katkı yapmasını sağlayacaktır.
* Hastane yöneticilerinin Dengeli Ölçüm Kartı içerisinde yer alan dört boyuttaki ölçütlere yüksek düzeyde önem verdikleri, ancak hastanelerindeki ölçümlerin önem verildiği kadar sık ölçülmediği ortaya çıkmıştır. Yöneticiler hastanedeki kurumsal verimliliği artırabilmek adına, önem verilen ancak önem verildiği kadar ölçülemeyen performans ölçütlerini ölçmek için yeni bir çalışma başlatabilirler.
* Dengeli Ölçüm Kartı modelindeki öğrenme ve gelişme boyutu içerisindeki ölçütlere verilen önem düzeyi ve bunların ölçüm sıklığı diğer boyutlara göre düşük bulunmuştur. Her ne kadar hastanelerden sadece biri eğitim ve araştırma hastanesi olsa da öğrenme ve gelişme boyutu tüm hastaneler açısından önemlidir. Tıbbi teknolojideki gelişmeleri hastaneleri açısından izleyebilmek adına yöneticilerinin öğrenme ve gelişme boyutundaki ölçütlerine önem vermeleri uzun vadede diğer boyutlardaki ölçütler açısından da iyileştirmelere neden olabilir.
* Hasta memnuniyeti hastanecilik hizmetlerinin değerlendirilmesinde ve rekabet üstünlüğü sağlamada önemli bir ölçüttür. Hem ayakta hem de yatan hasta memnuniyetinin ölçüm sıklığı özel hastanelerde kamu hastanelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Kamu hastanelerindeki yöneticiler özel hastanelerle rekabet edebilmek adına kendi hastanelerinde hasta memnuniyeti ölçümüne daha çok ağırlık verebilirler.
* Bu araştırma kapsamında hastane üst düzey yöneticileri ve hastanelerin kalite birimi sorumluları bulunmaktadır. Bundan sonraki çalışmalar, Dengeli Ölçüm Kartı modelinde yer alan ölçütlere ne kadar önem verildiği ve ölçüm sıklıkları hastanelerdeki ilgili birim çalışanlarıyla görüşülerek yapılabilir. Ayrıca performans ölçütlerinin ölçüm sıklıkları hastane kayıtları temel alınarak da ortaya konulabilir.

Araştırma sonucunda 6 hastane ve 68 yöneticiye ulaşılmıştır. Bundan sonraki çalışmalarda, daha kapsamlı bir araştırma planı çizilirse ya da daha geniş bir örneklem üzerinde çalışılırsa, dışsal geçerliliği daha yüksek sonuçlara ulaşılmış olacaktır.

**KAYNAKÇA**

* ARGÜDEN, Y. SAĞDIÇ, E., KAPLAN R. S., ve NORTON, D. P., (2000), **Balanced Scorecard**, AR-GE Danışmanlık Yayınları, No.1.
* BEKMEZCİ, M., (2008), **Türk İşletmelerinin Balanced Scorecard Yöntemi Açısından Altyapı Uygunluğunun Değerlendirilmesi**, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
* CHANG, W., TUNG, Y., HUANG, C. & YANG, M., (2008), **“Performance Improvement After Implementing the Balanced Scorecard: A Large Hospitals Experience in Taiwan”**, Total Quality Management, vol. 19, No. 12, December, s. 1257-1258.
* CHEN, X., K. YAMAUCHI, KATO, K., NISHIMURA, A., & ITO, K., (2006), **“Using the Balanced Scorecard to Measure Chinese and Japanese Hospital Performance”**, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 19 No. 4, pp. 339-350.
* COŞKUN, A., (2005), **İşletmelerde Performans Yönetimi: Bir Yönetim Muhasebesi Aracı Olarak Performans Karnesi**, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
* GAO, T. & GURD, B., (2006), **“Lives in the Balanced: Managing with the Scorecard in Not-Profit Healthcare Settings”**, Eighth Biennial Conference, Navigating New Waters, 26-28 November.
* GRUCA, T. S. & NATH, D., (2010), **“The Impact of Marketing on Hospital Performance”**, Journal of Hospital Marketing, 8 (2), 87-112, 1994’den aktaran KAVUNCUBAŞI, Ş. ve S. YILDIRIM, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
* ÖKSÜZ, A., (2010), **Hizmet Kalitesi Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması**, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
* TENGİLİMOĞLU, D., IŞIK, O., & AKBOLAT, M., (2009), **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
* “T. C. Sağlık Bakanlığı “Sağlık Bakanlığı, Hastane Hizmet Kalite Standartları”, 2011a, <http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/hastane_hizmet_kalite_standartlari.pdf> (Erişim Tarihi: 10.09.11).

1. ***Necla YILMAZ****, Arş. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü.* [↑](#footnote-ref-1)
2. ***Ramazan ERDEM****, Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü.* [↑](#footnote-ref-2)