

HASTANELERDE MALİ PERFORMANSIN İNCELENMESİ: ÜMRANİYE ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ ÜZERİNE ÖRNEK BİR UYGULAMA¹

EXAMINATION OF FINANCIAL PERFORMANCE IN HOSPITALS: A MODEL IMPLEMENTATION ON ÜMRANİYE RESEARCH AND IMPLEMENTATION HOSPITAL

ФИНАНСОВАЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНИЦ НА ПРИМЕРЕ ЮМРАНИЙСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Murat KORKMAZ² Selami GÜNEY³

ÖZET

Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesinin mali performansının incelenmesini konu alan bu çalışmada ilk bölümde devlet hastanesi ile uygulama araştırma hastanesi arasındaki farklar ortaya konulmaya çalışılmıştır. Sonraki bölümde Genel Sağlık Sigortasının kapsamı hakkında bazı bilgiler verilerek bu uygulamanın hastanelere yansımaları üzerinde durulmuştur. Son bölümde mali tabloların analiz edilmesinde kullanılan yöntemler hakkında bilgiler verilerek Ümraniye Uygulama ve Araştırma Hastanesinin 2005-2008 yıllarına ait bilanço ve gelir tablosundan elde edilen bilgiler ışığında likidite, karlılık ve kaldıraç rasyoları bulunarak sonuçlar irdelenmiştir. Sonuç bölümünde ise konuyla ilgili çıkarımlar yapılarak öneriler ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler:Bilanço, Sağlık, Sigorta, Performans, Hastane, Ümraniye Devlet Hastanesi

ABSTRACT

In this study being about the examination of financial performance of Ümraniye Research and Implementation Hospital, differences between state hospital and implementation research hospital were tried to be presented in the first chapter. In the next chapter, some information regarding the scope of General Health Insurance were given and the reflection of the implementation on hospitals were emphasized. In the last chapter, after giving information about methods used in analysis of financial statements; liquidity, profitability and leverageratios were found and results were examined in the light of information obtained from balance sheet and income statement of Ümraniye

¹ Bu Çalışma 13-15 Eylül 2012 Tarihinde Süleyman Demirel Üniversitesi 6 ncı Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresinde Bildiri Olarak Kabul Edilmiştir.

² Güven Grup A.Ş. Finans Yönetmeni

³ Erzincan Üniversitesi İ.İ.B.F. İşletme Bölümü Muhasebe Finansman A.B.D.

Implementation and Research Hospital belonging to years of 2005-2008. In conclusion chapter, deductions about the subject were made and suggestions were put forth.

KeyWords:Balancesheet, Health, Insurance, Performance, Hospital, Ümraniye StateHospital

РЕЗЮМЕ

В первой части статьи рассматривается разница финансовой производительности между государственной и исследовательско -практической больницей. В следующих частях статьи имеются данные о всеобщей страхований здоровья и его влияния на исследовательско -практические больницы. В последней части статьи рассматриваются методы анализа финансовых таблиц и на основе этого изучены наличные, подаходные рационы и финансовый баланс 2005-2008 годов Юмраниисской исследовательско-практической больницы. В статье высказаны рекомендации по изученному материалу.

Ключевые слова: баланс, здоровье, страхование, производительность, больница, Юмраниисская государственная больница.

Giriş

2000'li yılların başında sağlık alanında yaşanan gelişmeler Türkiye için oldukça önemlidir. 2004 yılında kabul edilen Genel Sağlık Sigortası yasası ile ülkede yaşayan tüm vatandaşlar Genel Sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Genel sağlık sigortasının başlaması ile birlikte sağlık hizmetlerine ulaşım daha kolay hale gelmiştir. Hastanelere kolay ulaşımın yanında başvuru yapan vatandaşların sağlık sorunlarının tespit ve tedavisinin daha iyi koşullarda yapılması için birçok hastane Araştırma ve Uygulama Hastanesi konseptine geçirilerek vatandaşın daha iyi sağlık hizmeti almasına çalışılmıştır. Uygulama ve Araştırma konseptine geçen hastanelerden biri olan Ümraniye Araştırma Hastanesinin 2005 yılında başlayan bu sürecinin hastanenin mali tablolarına nasıl yansıdığını incelemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Hastane olsa bile sonuçta bir işletme olan bu kurumun varlığını sürdürmesi için gerekli koşullara ne kadar sahip olduğu sorusu bu çalışmanın ana amacını teşkil etmektedir. 2005-2010 döneminde yani devlet hastanesi konseptinden uygulama ve araştırma hastanesine geçişin Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesinin mali tablolarına nasıl yansıdığı rasyo analizi yardımıyla incelenmiştir. Bu amaçla 2005-2010 dönemine ait karlılık rasyoları, likidite rasyoları, kaldıraç rasyoları bulunarak hastanenin söz konusu dönemdeki mali performansı ortaya konulmuştur.

Sağlık Kavramı

Sağlık, hastalar ve sağlık çalışanları açısından farklı şekillerde bir kavram açıklanan bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple sağlık kavramı hakkında, farklı zamanlarda değişik koşullara göre dar ve geniş tanımlamaların yapıldığı söylenebilir.

Hastalar için sağlık; hastalık halinin olmaması olarak tanımlanırken, sağlık çalışanları bu kavramı insanın normal yaşamında meydana gelen her türlü sapmalar olarak tanımlamaktadırlar(Özkara 2006). Dar anlamıyla sağlık, bireyin herhangi bir zihinsel, ruhsal ya da fiziki rahatsızlığı olmaksızın hayatını idame ettirebilmesi iken, geniş anlamda

ise bireyin hastalık ya da sakatlık durumunun olmaması yanında, ruhen, beden ve sosyal yönden tam bir huzur içerisinde bulunması olarak tarif edilmektedir (Çelikay 2009).

Sağlık insanlar kadar onarlı idare eden hükümetlerinde göz ardı edemediği ve bu amaçla çeşitli sağlık programları hazırlayarak seçmenleri ikna etmeye çalıştıkları önemli bir konu olarak varlığını hissettiren bir olgudur.

Sağlık Hizmetlerinin Tanımı Ve Sınıflandırılması

Türkiye’de 1961 yılında yürürlüğe giren 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’da sağlık hizmetleri, “*İnsan sağlığına zarar veren faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler*” olarak tanımlanmıştır. Diğer bir deyişle, bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla yapılan çalışmaların tümüne “*sağlık hizmetleri*” adı verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin genel tanımından hareketle hizmet üretiminin temel amacı için, başta kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, onları hastalıklardan korumaktır demek hiç de yanlış olmaz. Sağlık hizmetlerinin farklı düzeylerde karşılıklı ilişki içinde bulunduğu bileşenlerden ekonomi ve temelindeki politikalar ele alındığında değişimlerden bu kavramı ortaya koymak mümkün olmaktadır (Özdemir 2010).

Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Kamusalılık: Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır, bu tür hizmetler tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlar.

Dışsallık: Sağlık hizmetleri üretim ve/veya tüketim faaliyetleri sonucunda, başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarını olumlu veya olumsuz etkileyebilir.

Yararlı Mallar: Sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu dışsal fayda sağlar.

Devlet Müdahaleleri: Sağlık hizmetlerinde bu müdahaleler planlama, yatırım, kontrol ve destek şeklindedir.

