

**İletişim / Correspondence:**

Uzm. Dr. / MD.  
Bakırçay Üniversitesi Çiğli  
Eğitim Araştırma Hastanesi,  
kelesoglusalim@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-3745-2639

**Geliş Tarihi:** 31.08.2022

**Kabul Tarihi:** 22.12.2022

**Received Date:** 31.08.2022

**Accepted Date:** 22.12.2022

**Anahtar Kelimeler:**

Dengeli puan cetveli;  
kurumsal karne; kamu sağlık  
işletmesi; devlet hastanesi.

**Keywords:**

Balanced Scorecard;  
institutional carnet; public  
health facility; state hospitals.

**DOI:**

10.54537/tusebdergisi.  
1169360

## Devlet Hastanelerinde Dengeli Puan Cetveli Modelinin Güncel Uyarlaması: Kurumsal Karne ve İlgili Dönem Sonuçları

Salim İdris Keleşoğlu

### Özet

Türkiye kamu hastanelerinde Sağlıkta Dönüşüm Programı çalışmaları 2003 yılında başlatılmıştır. Yasal düzenlemeler istikrarlı bir süreci gösterir nitelikte olup Kurumsal Karne (KK) modelinin geliştirildiği görülmektedir. 2012 yılı Kasım ayında başlatılan uygulama üzerinden 18 ay geçtikten sonra, 2014 yılı Nisan ayında kamu sağlık kurumlarımızın ilk karne puanları ölçülmüştür. Çalışmamızda ülkemiz kamu sağlık tesislerinde kullanılmış olan KK uygulamasının ilgili dönem sonuçları ve etkilerinin değerlendirmesi amaçlanmıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde İzmir ili içerisindeki 17 sağlık tesisi çalışma kapsamına alınmıştır. İlgili döneme ait veriler retrospektif olarak incelenmiştir. Verilerin istatistik değerlendirmesi eşleştirilmiş iki örneklem Student t testi ile yapılmıştır.

### **Current Version of the Balanced Scorecard Model in the State Hospitals: Institutional Carnet and Relevant Period Results**

### **Abstract**

Health Transformation Program studies in our public hospitals started in 2003. Legal regulations are indicative of a stable process and it is seen that the Institutional Carnet (IC) model has been developed. The first report card scores of our public health institutions were measured in April 2014, 18 months after the application started in November 2012. In our study, it was aimed to evaluate the period results and effects of the IC application, which was used for a period in the public health facilities of our country. 17 health facilities within the Ministry of Health in İzmir were included in the scope of the study. The data of the relevant period were analyzed retrospectively. Statistical evaluation of the data was made with a paired two-sample Student's t-test.

## Giriş

Performans yönetim sistemi; performans değerlendirme kavramını statik anlamda bir değerlendirme faaliyeti olarak değil, dinamik bir süreç olarak ele alan, çalışanların performanslarını planlama, değerlendirme ve geliştirmeyi amaçlayan ve konuya daha geniş açıdan yaklaşan örgütsel bir sistemdir (Uzoğlu, 2011). Hastaneler arasında güvenilirliği sorgulanan sıralamalar ve karşılaştırmalar yapmak yerine, hastane performansını geliştirmek ve yönetmek yönünde performans ölçüm sistemleri tasarlanmalıdır (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013).

Balanced Scorecard (BSC) her büyüklükteki organizasyonda kullanılabilecek bir performans yönetim sistemidir. Organizasyonun vizyon ve stratejisini açıklayan ve bunları faaliyetlere dönüştüren yönetim sistemi için bir çerçeve oluşturur. Bu çerçevede performans göstergeleri dört perspektifte toplanır: Finansal, müşteri, iş süreçleri, öğrenme ve büyüme. Performans ölçme ve stratejik yönetim sistemi olan BSC, hastanelere uyarlanan araçlardan biridir (Helvacı, 2002; Özerer, 2013; Tarım, 2004). Kaplan ve Norton'un dengeli puan kartı makalesinden bu yana sağlık kuruluşları tarafından geniş çapta benimsenmiş, geliştirilerek kullanılmaya başlanmıştır (William vd. 2003).

