

Yönetici Değerlendirmelerine Göre Hastanelerde Performans Ölçümü

*Songül ÇINAROĞLU

**Bayram ŞAHİN

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, özel ve kamu hastanelerinin kalite, maliyet ve finansal performanslarını hastane yöneticilerinin görüşlerine göre karşılaştırmaktır. Araştırma Ankara ili metropolitan alanda bulunan toplam yirmi hastanede görev yapmakta olan 90 hastane üst düzey yöneticisini kapsamıştır. Veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Araştırma sonucunda özel hastanelerin kalite, maliyet ve finansal performanslarının kamu hastanelerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu araştırmada hastanelerin performansı sadece hastane yöneticilerinin subjektif değerlendirmelerine göre ölçüldüğünden gelecekte daha güçlü araştırmalar tasarlayabilmek için objektif performans göstergeleri de dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Performans Ölçümü, Subjektif Performans Ölçümü, Hastane Performansı, Performans Ölçümünde Yanlılık

Performance Measurement In Hospitals Based On Managers Evaluations

ABSTRACT

The aim of this study is to compare the cost, quality and financial performance of private and public hospitals by their managers' opinion. The study consisted of a total of 90 hospital managers working at 20 hospitals located in Ankara metropolitan area. A questionnaire was used as data collection method. At the end of the study, it was shown that the cost, quality and financial performance of private hospitals were higher than public hospitals. As in this study, hospital performance was measured by only hospital managers' subjective evaluations, objective performance indicators should be also considered besides subjective measures in order to design more stronger studies in the future.

*Araş. Gör. Uzm. Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Sağlık İdaresi Bölümü

**Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Sağlık İdaresi Bölümü

Key Words: *Performance Measurement, Subjective Performance Measurement, Hospital Performance, Bias In Performance Measurement*

I. GİRİŞ

Yönetimsel etkinliğin sağlanması ve örgütsel stratejilerin etkin biçimde uygulanması örgütsel performansın iyileştirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Malina, Selto 2004). Yöneticilerin, yöneticisi oldukları işletmenin performansını yükseltebilmeleri ve karlılığın sürekli hale getirilebilmesi, çevredeki gelişmeleri görme yeteneği ve bunları gelecekteki sonuçlarla uyumlu biçimde değerlendirmeye bağlıdır (Eker, Pala 2008).

Genellikle örgütler için performansın anlamı yalnızca karlılık ve finansal gelirler ile sınırlı olarak anlaşılmaktadır (Eker, Pala 2008). Ancak son yirmi yıl içerisinde performans ölçümü ve yönetimine ilgi artmış, performansla finansal açıdan odaklanmak yerine finansal olmayan perspektiften bakmaya doğru bir yöneliş olmuş (Otley 1999) ve yakın zamanlardan itibaren, maliyet ile ilgili parametrelere ek olarak kalite ve hizmetlerin geliştirilmesine vurgu yapan bir yol izlenmiştir (Amaratunga, Baldry 2002).

Performans ölçüm ve yönetiminde yaşanan bu değişim süreci sağlık hizmetleri alanına da yansımıştır. Performans yönetimi, yönetim biliminden sağlık alanına adapte edilmiş bir kavramdır. Bilindiği gibi birçok ülke ve kurum sağlık sistemlerini çeşitli amaçlar için değerlendirmektedir. Sağlık sunucuları ölçülen performanslarına göre sınıflandırılmakta ve teşvikler almaktadır. Ancak hala, tüm dünyada genel kabul görmüş performans ölçüm modelleri ve bilgi sistemi tasarımlarına temel oluşturabilecek standartlar bulunmamaktadır (Beyan 2010).

Bazı araştırmacılar ise işletme içinde tutulan kayıtlardan yararlanılarak edinilen objektif performans göstergeleri ile çoğu zaman yöneticilerin nesnel değerlendirmelerine bağlı olan subjektif performans göstergelerinin etkinliğini karşılaştırdıkları araştırmaların sonucunda, objektif ve subjektif performans göstergelerinin birbirinin yerine kullanılabilir olmaktan çok performans ölçümünde farklı amaçlara hizmet etmek eğilimi taşıdıklarını belirtmişlerdir (Dess, Robinson 1984).

Bu çalışmanın amacı Ankara’da bulunan özel ve kamu hastanelerinde görev yapmakta olan hastane yöneticilerinin, görev yapmakta oldukları hastanelerin kalite, maliyet ve finansal performans göstergelerine ilişkin değerlendirmelerini ortaya koymaktır.