Belirsizlik Altında Seçim: Hizmet alan kişiler alacağı hizmetin maliyet ve kalitesi hakkında bilgi sahibi değildir veya çok az bilgisi vardır. *Asimetrik Bilgilenme:* Hizmet alan taraf (hasta) ve hizmet veren taraf (hekim) arasında bilgi açısından diğer sektörlerle karşılaştırıldığında bilgi açısından büyük fark vardır.

Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi: Sağlık hizmetine nerede, ne zaman, kimlerce ve ne kadar ihtiyaç duyulacağı ve bunun ne kadar süreceği çoğu zaman belli değildir.

Sağlık Malının Yetersiz Tüketiminin Toplumunu da etkilemesi: Sağlık hizmetinin taşıdığı kamusalılık ve dışsallık özellikleri nedeniyle, yeterince sunulmadığı ya da tüketilmediği takdirde toplumun tümü zarar görmektedir (Çıraklı ve Sayım 2009).

Sağlıkta Dönüşüm Projesi

Sağlıkta dönüşüm projesinin en çok etkili kurumların başında Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesi gelmektedir. 2003 yılında başlayan bu proje kapsamında devlet hastanesi olarak görev veren Ümraniye Devlet Hastanesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesine dönüşmüştür.

Sağlıkta dönüşüm projesi(SDP) kapsamında vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşımı daha kolay hale getirilmiş, bu amaçla artan hasta ve tedavi ihtiyaçlarına cevap verebilmek için birçok hastane araştırma ve uygulama hastanesine dönüştürülmüştür. SDP, Türk sağlık sektörünün uzun zamandan beri var olan sorunlarını ele almak için tasarlanmıştır, bu sorunlar:

a) Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları

b) Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler

c) Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirliktir.

SDP'nin amacı, yönetim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili hale getirmektir. SDP kapsamında öngörülen kilit özellikteki kurumsal ve organizasyon değişiklikleri şunlardır:

- SB'nin kılavuzluk işlevinin güçlendirilmesi amacıyla SB'nin yeniden yapılandırılması (OECD 2008).(Bunun için SB'nin hizmet sunucu işlevinden kurtulması ve bunun yerine hastalık sürveyansı/hastalık kontrolü, sağlık düzenlemesi, planlama ve yönetim kapasitesi, izleme ve değerlendirme, sağlığın teşviki, sağlık alanında sosyal katılım, hakkaniyetli erişimin artırılması, kalite güvencesi, insan kaynakları eğitimi, halk sağlığı, kontrol ve afet önleme araştırmaları gibi işlevlerini güçlendirerek genişletmesi gerekmektedir).

- SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programlarını tek bir şemsiye (SGK) altında birleştirecek tek bir satın alıcı bünyesinde Genel Sağlık Sigortası(GSS)'nin kurulması. (GSS'ye kaydolmak zorunlu olacaktır. Prim oranları, ödeme gücü ile orantılı olacak ve tüm lehtarlar aynı teminat paketine hak kazanacaktır. Primini ödeyemeyeceği düşünülenlerin primleri, para ve mal varlığı soruşturması sonucuna göre kamu fonlarından ödenecektir. SGK, sağlık sektöründeki tek satın alıcı olarak, teminat paketinin sunumu için özel hizmet sunucular ve kamu hizmet sunucuları ile sözleşmeler yapacaktır.)

- Kamu hastanelerine özerklik tanımak, aile hekimliği modeline dayalı güçlü bir koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi oluşturmak, etkili bir sevk sistemi kurmak ve sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesini iyileştirmek vasıtasıyla sağlık hizmetleri sunumu sistemlerinin reforme edilmesi.

- SDP'nin sağlık reformu hedeflerinin gerçekleştirilmesi için birbiriyle ilintili konuların ele alınması (OECD 2008).(Bu hedefler şöyledir: Yeterli bilgi ve becerilere sahip motive sağlık personelinin olması, sağlık sistemini destekleyecek eğitim ve bilim enstitülerinin güçlendirilmesi ve sağlık sektörü karar alma süreçlerinde etkili bilgiye erişimin iyileştirilmesi).

Sağlık Ekonomisi Kavramı

Sağlık ekonomisi, ekonomi bilimi kurallarının sağlık hizmetleri alanına, yani sağlık sektörüne uygulanmasıyla ortaya çıkmış olan ve sağlık sektörüne ayrılan kaynakların hızla artışına paralel olarak gelişmiş bir bilim dalıdır. Bu genel yaklaşım ışığında, sağlık ekonomisi, "sağlık sektörüne ayrılmış olan tüm kaynakların (sağlık işgücü, sermaye, bina, tıbbi ekipman vs.) maksimum düzeyde sağlık hizmeti üretmek amacıyla, en etkili ve verimli şekilde nasıl kullanılacağını ve üretilen bu hizmetin topluma en iyi şekilde nasıl

bölüştürülebileceğini bulmayı amaçlayan bilim dalı” olarak tanımlanabilir (Acar ve Yeğenoğlu 2006).

Günümüzde gelişmiş ya da belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan gücüne yapılan yatırım olması nedeni ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için her yıl daha fazla kaynak tahsis etmektedirler. Ekonomik kalkınmanın da temel unsuru olan insanın sağlığının korunup geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için, gelişmiş ülkeler Gayri Safi Yurtiçi Hasıllarından (GSYH) her geçen yıl daha fazla pay ayırmaktadırlar. Bir anlamda sağlığa yapılan yatırımlar “üretken yatırım” olarak kabul edilmektedir. Toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Ekonomik gelişmesini belli bir seviyeye ulaştırabilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık konusunda farkındalıkları da artmaktadır. Bununla birlikte sağlık düzeyinin gelişimi de ekonomik gelişimi hızlandırmaktadır. Yapılan çalışmalarda, ekonomik göstergelerde meydana gelen iyileşmelerin sağlık göstergelerini pozitif yönde etkilediği gözlenmiştir. Ülkeler sanayileştikçe ve gelir seviyesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayırmaktadır. Son on yıl içerisinde OECD ülkelerine baktığımızda sağlık harcamaları ortalama % 4,4 artış göstermiştir. Ülkelerin zaman içerisinde gelirlerindeki artış da dikkate alındığında sağlık harcamaları için ayrılan ödeneklerin rakamsal olarak da daha yüksek miktarlarda olduğu açıkça söylenebilir(Ersöz 2008).

Devletin Sağlık Sigortasını Üstlenme Sebepleri

Sağlık hizmetlerinin kapsama alanından ziyade bu hizmetlerin sunumunda ortaya çıkan iktisadi davranışların ortaya konmasına çalışılmaktadır. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin arz ve talebi ile ilgili bir takım ortak noktalar belirlenebilmektedir. Ayrıca sağlık sigortacılığının çoğu ülkede kamu tarafından üstlenilmesine ve sağlıkta kamu yatırımlarının ağırlığına dair sebeplerin de incelenmesi gerekmektedir. Ülkelerin çoğunda sağlık hizmetlerinin ve genel sağlık sigortalarının kamu tarafından finanse edilmesi sonucu, sağlık harcamalarının finansmanında en büyük rolü kamu sektörü üstlenmektedir. Toplam sağlık harcamaları finansmanında sosyal güvenlik kurumları tarafından yapılan harcamalar ve genel devlet harcamaları birleştirildiğinde WHO istatistiklerine göre dünya genelinde kamunun payı 2005 için %59’a, 2007 yılı için ise %60’a (WHO, 2010) ulaşmaktadır. Devletin sağlık sektöründe olmasının gerekliliğine dair sebepler dört başlık altında sıralanabilmektedir(Sayım 2011).