Noorein, Kaplan ve Bower (2002) tarafından yapılan araştırma sonucunda BSC strateji uygulaması ve performans yönetimi aracının sağlık sektöründe başarılı bir şekilde uygulanabileceği, rekabet güçlerini, konumlarını, mali durum ile müşteri memnuniyetinde iyileştirmelerini sağlayabileceğini belirlenmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm programı çerçevesinde 16.11.2002 tarihinde açıklanan acil eylem planında 'Herkesin Sağlık' başlığı altında Türkiye'deki sağlık kuruluşları tek çatı altında toplanmış, hastaneler idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulmuş, tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere artırılmış yetkiler verilerek yerelde

güçlendirilmiş yöneticilerle sağlık hizmeti sunulmasının hedeflendiği ilan edilmiştir (Eracar, 2013). İlgili çalışmalar 2003 yılında başlatılmıştır. Bu çalışmalar kapsamında bilimsel araştırmaların incelendiği, özgün bir model oluşturulmaya özen gösterildiği ve ciddi bir hazırlık yapıldığı dikkat çekmektedir. Peş peşe çıkarılan yasal düzenlemeler istikrarlı bir süreci gösterir niteliktedir. 2004 yılında hekimlerin yaptıkları sağlık işlemleri üzerinden aldıkları bireysel performans puanlarına dayalı ek ödeme sistemi uygulamaya konmuştur. 2005 yılında buna ek olarak 100 sorudan oluşan soru seti ile kurum performans ve kalite ölçümü yapılmaya başlanmıştır. Poliklinik hizmetleri, kurum kalite kriterleri, hasta memnuniyet anketi ve İl İdare Kurulu değerlendirmesi ölçüm kriterleri olarak kullanılmıştır. 2006 yılında ise kurum performans ve kalite ölçümü sistemine geçilmiştir. Hastanelerde performans ve kalite birimleri kurulmuş, personel gideri oranı, yatak doluluk oranı, ortalama kalış gün süresi, yatan hasta oranı, performans takip sistemine veri giriş oranı ile verimlilik ölçümü yapılmıştır. Muayeneye erişim, kurum kalite kriterleri, hasta memnuniyeti anketi, kurum alt yapı değerlendirme katsayısı ve kurum verimliliği ölçüm kriterleri olarak değerlendirilmiştir. 2007 yılında ölçüm sistemine yeni kriterler eklenmiştir. Yöntem olarak kurumsal hedeflere ulaşmak için sezaryen oranı, günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanı, günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı ve yeni performans takip sistemine veri girişi kullanılmıştır. Daha önce kullanılan kriterlere ek olarak, hastane alt yapı ve süreç değerlendirmesi, kurum verimlilik ölçümü ve kurumsal hedeflere ulaşma ölçüm kriterleri olarak saptanmıştır. Yine 2007 yılında yönetici performansı hesaplanır hale getirilmiş, yöntem olarak düzeltme faktörleri, yani bölge gelişmişlik katsayısı, hastane türü katsayısı, hastane yaşı katsayısı, mali büyüklük katsayısı ve çalışma süreleri katsayısı kullanılmaya başlanmıştır. Ölçüm kriterleri olarak da ana faktörler adı altında borçluluk oranı katsayısı, borçluluk süresi

katsayısı, hizmet kalite standartları katsayısı, ek ödemeyi zamanında dağıtma katsayısı ve performans hedefi katsayısı tercih edilmiştir. 2008 yılında performans ve kalite ölçümü kullanılmış, merkezi değerlendirme uygulamasına geçilmiştir. 150 sorudan oluşan kalite kriterleri Hizmet Kalite Standartları adı altında belirlenen standartlar değerlendirilmeye başlanmıştır. ADSM'lerde hasta memnuniyeti için anket yapılmıştır. Muayeneye erişim, hizmet kalite standartları, memnuniyet ölçümü ve kurumsal verimlilik ölçümü kriter olarak kullanılmıştır. 2009 yılında Özel Hastane ve Üniversite Hastaneleri Hizmet Kalite Standartları adı altında 388 standart yayınlanmıştır. Ölçüm kriterleri olarak da hizmet kalite standartları, hastane hizmet dilim endeksi, kapasite kullanımı ve çalışan hakları ile hukuki sorumluluk kriterleri getirilmiş ve 2010 yılında ek ödemeye, kurum performans yönetimine ve yönetici birim performans yönetimine devam edilmiştir. 2011 yılında performans ve kalite ölçümü sistemi için ölçüm kriterleri olarak yine hizmet kalite standartları, memnuniyet ölçümü ve veri giriş puanı kullanılmıştır (Eracar, 2013).