1.1. Hastanelerde Performansın Ölçümü

1.1.1. Hastaneler İçin Performans Kavramının Anlamı ve Önemi

Sağlıkta performans değerlendirmede kullanılan başlıca kavramlar arasında etkililik, verimlilik ve eşitlik yer almaktadır. Tablo 1.1’de görüldüğü gibi mikro ölçekte ve klinik düzeyde bakıldığında klinik etkililik kavramı; daha fazla tıbbi bakım hizmeti sunarak hastaların sağlığına kavuşturulmasını ifade etmektedir. Etkililik kavramı makro ölçekte başka bir deyişle genel nüfus düzeyinde düşünüldüğünde ise; tıbbi ve tıbbi olmayan hizmetler yolu ile geniş nüfus kesimlerinin sağlıklarının iyileştirilmesini ifade etmektedir. Verimlilik kavramı ise üretim verimliliği ve kaynak tahsisi verimliliği olarak ele alındığında; üretim verimliliği, minimum maliyet ile hizmet üretecek ölçüde girdi kullanımını, tahsis verimliliği ise, mevcut kaynaklar ile sağlıkta maksimum iyileştirmeler yapabilmek için girdilerin doğru biçimde dağıtılmasını ifade etmektedir. Eşitlik kavramı ise insanlar arasında adil bir sağlık hizmeti dağılımı sağlamak ve sağlığa erişimdeki farklılıkları ortadan kaldırmayı ifade etmektedir (Aday ve diğerleri, 2007:17).

Tablo 1.1: Etkililik, Verimlilik ve Eşitlik Kavramlarının Tanımı

| Kavram | Mikro: Klinik | Makro: Genel Nüfus |
|--------------------------|--|---|
| <u>Etkililik</u> | Klinik Etkililik; tıbbi bakım hizmetleri yolu ile hastaların sağlığına kavuşturulması | Genel Nüfus Düzeyinde Etkililik; tıbbi olan ve olmayan hizmetler yolu ile geniş toplum kesimlerinin sağlığını iyileştirmek |
| <u>Verimlilik</u> | Üretim Verimliliği; minimum maliyet ile hizmet üretecek ölçüde girdi kullanımı | Tahsis Verimliliği; mevcut kaynaklar ile sağlıkta maksimum iyileştirmeler yapabilmek için girdilerin doğru biçimde dağıtılması |

Tablo 1.1: Etkililik, Verimlilik ve Eşitlik Kavramlarının Tanımı (Devam)

| | | |
|----------------|---|--|
| Eşitlik | Süreç Eşitliği (Procedural Equity); insanlar arasında adil bir sağlık hizmeti dağıtımının sağlanması | Mutlak Eşitlik (Substantive Equity); insanlar arasında sağlığa erişimdeki farklılıkları ortadan kaldırmak |
|----------------|---|--|

Kaynak: Aday L.A. Begley C.E. Lairson D.R. Balkrishnan R. (2007), Evaluating The Healthcare System Effectiveness, Efficiency and Equity, Third Edition, Health Administration Press, Chicago, Illinois, Academy Health, Washington, D.C., s.17

Her hizmet sunucu, tüketici ve ödeyici sağlık hizmetleri performansını kendi deneyimleri, ilgisi ve yorumuna dayanarak tanımlamaktadır. Örneğin bir hasta için performans kriteri hizmet kalitesi, doktor için arzulan klinik sonuçlara ulaşım, bir hastane için finansal kapasitenin sağlamlığı, bir ödeme kurumu için düşük maliyetli bakım ve müşteri memnuniyetidir. Görüldüğü gibi performansın bu tanımları büyük ölçüde birbirinden bağımsızdır. Anahtar değerler ve beklentiler sağlık kuruluşları arasında da birbirinden farklılık göstermektedir (Li, Benton 1996).

Literatürde çok sayıda yazar hastane performans ölçümünün hangi kriterlere göre yapılması gerektiğini tartışmış ve tek bir ölçütün hastane performansını değerlendirmek için yeterli olmayacağını belirtmiştir (Creteur, Pochet 2002). Sağlıkta performans ölçümü ihtiyacını karşılamak için çok sayıda sağlık kuruluşu 'dengeli puan cetveli', 'gösterge tablosu' gibi performans göstergeleri raporlama sistemlerini benimsemiştir. Bu mikro seviyedeki birbirinden farklı ölçütler üst yönetime örgütün kalite, faaliyet ve finansal hedeflerine ulaşmasında hızlı ve kapsamlı bir bakış açısı sunmaktadır (Curtright ve diğerleri 2000).

1.1.2. Performans Ölçüm Yöntemlerinde Yaşanan Değişim Süreci

Performans ölçüm literatürü değerlendirildiğinde literatürün multidisipliner bir özellik taşıdığı görülmektedir. Performans ölçümü, kültürlerarası işbirlikleri ve inovasyon artışı, hizmete dayalı bir bakış açısının yerleşmesi, bilgiye dayalı işçiliğin daha fazla önem kazanması, küçük ve orta ölçekli işletmelerin önem kazanması ve sürdürülebilirliğe giderek daha fazla vurgu yapılması ile birlikte dönüşüm sürecinden geçmektedir (Bititci ve diğerleri, 2011). Literatürde geleneksel ve yeni gelişen performans ölçüm sistemleri incelendiğinde Tablo 1.2'de görüldüğü gibi geleneksel performans ölçüm sistemlerinin geleneksel

muhasebe sistemlerine dayandığı, maliyet/etkinlik temelli ve kara yönelik, kısa vadeli oldukları ve bu sistemlerde bireysel ölçütler ile fonksiyonel ölçütlerin hakim oldukları görülmektedir. Buna karşın yeni gelişen performans ölçüm sistemlerinin ise; işletme stratejilerine dayandıkları, değer temelli müşteriye yönelik oldukları, bu sistemlerde uzun vadeli ve takım çalışmasını esas alan ölçütlerin hakim olduğu ve sürekli gelişmeye vurgu yapan özellikler taşıdıkları görülmektedir (Pun, White 2005).