-Yetersiz Bilgi

-Olumsuz Seçim ve Ahlaki

Tehlike -Dışsalıklar

-Paternalizm

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri temelde iki başlık altında toplanmaktadır.

1 - Doğrudan finansman yöntemi

2 - Dolaylı finansman yöntemi

Doğrudan finansman yöntemi, hizmetten faydalananın, hizmetin bedelini doğrudan kendisinin ödemesi anlamına gelmektedir. Hizmeti talep eden kişi, hizmeti arz eden kamu veya özel müessese veya kişiye ücreti doğrudan ödemektedir. Dolaylı finansman yönteminde ise; hizmeti arz eden ile talep eden arasında üçüncü bir unsur olan ödeme

müessesesi. "Üçüncü Taraf Ödeyici" (Third Party Payer) yer almaktadır. Arz müessesesi ile talep sahipleri arasında para alış-verişi tamamen veya kısmen ortadan kalkmaktadır. Finansal araçlar da denilen üçüncü taraf ödeyicilerin yer aldığı sistemlerde tüketicilerin risk paylaşımı söz konusudur (Tutar ve Kılınç 2007).

Hastalık riskinin yol açabileceği harcamalar sadece kullanıcı tarafından yüklenilmemekte, ancak aracı mali müessese (ortak fon) katkıda bulunan herkes tarafından paylaşılmaktadır. Ancak belirlenecek asgari hizmet düzeyinin üzerinde bir talebi karşılamak üzere, ortak fona ilave katkı sağlanması istenebilir. Mali aracı, temel finans kaynağı vergi olan devlet olabileceği gibi, sigorta primleriyle finanse edilen sigorta kuruluşu veya üyelerin aidatıyla finanse edilen yardım sandığı da olabilmektedir. Doğrudan finansman yönteminde, bir tarafta tüketiciler diğer tarafta ise kamu veya özel kesim hizmet sunucuları yer almakta olup, sistem oldukça basit bir yapı göstermektedir. Buna karşılık, dolaylı finansman yönteminde sistem daha karmaşık olup, tüketici, üretici, aracı ve kamu kesimi (devlet) arasında çoklu bir ilişkiler ağı söz konusudur (Yıldırım 1994).

Sağlık Finansmanının Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetleri, Ortaçağ Avrupa'sının zanaatçıları arasında özel sigortacılık ile başlayan hastalık riskine karşı finansal koruma sağlayan sistemlerin kurulmasına kadar olan dönemde cepten ödemeler ile finanse edilmiş veya hayır kurumlarınca ücretsiz olarak sağlanmıştır. Sağlık finansmanı, 19. yüzyılın sonlarına doğru sosyal dayanışma ilkesine dayanan ve işçi işveren primleri ile finanse edilen sosyal sigortacılık yöntemi ile 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ise kamu yararı gözetilerek tüm nüfusu kapsayan ve vergilerle finanse edilen ulusal sağlık hizmetleri sistemleri ile tanışmıştır. Son yıllarda yeterli ve sürdürülebilir kaynak oluşturmak ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla, tıbbi tasarruf hesapları ve kullanıcı katkıları gibi sosyal dayanışma boyutu bulunmayan finansman yöntemleri de gündeme gelmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlayan kuruluşlar;

— Temelde vergi gelirleriyle finanse edilen Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, diğer kamu kurumları ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları için kullanılan genel bütçe;

— SGK, ve Emekli Sandığı üyelerinin aylık gelirlerinden kesilen sosyal güvenlik katkıları;

— Özel sağlık kurumlarına ve Özel muayenehanelerinde hizmet veren hekimlere doğrudan yapılan cepten ödemeler, özel sağlık sigortası primleri ile sağlanmaktadır.

a) Devlet Bütçesi: Genel bütçe vergi gelirleri tarafından finanse edilen, kamunun vatandaşlarına sağladığı sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağıdır. Türkiye'deki sağlık politikalarını belirleyen en büyük sağlık hizmetleri sunucusu olan Sağlık Bakanlığının gerçekleştirdiği harcamaların çok büyük kısmı genel devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Genel bütçe, Sağlık Bakanlığı hastaneleri bütçelerinin sadece %35'ini karşılamakta ve aradaki fark döner sermaye yoluyla finanse edilmektedir (Akın 2007).

b) Sosyal Güvenlik Katkıları: Devlet, sosyal güvenlik şemsiyesi altında yaşayan bu vatandaşlarının ücretlerinden yapmış olduğu sosyal güvenlik kesintileri ile sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak yaratmaktadır. Bu kesintiler sadece çalışan sigortalıdan ve işverenden yapılmakta olup bakmakla yükümlü olduğu kişilerden herhangi bir kesinti yapılmamaktadır. Dolayısıyla sosyal güvenlik kapsamında olan insanların çoğu yüksek miktarda katkı anlamına gelmemektedir (Kaya ve Neval 2008).

c) Emekli Sandığı: Emekli Sandığı, emeklilik fonu, sağlık sigortasını bir arada sunan bir sosyal güvenlik kuruluşudur. Kurum, Maliye Bakanlığı'nın yönetimine denetimine tabi olarak hizmet vermektedir. Emekli Sandığı, aktif çalışanların maaşlarından kesilen %16'lık çalışan katkısı ve işveren durumundaki devletin %20'lik katkısı ile finanse edilmektedir. Kurumun kaynaklarına zaman zaman devlet tarafından yapılan ilave sübvansiyonlar verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması hedeflenmektedir.

c) Özel Sigorta: Türkiye'de özel sağlık sigortası uygulamasına 1990'lı yıllardan itibaren izin verilmiştir. Türkiye özel sağlık sigorta şirketleri için cazip bir pazar olmakla beraber istenilen seviyelere ulaşamamıştır.

d) Cepten Ödemeler ve Katkı Payı: İnsanların kendi gelirlerinden gerçekleştirdiği sağlık harcamaları cepten ödemeler olarak adlandırılmaktadır. Kişiler satın aldıkları sağlık hizmetlerinin tamamını ya da bir kısmını kendileri karşılamak durumunda kalabilmektedir. Cepten yapılan ödemeler, kurumlara yapılan doğrudan ödemeler özel hekim ve gönüllü sağlık sigortalarına ödenen primler, ilaç ve hizmetlere yapılan katkı payları şeklinde olabilir (Yaşar 2007). Ayrıca bu bağlamda diğer bir ödeme aracı olarak 5510 Sayılı yasayla yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortasından da bahsetmek gerekmektedir.

e) Genel Sağlık Sigortası(GSS): Genel Sağlık Sigortasında (GSS), bireylerin sağlık hizmetlerinin finansmanına gelirleri ile orantılı olarak katılımını sağlayan bir finansman yöntemi uygulanmaktadır. Alınan primler, devletin diğer gelirlerinden ayrı bir fonda toplanmakta ve yapılacak yardımlar bu fondan ödenmektedir. Bazen sigorta finansmanına devlet de katılmaktadır. Bu katkısı, ödeme gücü olmayanların primlerinin ödenmesi şeklinde olabileceği gibi primler gideri karşılamazsa aradaki açığı kapatma şeklinde de olabilmektedir. Kurumsal olarak tanım yapmak gerekiyorsa GSS, toplumdaki tüm bireylerin tamamını kapsayan sağlık hizmetinin finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı, sosyal bir sigorta olarak tanımlanabilir (Sıvacı 2007).