2012 yılında yapılan hazırlıklar sonrası Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge yayınlanmıştır. 03.11.2013 tarihinde yürürlüğe giren 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile kurulan kamu hastanelerinde KK uygulamasına geçilmiştir. Sağlık Bakanlığı yetkililerince bu kararname ile istenen çok yönlü değerlendirmeye olanak verildiği ve değerlendirmedeki bileşenleri birlikte kullanmak için alt yapı planlandığı bildirilmiştir. Bununla birlikte dengelenebilirse hiçbir fonksiyonun öne çıkmayacağı, gerçekte bir stratejik yönetim aracı olarak vizyon, hedefler ve faaliyetler arasında ilişki kurulabileceğinin düşünüldüğü belirtilmiştir. Rehberlik fonksiyonun bulunduğu, hedeflerin algılanmasına ve ulaşılması için takip edilecek yolların netleştirmelerine öncülük edeceği, ilgili personel ve birimlerle irtibat kurulabildiği ölçüde stratejik

amaçlara kurum, birim ve birey olarak yönelmeyi sağlayacağına inanıldığı bildirilmiştir. Ayrıca faaliyet ve süreçlerin sonuçlarına yönelik sürekli geri bildirim ile raporlama sonucunda izleme ve değerlendirme sürekliliğine olanak tanıyacağı, vizyon, hedef, kriter ve ölçütlerin belirlenmesi sonucunda kıyaslama ile tarafsızlık sağlanabileceğinden söz edilmiştir. Ek olarak KHK ile öngörülen başarı sınıflandırması için belirlenen kriterlerle yapılacak karşılaştırmalar sayesinde hastanelerin benzerleri arasındaki durumlarını görebilme olanağının sağlanacağı açıklanmıştır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Verimlilik Daire Başkanlığı, Verimlilik Modeli Ön Çalışma Raporu-' de farklı müşteri gruplarının varlığı, verilen sağlık hizmetini ve finansal hedeflerini dengelemek ve ölçmek gerektiği, bu amaçla verilen sağlık hizmetinde işletme değeri, çalışan değeri ve hasta değeri üzerinden bakım ve hizmet kalitesi de içeren bir BSC şekillendirilmesi gerektiği savunulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012; Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, 2012).

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hastane Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından 2013 yılında 663 sayılı KHK 34. maddesinin birinci fıkrasına istinaden sağlık tesisleri ve birlik yöneticileri için karne puanları dikkate alınarak, 5 farklı başarı grubu (A, B, C, D, E) belirlenmiştir (Tablo 1). Birlik, sağlık tesisleri ve birlik yöneticileri için kurum tarafından Ocak 2013'te düzenlenecek başlangıç karnesini, her yılın sonunda kurum tarafından birlik, sağlık tesisi ve birlik yöneticileri için düzenlenen karneyi tanımlamıştır. Bu şekilde hastanenin, yöneticilerinin ve ayrıca diğer tüm üst düzey yöneticilerin performanslarının ölçülmesi hedeflenmiştir. Her kurum, yönetici ve çalışan için performansına ve karnesine uygun olarak kanunda yer alan yaptırımlar ve uygulamaların hayata geçirileceği ilan edilmiştir (Resmî Gazete, 2011; Resmî Gazete, 2014; Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, 2012).

**Tablo 1.** Kurumsal ve Bireysel Başarı Grupları

Puan Aralığı	Başarı Grubu
1000 ile 800 arası ve eşiti	A
799 ile 700 arası ve eşiti	B
699 ile 600 arası ve eşiti	C
599 ile 500 arası ve eşiti	D
499 altı	E

Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkındaki Yönerge 'ye göre temel kriter grupları: Tıbbi Kriterler, İdari Kriterler, Mali Kriterler, Kalite Kriterleri, Eğitim Kriterleri ve Genel Değerlendirme Kriterleri olarak tanımlanmıştır. Belirtilen bu kriterler çerçevesinde alınan puanlar aynı sınıf ve roldeki hastaneler arasında yapılan karşılaştırma sonrası hesaplanacağı ve Tablo 1 de açıklanan başarı gruplarına uygun olarak önceki ve sonraki karne puanlarından hangi başarı grubuna girecekleri tespit edilmiştir (Resmî Gazete, 2011; Resmî Gazete, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

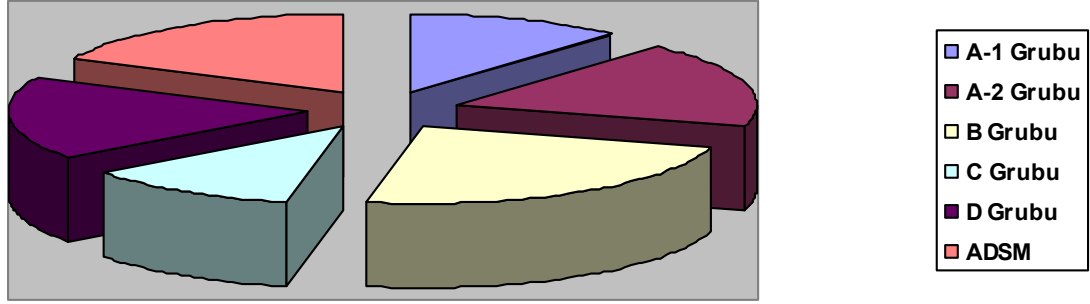
Kamu sağlık işletmelerinde performans verileri elde edilip kurumların durumunu bu derece reel verilerle ölçerek değerlendiren benzeri bir bölgesel araştırma tespit edilememiştir. Esasen dünya ölçeğinde bile devlet kurumlarında böylesi profesyonel bir uygulamayı yerleştirebilmek ve hatta benimsetebilmek oldukça güç görünmektedir. Bu nedenle olduğu düşünülen politika değişikliği sonrası 25 Ağustos 2017 tarihinde yürürlükten kaldırılmıştır (Resmî Gazete, 2017). Ülkemiz kamu sağlık işletmelerinde yeterince uygulanma zamanı bulamayan ve sonuçları etraflıca araştırılmayan bu örgütlenme

biçiminin etkilerini inceleyen çalışmamızın önemli bir yeri olacağı düşünülmektedir.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmada 2003 yılında başlatılan ve sürekli yenilenen performans ve kalite yönetimi sürecinde güncel olarak yürütülen, bir BSC modeli uyarlaması olan, dengeli ve karşılaştırmalı ilk KK verileri ve uygulamanın erken dönem sonuçları kendi bölgesinde hizmet veren bir grup olarak İzmir İli Kuzey Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı 17 kamu sağlık işletmesi kapsamında değerlendirilmiştir. Kullandığımız KK ilgili bakanlık tarafından belirlenen kriterlerin standartlaştırılmış puanlandırma sistemidir. İncelenen tesisler arasında hizmet sınıfı E grubu hastane bulunmayıp, A-1 grubu 2 (%11,7), A-2 grubu 3 (%17,6), B grubu 4 (%23,5), C grubu 2 (%11,7), D grubu 3 (%17,6) hastane ve 3 (%17,6) ağız diş sağlığı merkezi (ADSM) yer almaktadır (Grafik 1). İçerdikleri olanaklara göre E grubu hastaneler, ihtiyaç duyulduğunda D grubu hastanelere dönüştürülebilecek düzeyde hastaneler olarak tanımlanmışlardır. Bununla beraber örnek seçiminde bu 17 sağlık işletmesinin Sağlık Bakanlığına bağlı olması ve ilgili yasa kapsamına girmesi esas alınmıştır.

**Grafik 1.** Hastanelerin dağılımı



\*ADSM: Ağız Diş Salığı Merkezi

Tablo 2 ile belirtilen hastane adları Roma rakamlarıyla kodlanarak tüm kriter gruplarında başlangıç ve bir yıl sonraki ilk KK puanları karşılaştırılmış, etkinliği ve sonuçları yöneticiler

hariç birlik ve hastaneler düzeyinde incelenmiştir. Verilerin istatistik değerlendirmesi eşleştirmeli iki örneklem t testi ile yapılmıştır.