5510 sayılı Kanun vatani görevini yapan er ve erbaşlar ile yabancı ülkenin sigortalısı olanlar dışında tüm nüfusu kapsam altına almaktadır. Sigortalılıktan kaçınılmayacağı ve devredilemeyeceği belirtilerek zorunluluk esasına öngörülmektedir. Kişilere iş kazası ve meslek hastalığı hariç, tıbbi gereklilik dışında estetik amaçlı yapılan tıbbi müdahaleler, Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti kabul edilmeyen sağlık hizmetlerine ilişkin giderleri haricinde kapsamlı bir sağlık hizmeti öngörülmektedir. Bununla birlikte, karşılanan sağlık hizmetlerinin bedelleri esas alınarak % 10 ile % 20 oranı arasında katılım payı alınması planlanmaktadır. Sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık yardımlarından yararlanabilmek için sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorunda oldukları ve sevk zinciri kapsamında ilk başvurulacak yerin aile hekimi olacağı belirtilmektedir (Serin 2004).

Sigortalıların ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin iş kazası ile meslek hastalığı, acil durumlar, bildirim zorunlu hastalıklar ve kişisel koruyucu sağlık hizmetleri hariç sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için sigortalılığın statüsüne göre 30 gün prim ödenmiş olması veya primini kendisi ödeyenler için prim borcu olmama koşulu aranmaktadır. Karşılanacak sağlık yardımlarının bedellerinin tespitini ise GSS sistemini yürütecek Kurumun; prim gelirleri, sağlık hizmetlerinin maliyeti, sağlık hizmetinin sunulduğu il, Devletin ilgili hizmetlere doğrudan ya da dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, kanıt dayalı tip uygulamaları ile teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet etkililik

kriterleri, dikkate almak suretiyle, her bir hizmet için ya da yapılacak tıbbi işlemlerin türüne göre ayrı ayrı belirlemeye yetkili olduğu ve bu yetkisini oluşturulacak “Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu” eliyle kullanacağı belirtilmektedir (Giray 2010).

5510 sayılı Kanunda, sigortalı sayılanlardan alınacak prim oranının, belirlenen prime esas kazancın % 12,5'i olarak tespit edilmiştir. Genel Sağlık Sigortasında sigorta kapsamındaki herkes prim ödemekle yükümlü olacaktır. Bu primin miktarı prime esas kazancın %12,5 i oranında olacaktır. Bu oranın %7,5'i işveren katkısı %5'i de çalışan katkısı olarak hesaplanıp kuruma yatırılacaktır. Ayr ıca Devlet, sigortalının prime esas kazancı esas alınarak genel sağlık sigortası için ise %3 katkı yapacağı belirtilmektedir (Resmi gazete, 2006).

Finansal Bilgi Sistemi

Sağlık hizmetlerinin finansmanın ne ölçüde yapıldığının denetlenebilmesi veya neler noksan yapıldığının tespit edilmesi için çok iyi bir yönetim sisteminin oluşturulması gerekir. Ekonomik gelişmeler işletmelerde alınan kararlarında daha karmaşık hale gelmesine ve karar alma süreçlerinin uzmanlık bilgisine sahip olanlar tarafından oluşturulmasına yol açmıştır. Bu amaçla gelişene yönetim bilgi sistemlerinin iyi bir finansal bilgi sistemine sahip olmaları gerekir.

Bilgi sistemi işletme içinde oluşan tüm faaliyetlerin sistemsel akışını simgelemektedir. Bilgi sisteminin karmaşıklığı yönetim gereksinimleri ile doğrudan orantılıdır. Yönetimin bilgi gereksinmesi de işletme büyüklüğü, coğrafi dağılım ve faaliyetin niteliği ile doğrusal ilişki içindedir. İşletmenin amaçlarına ulaşmasına yardımcı bilgileri oluşturacak, gerekli araçları ve yönetimleri geliştirecek Finansal bilgi sistemi şu şekilde tanımlanabilir (Sevgener ve Hacirüstemoğlu 2000).

Finansal bilgi sistemi; işletme yöneticilerinin finansal kontrol işlevini sürdürebilmeleri doğrultusunda, varlık kontrolü ve geleceğin planlanması için gerekli bilgileri oluşturan, sistem elemanlarının bütünüdür (Sevgener ve Hacirüstemoğlu 2000). Finansal Bilgi Sisteminin en önemli bilgi sağlayıcısı mali tablolardır. Tek düzen hesap planı çerçevesinde düzenlenecek mali tablolar;

- a) Bilanço
- b) Gelir Tablosu
- c) Satışların Maliyeti tablosu
- d) Fon Akım Tablosu
- e) Nakit Akım Tablosu
- f) Kar Dağıtım Tablosu
- g) Öz kaynaklar Değişim Tablosu

Bu tablolardan, bilanço ve gelir tablosu dipnotları ve ekleri ile birlikte temel mali tabloları, diğerleri ise ek mali tabloları oluşturur (Gücenme 1996).

Mali Tablolar Analizinin Önemi

21.yüzyıl iş yaşamında mali tablolar geniş ölçüde kullanılmakta ve bunların analizi, yorumu büyük önem kazanmaktadır. Özellikle aşağıdaki etkenler, mali tabloların geniş ölçüde kullanılmasına yol açmış ve mali analizin önemini artırmıştır.

- a) İşletmelerin sürekli büyüme eğilimi göstermesi

- b) Vergi yasaları
- c) Sermaye Piyasasının gelişmesi
- d) Bankacılığın gelişmesi ve bankaların, firmaların kredi değerliliğini saptarken mali tablolardan yararlanmaları
- e) Kamu iktisadi teşebbüslerinin kurulması ve gelişmesi (Akgüç 2011).

Mali Tabloların Genel Nitelikleri

İşletmenin varlıkları, kaynakları, faaliyetlerinin sonuçları, gelir elde etme yeteneği ve nakit akımı hakkındaki bilgilerin işletme ilgililerine sunulmasında bir araç olan mali tablolar, istenilen amaçların gerçekleştirilmesi için bu tablolarda yer alan bilgilerin bazı niteliklere sahip olması gerekmektedir. Mali tablolara ilişkin temel nitelikler, finansal bilgilerde bulunan bilgileri daha yararlı hale getirerek, mali tabloların tam ve doğru olarak işletme ilgililerine açıklanmasını sağlamakta önemli bir aşamayı oluşturmaktadır. Bu açıdan mali tablolara ilişkin genel nitelikleri şöyle sıralayabiliriz:

- a) Yarar- Maliyet İlişkisi
- b) Önemlilik
- c) Muhasebe Bilgilerinin Niteliksel Özellikleri
- d) Anlaşılabilir Olma
- e) İhtiyaca Uygun Olma
- f) Güvenilir Olma
- g) Karşılaştırılabilir Olma (Apak ve Demirel 2010).

Mali Tanaliz Teknikleri

İşletmede kurulan finansal bilgi sisteminin ihtiyaç duyduğu bilgilerin sağlanmasında mali tablolar analizi işlevsel olarak öne çıkmaktadır. Mali Tablolar çeşitli yöntemler vasıtasıyla analize tabi tutularak, işletme için ihtiyaç duyulan bilgiler sağlanmaktadır.

Analize uygun hale getirilmiş temel mali tablolardaki bilgiler analiz yapacak kişinin cevap aradığı sorular için her şeye rağmen fazlasıyla rakam kalabalığından ibarettir. Bu tablolardaki bilgilere mali analiz tekniklerinin uygulanmasıyla mali tablolardaki bilgiler başka şekle bürünür ve kullanılabilir, daha rahat anlaşılabilir ve yorumlanabilir bilgiler haline gelir. Mali analiz teknikleri yardımıyla kalemler arası ilişkiler ve dönemler itibarıyla değişimler tespit edildikten sonra analizin en önemli safhası olan yoruma sıra gelir. Bu safhada ilişkilerin ne anlama geldiği ve değişimlerde hangi faktörlerin rol oynadığı tespit edilir (Gücenme 1996). Mali analizde kullanılan teknikler şunlardır:

- a) Karşılaştırmalı tablolar analizi
- b) Eğilim(Trend) yüzdeleri yöntemi ile analiz
- c) Dikey yüzde yöntemi ile analiz
- d) Fonların akışı yoluyla analiz
- e) Oranlar analizi

Karşılaştırmalı Tablolar Analizi: Bu yöntem iki döneme ait mali tablolardaki tutarların karşılaştırılması esasına dayanır. Bu yöntem genellikle iki biçimde uygulanır. İlk olarak birkaç dönemin tutarları yan yana sıralanır. Bu sıralama o kalemdeki gelişme seyrini kabaca belirtir. Son olarak, iki dönemin tutarı karşılaştırılır ve aradaki fark, artış veya azalış olarak tespit edilir. Bu farklarla bir sonuca ulaşılmaya çalışılır (Durmuş ve Arat 2000).

Eğilim (Trend) Yüzdeleri Yöntemi ile Analiz: Bilançoda yer alan kalemlerin zaman içerisinde göstermiş oldukları eğilimlerin saptanması ve incelenmesi ile bilançolar analiz edilebilir. Eğilim yüzdeleri, belirli tarihler veya dönemler arasında bilanço kalemlerindeki artış veya azalışları ve bu değişikliklerin göreceli önemini açıkça ortaya koyarak dinamik bir analiz yapılmasına olanak sağlar. Mali Analist, bilanço kalemlerinin göstermiş olduğu eğilimleri saptayarak ve aralarında organik bağ bulunan belirli kalemlerin göstermiş olduğu eğilimleri karşılaştırarak inceleme dönemindeki olumlu veya olumsuz gelişmeler hakkında sonuçlara varılmasını sağlar (Akgüç 2011).

Dikey Yüzde Yöntemi İle Analiz: Gelecekteki gelir ve giderleri tahmin etmenin bir yolu da geleceğin geçmişe benzer olacağını varsaymaktır. Dikey yüzde yöntemi ile analiz edilecek tablolardaki tutarlardan biri %100 olarak kabul edilir. Diğer kalemlerin bu kaleme oranı bulunur. Bulunan bu oranlara göre işletmenin analiz edilen mali tablosu hakkında öngörülerde bulunulur (Apak ve Demirel 2010).

Fonların Akışı Yoluyla Analiz: Bir işletmeyi tam olarak analiz edip de değerlendirme yapabilmek için, o işletmenin fon kaynaklarının neler olduğu, bunların nerelerden sağlandığı, işletmenin kendi kendini finanse etme imkânlarının neler olduğunun ve kaynakların verimli kullanılıp kullanılmadığı soruları bilanço ve gelir tablosu analizi ile cevaplandırılmaz. O halde işletmenin fon sağlama ve bunları kullanma, yatırımlara yöneltme ile ilgili dönem boyunca ortaya çıkmış bütün mali değişikliklerini kapsayan tabloların hazırlanması gerekir. Bu amaçla hazırlanan tablolara fon akım tabloları denir. Bir dönem boyunca işletmenin sağ lamış olduğu tüm mali kaynakları ve bunların kullanım yerlerini göstererek, bilanço ve gelir tablosunda görülmeyen fon akımını ortaya koymak amacıyla hazırlanan tablodur. Fon akım tablosu bilanço ve gelir tablosu ile birlikte ilgililere sunulur, böylece işletmenin mali gücü ve bu malın gücün nasıl kullanıldığı, gelecekteki fon gereksiniminin ne olduğu gibi konularda bilgiler verir (Güçenme 1996).

Oranlar analizi: Bir firmanın mali durumu, faaliyet sonuçları kavranırken ve değerlendirilirken, firmanın mali tablolarında görülen rakamlardan çok, bilanço ve gelir tablosunda yer alan kalemler arasındaki ilişkiler daha anlamlı olmakta, bu nedenle finansal analizde, oranlardan geniş ölçüde yararlanılmaktadır. Oran(rasyo), mali tablolarda yer alan herhangi iki kalem arasındaki ilişkinin basit matematik ifadesi olarak tanımlanabilir. Mali tablolarda yer alan kalemlerin sayısına göre geometrik olarak artan sayıda oran hesaplamak tüm kalemleri birbirleriyle karşılaştırarak geniş oranlar kümesi oluşturmak mümkündür. Ancak gerek firma yöneticileri gerekse mali analistler için önemli olan firmanın likidite durumu, borç ödeme gücü, finansman şekli, faaliyet sonuçları, karlılığı, iktisadi varlıklarını etkin biçimde kullanıp kullanmadığı konularındaki sorulara yanıt verecek, ışık tutacak oranların hesaplanmasıdır. Oranlar sadece firmanın cari ve mali durumunu değerlendirmek açısından değil, planlama ve denetim işlevini yerine getirmede ve üçüncü kişilerin özellikle firma ortaklarının, pay senetlerine yatırım yapmak isteyen birikim sahiplerinin ve finansman kurumlarının, firmanın mali durumunu ve gücünü nasıl gördüklerini, değerlendirdiklerini kestirme yönünden de işlev görmektedir. Rasyolar;

a) Likidite rasyoları

Dönen Varlıklar

1- Cari Rasyo= -----

Kısa Vadeli Borçlar

Dönen Varlıklar – Stoklar

2- Asit Test Rasyosu= -----

Kısa Vadeli Borçlar

3- Net İşletme Sermayesi= Dönen Varlıklar- Kısa vadeli Borçlar

b) Karlılık Rasyoları

1- Brüt Kar Marjı= $\frac{\text{Net Satışlar- SMM}}{\text{Net Satışlar}}$ Net Kar
2- Net Kar Marjı= $\frac{\text{Net Kar}}{\text{Net Satışlar}}$

Net Kar Net Kar

3- Öz kaynak Karlılığı = $\frac{\text{Özkaynaklar}}{\text{Toplam Aktifler}}$ 4- Toplam Aktif Karlılığı= $\frac{\text{Net Kar}}{\text{Toplam Aktifler}}$

c) Faaliyet Rasyoları

Net Satışlar

1- Stok Devir Hızı = $\frac{\text{Net Satışlar}}{\text{Ortalama Stoklar}}$

Ortalama Stoklar

Kredili Satışlar 2-

Alacakların Devir Hızı = $\frac{\text{Net Satışlar}}{\text{Ticari Alacaklar(Senetli+ Senetsiz)}}$