**Tablo 2.** Hastane Kriter Grupları Başlangıç ve İlk Kurumsal Karne Puanları

Hastane	Kriter Grupları Başlangıç Karne Puanları					Kriter Grupları İlk (Ara) Karne Puanları				
	Tıbbi	İdari	Mali	Kalite	Başarı	Tıbbi	İdari	Mali	Kalite	Başarı
I	496	729	343	959	570-D	661	809	661	917	753-B
II	739	719	565	891	686-C	660	695	562	740	664-C
III	654	827	416	661	599-D	693	782	618	952	754-B
IV	577	811	526	523	604-C	535	724	763	754	688-C
V	745	749	320	960	661-C	759	639	496	991	724-B
VI	739	797	344	856	660-C	736	774	638	834	748-B
VII	685	755	240	920	595-D	795	833	493	888	747-B
VIII	531	830	231	916	568-D	503	762	601	966	709-B
IX	563	865	375	596	578-D	571	828	415	731	629-C
X	523	668	543	656	557-D	671	821	327	767	641-C
XI	558	859	332	671	578-D	638	823	561	751	693-C
XII	636	954	291	925	667-C	714	850	632	592	702-B
XIII	760	980	417	813	698-C	831	857	683	726	778-B
XIV	684	751	464	643	617-C	652	819	209	777	615-C
XV	498	738	978	936	776-B	839	888	848	946	884-A
XVI	718	862	878	706	790-B	862	920	649	977	855-A
XVII	677	860	913	594	761-B	844	869	996	930	910-A



## Bulgular

Elde edilen tıbbi kriter verileri acil, ayaktan ve yataklı sağlık hizmetleriyle laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinin etkinliğini içermektedir. Tablo 2 incelendiğinde tıbbi kriter puanlarının 12 hastanede (%70,6) arttığı, 5 (%29,4) hastanede azaldığı görülmektedir. İdari kriterler hastane rolünü karşılama oranını, fiziki alan, personel ve enerji verimliliği ile kullanımını içermektedir. İdari kriter puanları 7 (%41,2) hastanemizde artmış, 10 (%58,8) hastanemizde azalmıştır. Mali kriterler işletmenin finansal durumunu, hizmet üretim maliyetini, gelir ve gider dengesi ile finansal durumu içermektedir. Mali kriter puanları 12 (%70,6) hastanemizde artmış, 5 (%29,4) hastanemizde azalmıştır. Kalite kriterleri ise hasta ve çalışan memnuniyeti ile klinik kaliteyi içermektedir. Kalite kriter puanları 11 (%64,7) hastanemizde artmış, 6 (%35,3) hastanemizde azalmıştır. Başarı grubu puanları ise bu dört kriter puanını dengeli bir biçimde kapsayan başarı karne adı verilen puanlardır. 15 (%88,2) hastanede başarı puanını artarken, 2 (%11,8) hastanede düşmüştür.

Bir (%5,8) hastane tüm kriterlerde puanını artırırken, 1 (%5,8) hastane tüm kriterlerde puanını düşürmüştür. Bir (%5,8) hastane bir kriter

grubunda, 1 (%5,8) hastane 2 kriter grubunda, 4 (%23,5) hastane 3 kriter grubunda ve 9 (%52,9) hastane 4 kriter grubunda değerini yükseltmiştir. Üç ve üzeri kriter grubunda artış gösteren 14 (%82,4) hastane bulunurken, 2 ve altı kriter grubunda başarılı olan 3 (%17,6) hastane vardır.

Başlangıç Karnesi verilerine göre ise çalışmaya alınan hastanelerin üçü (%17,6) B, yedisi (%41,2) C ve yedisi (%41,2) D başarı grubundadır. A başarı grubunda hastane yokken, 1 yıl sonraki İlk Kurumsal Karne verilerine göre hastanelerin başarı grupları artarak 3 (%17,6) hastane A başarı grubu, 8 (%47,1) hastane B başarı grubu ve 6 (%35,3) hastane C başarı grubu içinde yer almıştır. İlk değerlendirmede C başarı grubunda iken yine C grubunda kalan 2 (%11,8) hastaneden birinin puanında hafif bir düşme, diğerinde ise belirgin bir yükselme olmasına karşın başarı gruplarını değiştirecek kadar bir değişiklik elde edemediği anlaşılmıştır.

Tablo 3'te görüldüğü üzere Birlik (Tüm üye hastaneleri içeren üst organizasyon) tüm kriter gruplarında puanını yükseltmiş, ancak sadece mali kriterler grubunda iki basamak birden yukarıda yer almıştır. Diğer kriter grubu puanlarındaki artış basamak atlamasına yetmemiştir.