Ticari Alacaklar(Senetli+ Senetsiz)

) Net Satışlar

3- Öz sermaye Devir Hızı Oranı= $\frac{\text{Net Satış Tutarı}}{\text{Öz sermaye}}$

Öz sermaye

Net Satış Tutarı

4- Maddi sabit Değerlerin Devir Hızı = $\frac{\text{Net Satış Tutarı}}{\text{Maddi Sabit Değerler(net)}}$

Maddi Sabit Değerler(net)

d) Kaldıraç Rasyoları olmak üzere dört başlık altında toplanır. (Akgüç Öztin, 2010,20)

Toplam Borçlar Toplam Aktifler

1- $\frac{\text{Kısa Vadeli Borçlar}}{\text{Toplam Aktifler}}$ 2- $\frac{\text{Uzun Vadeli Borçlar}}{\text{Toplam Aktifler}}$

Öz sermaye Toplam Aktifler

Kısa Vadeli Borçlar

Uzun Vadeli Borçlar

3- $\frac{\text{Kısa Vadeli Borçlar}}{\text{Toplam Aktifler}}$ 4- $\frac{\text{Uzun Vadeli Borçlar}}{\text{Toplam Aktifler}}$

Toplam Borçlar Toplam Aktifler

Öz kaynaklar (FVÖK)

4- $\frac{\text{Öz kaynaklar}}{\text{Toplam Aktifler}}$ 6- Faiz Karşılama Rasyosu= $\frac{\text{Faiz Giderleri}}{\text{Toplam Aktifler}}$

Toplam Aktifler Faiz Giderleri

Ümraniye Araştırma Ve Uygulama Hastanesi

Uygulaması Ümraniye Hastanesi Hakkında Genel bilgiler

Hastane, 18.10.2002 tarihinde devlet hastanesi olarak açılmış ve 66.000 m² alan üzerine kurulmuştur. 2005 tarihinde uygulama ve araştırma hastanesi yapılmıştır. Şu an da hastanenin 75 adedi banyolu olmak üzere 167 adet hasta odası mevcuttur. Hastanede günlük 4000-4500 civarında hasta muayene edilmektedir. 174 uzman doktor, 163 asistan

doktor, 166 hemşire, 55 ebe ve diğer personel olmak üzere toplam 820 kadrolu personel ve ayrıca hizmet alım yöntemi ile de toplam 480 personel çalışmaktadır.

Amaç: Günümüz sağlık işletmelerinin ileri seviyede mali programlar yapabilmesi için mali analiz teknikleri ve verilerini kullanma zorunluluğu bilinen bir gerçektir. Genelde en yaygın olarak kullanılan analiz tekniklerine bakıldığında yüzde analizi, eğilim yüzdeleri analizi ve oranlar analizi yöntemlerinin kullanıldığını görmekteyiz. Bu çalışmada Ümraniye eğitim ve araştırma hastanesinin 2005 ve 2008 yıllarına ait bütçe gelir tabloları kullanılarak “Likidite, Karlılık ve Kaldıraç Rasyonları” incelenmiş olup hastanenin mali durumu incelenerek, karlılık ile yıllar arasındaki gelir gider farklılıkları elde edilmesi amaçlanmıştır.

Verilerin Toplanması Ve Analiz Edilmesi: Çalışmada 2005, 2006, 2007, 2008 yıllarına ait gelir gider tabloları, mali tablolar, bütçe giderleri, bilançolar ve hastanenin diğer mali bilgileri kullanılarak sonuca gidilmiştir. Kullanılan veriler hastanenin kurumsallaşma sürecinin başladığı 2006 yılı itibarıyla farklılıklar göstermiş ve her yıl bu mali oranlarda artış elde edildiği tespit edilmiştir.

Uygulama

YILLAR RASYOLAR	2005	2006	2007	2008
Likidite Rasyoları				
Cari Rasyo	1.57	1.71	1.58	1.65
Asit Test Rasyosu	1.57	1.71	1.29	1.09
Net İşletme Sermayesi	2.033.584.98 TL	3.630.413.61 TL	3.988.475.29 TL	4.998.349.71 TL
Karlılık Rasyoları				
Brüt Kar Marjı	0.70	0.64	0.59	0.56
Net Kar Marjı	0.10	0.04	0.03	0.08
Özkaynak Karlılığı	0.88	0.35	0.30	0.47
Toplam Aktif Karlılığı	0.09	0.04	0.03	0.07
Kaldıraç Rasyoları				
Borçlar/Özsermaye	23.21	11.64	15.41	22.49
Borçlar/Aktifler	0.88	0.87	0.87	0.84
Kısa Vad. Borç/ Top. Borçlar	0.15	0.13	0.14	0.10
Uzun Vad. Borç/ Top. Borçlar	0.84	0.86	0.85	0.89
Özkaynak/Toplam Aktifler	7.83	7.16	6.89	5.28

Likidite açısından Ümraniye hastanesi incelendiğinde 2005 yılında 1.57 olan cari rasyo dalgalı bir seyir göstererek 2008 yılında 1.65' ulaşmıştır. Ümraniye hastanesi uygulama hastanesi olmanın bir sonucu olarak birçok donanım yatırımı yapmıştır. Yapılan bu

yatırımlar uzun vadeli kaynaklarla yapıldığından dolayı cari rasyoda önemli bir değ işiklik gözlemlenmemiştir. Asit test rasyosu Ümraniye hastanesinde önemli oranda azalışa sebep olmuştur. Bu araştırma ve uygulama hastanesi olarak tedavi ve teşhis aşaması sırasında gerekli olan ve daha önce stoklanma ihtiyacı duyulmayan önemli hayati ilaç ve medikal unsurların in stoklarda bulundurulmasının mecburiyeti bu sonuca yol açmıştır. Net işletme sermayesi bakımından Ümraniye Araştırma ve uygulama hastanesi oldukça iyi durumdadır. 2005 yılında 2 milyon TL olan net işletme sermayesi yaklaşık olarak % 150'lik bir artışla 5 milyon TL'ye ulaşmıştır.

Karlılık açısından Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesi nicelendiğinde Genel Sağlık Sigortası kapsamında yapılan düzenlemeler etkisini en çok karlılık üzerinde göstermiştir. Sonuçta bir kamu kuruluşu olması ve finansmanının büyük ölçüde devlet tarafından sağlanması ve mevcut sağlık politikası gereği bu durum ortaya çıkmıştır. Net kar marjı 2005 yılını yakalayamasa bile 2006 ve 2007 yıllarına nazaran %100 artarak % 8'e ulaşmıştır. Öz kaynak Karlılığı 2005 yılında %88 iken bu oran 2006 yılında %35'e, 2007 yılında ise %30'a düşmüştür. Kar marjının düşmesine bağlı olarak öz kaynak karlılığının da düşmesi doğal karşılanması gerekir. Ancak Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesinin adaptasyon dönemini aştığı ve öz kaynak karlılığının 2008 yılında artarak %47'ye ulaşmıştır. Toplam aktif karlılığı açısından incelendiğinde Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesinin yaptığı ı duran varlık yatırımlarından dolayı düşme gösteren toplam aktif karlılığının 2008 yılında artmaya başladığını ve bu da hastanenin duran varlıklara yaptığı yatırımlarının karşılığın almaya başladığının ve gelecekte bu oranın daha da artacağını bir göstergesi olarak görülebilir.

Kaldıraç rasyoları açısından incelendiğinde Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesinin borçlarının sermayeye oranının 2005 yılına göre düşüş gösterdiği görülmektedir. Araştırma ve Uygulama Hastanesi olmanın gereği yapılan birçok duran varlık yatırımına ve stok yatırı mına rağmen borçların sermayeye oran ının düşmesi bir başarı olarak kabul edilmelidir. Ancak 2006 ve 2007 yıllarında büyük oranlarda düşüş gösteren bu oranın artmasında en önemli etken olarak hastanenin yatırımlarını daha çok borçla yapmaya yöneldiği kanısın ı ortaya koymaktadır. 2008 yılında borç oranında artış olmasına rağmen borç/ öz kaynak açısından Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesi çok iyi durumdadır. Borçlar/ Aktifler açısından Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesi 2005 yılına göre iyi durumdadır. Hem de yapılan birçok duran varlık ve stok yatırımına rağmen hastane borçlarını azaltmayı başarmıştır. Kısa Vadeli Borçlar/ Toplam Borçlar bakımından Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesi oldukça iyi durumdadır. Bu oran gelecekte hastanenin ödeme gücünü açısından herhangi bir sorun yaşamayacağını da bir göstergesidir. Hastane kısa vadeli borçlarını 2005'den 2008 yılına kadar %50 azaltmıştır. Uzun Vadeli Borçlar/ toplam Borçlar rasyosu incelendiğinde Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesinin borçlanmada uzun vadeli borç seçeneğini tercih ettiği görülmektedir. Yapılan birçok yatırım rağmen uzun vadeli borç oranının sadece %4'lük bir artış göstermesi mali yapısı ve artan karlılığı açısından hastane için sorun oluşturmayacak derecededir. Öz kaynak/Toplam Aktifler rasyosu incelendiğ inde 2005 yılında 7.83 olan bu oran 2008 yılında 5.28'e düştüğü görülmektedir. Bu durum Ümraniye Araştırma ve Uygulama Hastanesinin aktif yatırımlarını öz kaynaklar yerine uzun vadeli borçla yaptığının diğer bir göstergesidir.

Sonuç

Ümraniye eğitim ve araştırma hastanesine ait verilerin analizi ve bu konudaki mali rotasyon ile performansının değerlendirilmesi konusundaki ilk yapılan çalışma yine aynı

hastanede görev yapan Baş Hekim Yrd. Uzm.Dr.MehmetERTENÜ'nün 2010 yılında yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada “Yüzde Analiz Yöntemi Tekniği, Eğilim Yüzdeleri Analiz Tekniği, Oranlar Analiz Tekniği” kullanılarak mali tablo analizi yöntemi uygulanmıştır. Bu uygulama Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan “Eğitim ve Araştırma” hastanelerinde yapılan ilk çalışmadır. Ertenü tarafından gerçekleştirilen çalışmada, hastanenin bütçe gelir tabloları analiz edilerek yukarıda bahsetmiş olduğumuz analiz teknikleri kullanılarak yıllar itibariyle hastanenin mali akreditasyonları değerlendirilmiş ve hastanenin verimlilik ile performansı analiz edilmiştir. Yapılan analiz ve uygulama sonucunda hastanenin yıllar itibariyle karlılık oranlarını arttırdığı sonucu elde edilmiştir.

Kurumsallaşmamış ya da kurumsallaşma sürecinde bulunan hastanelerin birleştirilmesi ve buna bağlı olarak sunulan sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması; 2003 yılında uygulamaya konulan genel sağlık projesi kapsamında hastanelerde oluşan yoğunluk azaltılmaya çalışılmıştır. Genel sağlık projesi ile birlikte oluşan hasta yoğunluğunun daha sistemli hale getirilmesi ve hasta memnuniyetinin sağlanması koşulu ile bazı hastaneler eğitim ve araştırma hastanesi çatısı altında toplanmıştır. 2005 yılında kurumsallaşma sürecine giren Ümraniye eğitim ve araştırma hastanesinin de kurumsallaşmaya başladığı yıl itibariyle karlılık oranlarını yükselttiği görülmüştür.

Ümraniye eğitim ve araştırma hastanesinin 2006 yılı itibariyle uzman hekim sayısını arttırdığı, eğitim ve hasta tedavi kalitesini yükselttiği, araç, gereç, donanım ve mali uygulamalarında her yıl itibariyle iyileştirme gözlendiği tespit edilmiştir. Bu kurumsallaşmanın sonucu olarak birçok yeni donanım ve biriminin hastane bünyesine katıldığı görülmektedir.

Üzerinde uygulama gerçekleştirilen eğitim ve araştırma hastanesinin yıllar itibariyle gelir seviyesinin artış gösterdiği, karlılık oranlarının yükseldiği, stok hacminin genişlediği, finansal açıdan herhangi bir çıkmaz içinde olmadığı, mali ve yönetim sistemleri açısından belirlenen ve hedeflenen programa adaptasyon sağladığı görülmektedir.

2005 ile 2008 yılları arasındaki bilançolardaki oranların analiz sonuçlarına göre Ümraniye hastanesinin 2005 yılı için dönen varlıkları “5,620,184.98” 2006 yılı için “8,701,068.37” 2007 yılı için “10,838,912.04” 2008 yılı için “12,637,308.59” dir. Bu oranlara göre ortalama %20 ile %70 arasında artış gerçekleştiği gözlenmiştir. Yine kısa vadeli yabancı kaynaklar verilerine bakıldığında 2005 yılı için “3,586,600.00” 2006 yılı için “5,070,654.76” 2007 yılı için “6,850,436.75” 2008 yılı için “7,638,958.88” TL oranlar bulunmuştur. Bu oranlara göre yıllar itibariyle hastanenin %20 ile %110 arasında bir artış gösterdiği görülmektedir. Cari oranlara bakıldığında 2005 için 1.57, 2006 için 1.72, 2007 için 1.58, 2008 için 1.65 cari oran elde ettiği görülür. Hastanenin ticari alacaklar tablo değerlerine bakıldığında ise; 2005 için 5,558,681.41, 2006 için 8,603,697.06, 2007 için 7,640,045.88, 2008 için 8,091,472.45 TL değerleri bulunmuştur. Hastanenin son iki yıl için stoklarını irdelediğimizde ise, 2007 yılı için 1,934,385.49, 2008 yılı için 4,249,610.01 TL değerleri bulunmuştur. Yıllar itibariyle stok devir hızına bakıldığında 2007 yılı için 3.95, 2008 yılı için 1.92 olduğu görülür. Hastanenin yıllar itibariyle alacak devir hızında da artış gözlenmektedir. 2005 yılı için 0.16, 2007 yılı için 0.31, 2007 yılı için 0.63 ve 2008 yılı için 0.59 oranları bulunmuştur. Hastanenin sermaye yapısına baktığımızda ise, 2005 yılında 1.001.000.00. TL olan tutar 2006 ve 2008 yılları arasında 3.145.000.00. TL'ye yükseldiği ve bu tutarın son üç yıl içerisinde sabit kaldığı görülür. Hastanenin aktif varlıklar toplamında da yıllar itibariyle artış olduğu görülür. Varlıklar 2005'de 26,204,281.12, 2006'da 39,773,556.44, 2007'de 55,519,170.48 ve 2008'de 84,141,370.80 TL olarak gerçekleşmiştir. Toplam borçluluk oranlarına bakıldığında ise, 2005 'de“0.96”, 2006'da