**Tablo 3.** Birlik Kriter Grupları Başlangıç Ve İlk Kurumsal Karne Puanları

Kriter Grupları Başlangıç Kurumsal Karne Puanları				Kriter Grupları İlk Kurumsal Karne Puanları			
Tıbbi	İdari	Mali	G. Sekreterlik	Tıbbi	İdari	Mali	G. Sekreterlik
647(C)	771(B)	475(E)	746 (B)	697 (C)	775(B)	627 (C)	796 (B)

Sonuçta araştırmaya örnek olan hastanelerden sadece biri (%5,8) kriter gruplarının tamamında düşüş yaşamıştır. Başarı puanı da düşmüş, ancak başarı grubunu etkileyecek derecede bir düşüş gerçekleşmemiştir. Bir (%5,8) hastane tüm kriter gruplarında yükseliş göstermiş, ancak başarı grubunu bir basamak üste taşıyabilmiştir. On yedi tesisten 10 u (%58,8) başarı grubunu bir üst kademeye ve 4 ü (%23,5) iki

üst kademeye çıkarmıştır. Başarı grubunu iki basamak artıran hastanelerden ikisi kalite kriter grubunda, biri idari kriter grubunda ve biri de tıbbi ile idari kriter grubunda yükselme kaydedememiştir. Toplamda 14 (%82,4) hastane başarı grubunu artırmış, 3 (%21,5) hastane ise başarı grubunun düşmesine izin vermemiştir.

Başlangıç ve ilk KK sonuçları istatistiksel olarak incelendiğinde tıbbi kriterler ( $p=0,014$ ) ve mali

kriterler ( $p=0,008$ ) için  $p < 0,050$  olup, değişiklikler bu örneklem grubu açısından anlamlı, idari ( $p=0,870$ ) ve kalite ( $p=0,175$ ) için  $p > 0,050$  olup bu örneklem grubu açısından anlamsız bulunmuştur. Tüm kriterleri dengeli olarak içinde barındıran başarı grubu puanlarındaki değişiklikler için  $p=0,000$  olup ( $p < 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme sağlandığı ortadadır.

## Tartışma

Sağlık alanındaki araştırmaların önemli bir kısmı performans ve kalite ile ilgilidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili yapılan bir çalışmanın sonuçları incelendiğinde; hastaların yaklaşık %70'inin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapılan yenilikleri başarılı bulduğu, yaklaşık %21'inin başarılı bulmadığı ve yaklaşık %9'unun bilgi sahibi olmadığını ifade ettiği görülmektedir. Bu sonuçlar ile programın hastalar tarafından başarılı bulunduğu söylenebilir (Özerer, 2013). Bunun yanında bazı araştırma sonuçları vatandaşların sağlık sisteminde yaşanan dönüşüm sürecini olumlu ancak yetersiz bulduklarını göstermektedir (Tarım, 2004).

Hasta memnuniyetinden farklı olarak dönüşüm modelinin diğer bir önemli ayağı da hastanelerin performans göstergeleridir. Hastanelerin performansı sadece hastane yöneticilerinin subjektif değerlendirmelerine göre ölçüldüğünden gelecekte daha güçlü araştırmalar tasarlayabilmek için objektif performans göstergelerine de yer verilen çoklu performans ölçümleri yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2012). Sağlık tesislerinin performans değerlendirmesinde bir kompozit indeks kullanılarak Atul, Shankar ve Aggarwal (2019) tarafından yapılan çalışmada Hindistan Haryana Eyaleti'nin 21 ilçesindeki sağlık tesisleri incelenmiştir. Bu çalışmada her bölge için 1 puan üzerinden ölçüm yapan alana özgü ve genel bileşik sağlık sistemi performans indeksi oluşturulmuş, kıyaslama için özet bir anlık görüntü ile programatik eylem için kritik bilgiler sağladığı savunulmuştur.

Sağlık tesislerinin performans ölçümü genel, bölgesel veya yerel olabileceği gibi kurum içindeki herhangi bir sağlık hizmeti için, ilgili birim performansını değerlendirmek ve iyileştirmeye yönelik planlama yapmak için de uygulanmıştır. Ulf, Rainer, Andreas ve Felix (2021) tarafından yapılan çalışmada klinik radyoloji için dengeli puan kartı kullanılmış, hekimlerin gereksinimlerine ve hastaların taleplerine güçlü bir şekilde odaklanan bir radyoloji stratejisinin uygulanmasını mümkün kıldığı sonucuna varılmıştır.

İran'da acil sağlık hizmetleri reform planı uygulamasının etkinliğini ölçmek için yapılan bir araştırmada Shahriar ve diğerleri (2020) Shahid Beheshti 'ye bağlı on acil serviste reform planının uygulanmasından sonra 400 sağlık hizmeti sağlayıcısı ve 300 sağlık hizmeti alıcısındaki 2018 ve 2019 yılları arası 70 göstergeyi incelemişlerdir. Çalışmada finans, sosyal sorumluluk, büyüme ve öğrenme, hizmet alıcılar ve iç süreçler olarak beş boyutu değerlendirmek için kapsamlı değerlendirme modeline dayalı dengeli puan kartını kullanılmışlardır. Bu çalışmanın bulgularına göre, etkinlik ve programların Sağlık Reform Planı'nda acil servisler için önerilen modele uyarlanması, etkinliğinin artırılması açısından önemli olarak rapor edilmiştir.

Gaia ve diğerleri (2022) ise İtalya'daki bir devlet hastanesinde BSC gelişim sürecini ve uygulama sonuçlarını anlattığı çalışmalarında cerrahi performansı, bekleme sürelerini, hasta memnuniyetini, bütünlümlü işlemleri, öğrenme ve geliştirme durumu ile stratejik hedefleri incelemiş, diğer ülke uygulamalarıyla karşılaştırmış ve keşfedici dinamik bir süreç olarak nitelmiştir.

Performans yönetimi son yılların konusu olup, değişimin ve dönüşümün bir parçası olarak gelişimini sürdürmeye devam etmiştir. Çalışmaların çoğunda performans yönetiminin önemi giderek artan oranda fark edilmektedir. Bu arada herkesin kabul ettiği "Ölçülemeyen yönetilemez ve iyileştiremez" sözünün son derece

önemli olduğu unutulmamalıdır. İstikrarlı uygulamalarla büyümeye katkıda bulunacağı, çalışma alanını daha iyi bir çalışma mekânına dönüştürerek insan potansiyelini geliştirip verimliliği artıracığı öngörülebilir. Diğer işletmelerde olduğu gibi kamu kurumlarında da bir performans ve kalite yönetim sisteminin uygulanması gerekliliği rapor edilmektedir. Bu nedenle dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu yönetim sistemlerinin yerleşmesi artık kaçınılmaz görünmektedir.

## Sonuç ve Öneriler

Uygulamanın kendi kendine dinamik bir süreç olarak kurum, yönetici ve diğer çalışan performansları ölçülürken anında fark etme ve iyileştirme olanağı sağladığı, performanslar bireysel olduğu gibi birliği ve bütünü de etkilediğinden kendi içinde aktif bir biçimde düzenlemeler yapılmasına olanak tanımaktadır.

Çalışma kapsamındaki hastaneler toplamda başarı grubunu yükseltmiştir. Olumlu gelişme kaydeden hastaneler etkinliklerini kanıtlamışlardır. Hastanelerin olumsuz yönde gelişen kriter gruplarında yer alan faaliyetleri görünür hale gelmiştir.

Hastanelerin kriter puanları, diğer tüm hastanelerle karşılaştırmalı olarak ölçüldüğünden, her faaliyet alanı için Türkiye'deki konumları öğrenilmiştir. Hastanelerin başarısı ya da başarısızlığı, tek başına o hastanenin performansından kaynaklanmamaktadır. Birlik içerisinde sürekli bir etkileşim söz konusudur. Birlik ve hastaneler arası iletişim sonucu etkiler düzeydedir. Elbette ihtiyaçların doğru tespiti ve doğru çözüm önerileri, ilgili hastanelerin performansı ile ilişkilendirilebilir. Ancak çözüm, birliğin ve bağlı diğer hastanelerin katkıları olmaksızın sağlanamamaktadır. Bu da hedeflenen birlik ruhunun amacına ve aidiyet duygusunun güçlenmesine uygun görünmektedir.

KK, dengeli bir model olarak tasarlandığından, kimi hastanelerin bir veya iki alandaki zayıf

görünümünün, diğer alanlardaki başarıları nedeniyle öneminin azaldığı ve toplamda başarı grubunu değiştirmediği görölmektedir.