“0.92”, 2007’de “0.94” ve 2008’de “0.96” olarak gerçekleşmiştir. 590 nolu hesapla izlenen hastanenin varlıkların kazanma gücü ve net karlılık oranlarına bakıldığında 2005 için 2,614,438.97, 2006 için 1,728,264.07, 2007 için 2,156,621.52, 2008 için 6,367,027.95 TL değerleri bulunmuştur. Yine 590 bilanço kodu ile aktif varlıkların toplam değerlerine baktığımızda 2005 için 26,204,281.12, 2006 için 39,773,556.44, 2007 için 55,519,170.48, 2008 için 84,141,370.80 değerlerine ulaşmaktayız. Varlıkların kazanma gücüne bakıldığında ise 2005 için 0.10, 2006 için 0.04, 2007 için 0.04 ve 2008 için 0.08 oranlarında varlık kazanma gücünde artış gerçekleşmiştir. 2007 ile 2008 yılları arasındaki oran artışının en önemli nedeni hastanenin daha önce dışarıya yaptırmış olduğu işlerin kendi bünyesinde yapmaya başlaması şeklinde yorumlanabilir. 500 bilanço kodu ile sermaye hesabına yıllar itibariyle baktığımızda 2005 için 1,001,000.00, 2006 için 3,145,000.00, 2007 için 3,145,000.00 ve 2008 için 3,145,000.00 TL, 590 muhasebe kodu ve dönem net karı hesabına baktığımızda ise 2005 için 2,614,438.97, 2006 için 1,728,264.07, 2007 için 2,156,621.52 ve 2008 için 6,367,027.95 TL değerleri bulunmuştur. Öz sermaye kazanma gücü oranlarına baktığımızda % olarak 2005 için 2.61, 2006 için 0.55, 2007 için 0.69 ve 2008 için 2.02 oranlarını gerçekleştirmiştir.

Yukarıda gördüğümüz gibi hastanenin 2005 itibariyle kurumsallaşma sürecine girmesi ve 2006 yılı itibariyle de bu kurumsallaşma sürecinin aktif olarak hayata geçirilmesinden dolayı karlılık oranlarını giderek yükselttiği gözlenmektedir. Ayrıca oranlar analiz tekniği, yüzde oranlar analiz tekniği ve eş ilim yüzdeleri analiz tekniği kullanılarak gerçekleştirilen mali tabloların analiz sonuçlarına göre hastanenin ve işletmenin kalem kalem karlılık ve gelir gider tablolarının daha net analiz edildiği, elde edilen analiz sonuçları ile hastane yönetiminin ilerleyen süreçte alacağı kararlar üzerinde etkili olacağı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca kurumsallaşma süreci içerisinde 2007 ile 2008 yılları arasındaki gelir gider ve karlılık oranlarına baktığımızda hastanenin dışarıdan sağladığı hizmet alımlarının 2008 yılı itibariyle kendi bünyesine dahil etmesinden sonra karlılık oranlarında %100 ve daha üzeri artış olduğu görülmektedir. Bunun en önemli nedenleri arasında kurumsallaşma ve hizmet sağlanan teknoloji yatırımlarının gerçekleştirilmesi, daha uzman kadro ve profesyonel personel istihdamının sağlanması olarak gösterilebilir.

Kaynaklar

ACAR Aylin; YEĞENOĞLU Selen.:(2006). “Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Farma ekonomisi”, Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Dergisi Cilt 26 / Sayı 1 / Ocak 2006 / ss. 39-55

AKGÜÇ Öztin.:(2011). “ Mali Tablolar Analizi” Avcıol Basım Yayın, 14. Baskı, İstanbul

AKGÜÇ Öztin .:(2011). “ Finansal Yönetim” Avcıol Basım Yayın, 8. Baskı, İstanbul

AKIN C. Serhat.:(2007). “ Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü” Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Adana

ALTUĞ Osman.:(1999). “Maliyet Muhasebesi”, Türkmen Kitabevi, 12. Baskı, İstanbul

APAK Sudi; DEMİREL Engin.:(2010). “ Finansal Yönetim Cilt.2” Papatya Yayıncılık, 1. Baskı, İstanbul

BÜYÜKMİRZA H. Kamil.:(2010) “Maliyet ve Yönetim Muhasebesi”, Gazi Kitabevi,15. Baskı, Ankara

ÇALIŞKAN Zafer.:(2008). “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım” Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 26, Sayı 2, 2008, ss. 29-50

ÇELİKAY Ferdi.:(2009).“Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği” Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir

ÇIRAKLI L. Zeynep; SAYIM Ferhat.:(2009).“Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkilik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi” Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, 19-21 Mart 2009, Antalya, 21.03.2009

DURMUŞ A. Hayri; ARAT M. Emin.:(2000). “İşletmelerde Mali Tablolar Tahlili”, Marmara Üniversitesi Nihad Sayar eğitim Vakfı Yayını, 1. Baskı, İstanbul

ERSÖZ Filiz.:(2008). “Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi” İstatistikçiler Dergisi, Sayı, 2 ss 95-104

GİRAY Burçak.:(2010). “ Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli” Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi, İstanbul

GÜCENME Ümit.:(1996). “ Mali Tablolar Analizi” Marmara Kitabevi, 1. Baskı, Bursa

KAYA Neval .:(2008).“Sağlık Yöneticilerini Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerini Değerlendirilmesi” Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi, Ankara

OECD.:(2008). “OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri– Türkiye”– ISBN 978-975-590-282-1 – © OECD ve IBRD/Dünya Bankası

ÖZDEMİR Özlem .:(2010).“Türkiye’de Sağlık Sektörünün Değişim Dinamikleri ve Değişen Çalışma İlişkileri”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yönetim ve Çalışma Psikolojisi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tez, İstanbul

ÖZKARA Yasemin.:(2006).“Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama”, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi, Antalya

RESMİGAZETE.:(2006). “ 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”, Sayı: 26200, Tarih: 16.6.2006, <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=1.5.5510&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>, Erişim Tarihi: 20.04.2012

SAYIM Ferhat.:(2011).“Sağlık Hizmetlerinin Finansmanına İlişkin Ulusal Hesaplar ve Sağlık Alanında Belediyelere Verilen Görev İle Yetkiler” Bütçe Dünyası Dergisi, Sayı 35, ss.151-165

SERİN İlhan .:(2004). “ Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği” Kazancı Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul

SEVGENER A. Sait; HACİRÜSTEMOĞLU Rüstem.:(2000). “ Yönetim Muhasebesi” Alfa Yayınları, 7. Baskı, İstanbul

KARADENİZ

(Black Sea-Черное Море) Yıl 5 Sayı 17

SIVACI Celalettin .:(2007). “ Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulana bilirligi” Bütçe Dünyası Dergisi, Sayı 24, ss.32-40

TUTAR Filiz; KILINÇ Nurcan .:(2007).“Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi” Afyon Kocatepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt IX, Sayı 1, ss.31-54

YAŞAR Gülbiye Y.:(2007). “Sağ lığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Model Önerisi” Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara

YILDIRIM Savaş.:(1994).“Sağlık Hizmetlerinde Harcama Ve Maliyet Analizi” Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Yayın No:2350, Uzmanlık Tezi, Ankara