Saptanan sonuçlar, ara dönem karne verileri olmakla beraber uygulamanın kendisi de henüz yerleşmiş değildir. Bu çalışma, erken ve yerel bir değerlendirme olarak kabul edilmelidir. Sürecin ilerlemesine ve yeni değerlendirmeler ile yeni araştırmalar yapılmasına gereksinim vardır.

25 Ağustos 2017 tarihinde kaldırılan bu örgütlenme modelinin genel anlamda ağırlıklı olarak olumlu yönde gelişmeler sağladığı, kuruluşlarının beklentileri doğrultusunda, çalışmaların uluslararası başarıya dönüşmesi için geliştirilmesi ve önemsenmesi gerektiği düşünülmektedir.

## Kaynaklar

- 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname.(2011). Resmi Gazete, 2 Kasım 2011
- 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname.(2017). Resmi Gazete, 25 Ağustos 2017.
- Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. (Kasım 2002-2008) T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Atul, S. Shankar, Prinja. Arun Kumar, Aggarwal. (October/December 2019). Comprehensive Measurement Of Health System Performance At District Level In India: Generation Of A Composite Index. The International Journal Of Health Planning And Mangement. 34(4):e1783-e1799. doi: 10.1002/hpm.2895. Epub 2019 Aug 19. PMID: 31423651
- Çelikay, F.(2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66; 3, S:55-92.
- Eracar, R.(2013). Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi; Ankara İli Özel İki Hastane Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Gaia, B. At All.(May 2022). The dynamic use of a balanced scorecard in an Italian public hospital. International Journal Of Health Planning Management. 2022 May; 37(3): 1781-1798.



Published Online 2022 Feb 20. doi: 10.1002/hpm.3440 PMID: PMC9307018

Helvacı, M.A.(2002). Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 35:1-2

Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Hakkında Yönerge.(Resmî Gazete).(2014). 10 Aralık.2014

Noorein, Inamdar.Robert S, Kaplan.Marvin, Bower.(May-June 2002). Applying The Balanced Scorecard In Healthcare Provider Organizations. Journal Of Healthcare Managment, 2002 May-Jun;47(3):179-95;Discussion 195-6. PMID: 12055900

Özerer, M.A.(2013). Çalışanların Verimliliği İçin Performans Yönetimi. Kamu-iş, 13:1

Sağlık Bakanlığı Kalite, Akreditasyon Daire Başkanlığı Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri. (2012). 1. Basım – 2012 ISBN: 978-975-590-418-4

Shahriar, Janbazi. At All.(2020). Implementation Of The Health System Reform Plan in Hospital Emergencies of Iran: A Qualitative Study. Archives of Academic Emerg Medicine. 2020; 8(1): e77. Published Online 2020 Sep 23. PMID: PMC7587990. PMID: 33134973

Tarım, M.(2004). Sağlık Organizasyonlarında Performans Ölçme ve Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard). Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,7;(2).

Tengilimoğlu, D. Toygar Ş.A.(2013). Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi. Sosyal Güvenlik Dergisi 3, S; 1

T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlıkta Yönetici Ve Birim Performansı (2012). 1. Basım – Şubat 2012 ISBN: 978-975-590-415-3

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hastane Roller, Gruplandırma ve Hasta Yataklarının Kurum Bazlı Tescili.(2009). 3 Aralık 2009

Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Verimlilik Daire Başkanlığı, Verimlilik Modeli Ön Çalışma Raporu-I.(2012). Erişim Adresi: <https://docplayer.biz.tr/724342-Verimlilik-modeli-on-calisma-raporu-i.html>. Erişim Tarihi: 23.08.2022.

Ulf, T. Rainer, S. Andreas, H. Felix, G.(December 2021) Development of A Balanced Scorecard As A Strategic Performance Measurement System For Clinical Radiology As A Cost Center. Insights Into Imaging,12:69. Published Online 2021 Jun 2. doi: 10.1186/s13244-021-01009-2. PMID: PMC8172821 PMID: 34076755

Uzoğlu, C.(2011). Performans Yönetim Sistemi ve Performans Denetimi, T.C. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı Tapu ve Kadastro Genel Müdürlüğü Teftiş Kurulu Başkanlığı. Ankara, 2011

William, N Zelman.George H, Pink.Catherine B, Matthias.(2003).Use Of The Balanced Scorecard In Health Care. J Health Care Finance. 2003 Summer;29(4):1-16. PMID: 12908650