Tablo 1.2: Geleneksel ve Güncel Performans Ölçüm Sistemlerinin Karşılaştırılması

| Temel Özellikler | Geleneksel Performans Ölçümü | Güncel Performans Ölçümü |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Performans Ölçüm Sisteminin Temeli | Muhasebe temelli ölçütler | İşletme Stratejisi |
| Performans Ölçüm Türü | Finansal | Operasyonel ve finansal |
| Performans Denetleyiciler | Orta ve üst düzey yöneticiler | Tüm çalışanlar |
| Performans Ölçüm Sıklığı | Haftalık ve aylık aralıklarla | Günlük ve saatlik |
| Performans Ölçümünün Durağanlığı | Statik | Dinamik |
| Performans Ölçümünün Amacı | Gözden Geçirmek | Geliştirmek |
| Sürekli Gelişmeyi Destekleme | Sürekli gelişmeyi geciktiricidir | Sürekli gelişme desteklenir |

Kaynak: Ghalayini A.M. Noble J.S. Crowe T.J. (1997) 'An Integrated Dynamic Performance Measurement System for Improving Manufacturing Competitiveness', International Journal of Production Economics, 48, 207-225, s.210.

Günümüzde çevreye ve insana duyarlı yönetim yaklaşımlarının popülerlik kazanması ile birlikte işletmeler performans yönetim ve raporlama sistemlerini yeniden gözden geçirmeleri gerektiğinin farkına varmışlardır. Sorumlu ve sürdürülebilirliği yüksek yönetim yaklaşımları ile birlikte performans değerlendirmede ekonomik, sosyal ve çevresel sürdürülebilirlik olmak üzere üçlü performans yönetimi (Triple Bottom Line: TRP) yaklaşımlarının popülerliği artmıştır (Porritt 2004). Genel olarak bakıldığında güncel performans ölçüm yaklaşımlarının bütüncül, entegre, gelecek odaklı ve sürdürülebilirliği yüksek yaklaşımlara vurgu yaptıkları görülmektedir (Bititci ve diğerleri 2011).

Benzer biçimde sağlıkta performans ölçüm araçları da sürekli bir döngüyü takip etmektedir. Bu döngü içerisinde performans ölçüm araçları sürekli

gelişim, uygulama ve yeniden gözden geçirme aşamasından geçmektedir. Bu aşamalar geçildikçe performans ölçütleri dinamik olarak yeniden gözden geçirilmektedir (Beyan 2010).

1.1.3. Objektif ve Subjektif Değerlendirmelere Bağlı Performans Ölçümü

Performans ölçümünde objektif ve subjektif performans göstergelerinin kullanımı; performans ölçütlerinin seçimi, verilerin toplanması, verilerin analizi ve yorumlanmasında farklılıkları beraberinde getirmektedir (Muckler, Seven 1992). Subjektif performans göstergeleri daha çok örgüt performansının genel bir bakış açısı ile değerlendirilmesine bağlı olmakta, objektif performans göstergeleri ise erişilebilir bir ya da birkaç göstergeden yola çıkarak bir değerlendirmede bulunmaktadır (Moers 2005). Objektif ve subjektif performans göstergelerinin farklılaştığı temel noktalardan birisi subjektif performans değerlendirmesi yapılırken genellikle değerlendirmede bulunması istenen kişilerden, değerlendirmede bulunulan göstergeler itibariyle kendi işletmelerini rakipler ile karşılaştırmalarının istenmesidir (Wall ve diğerleri 2004).

Literatürde pek çok yazar tarafından performans ölçümündeki çeşitliliğe dikkat çekilmiştir (Moers 2005). Bunlar arasında bulunan Ittner ve Larcker (1999) performans ölçütlerindeki çeşitliliğin işletmenin gelecek ile ilgili planlarına yansıdığını belirtmişler ve çoklu performans ölçütleri kullanımının performans ölçümünde yanılgıları beraberinde getirdiğini ifade etmişlerdir. Objektif ve subjektif performans ölçütlerinin birlikte kullanılmasını sorgulayan araştırmacılardan bir diğeri olan Wall ve diğ. (2004) de subjektif performans ölçütlerinin objektif performans ölçütlerine denk olarak kabul edilmesinin bir takım sorunları beraberinde getirdiğini ifade etmişlerdir (Wall ve diğerleri 2004).

Moers (2005) ise performans ölçümündeki çeşitlilik ve subjektif performans ölçütleri kullanımının performans değerlendirmede yanılgılara neden olduğunu belirterek çoklu objektif performans ölçütleri ve subjektif performans ölçütleri kullanımının kabul edilebilirliği yüksek performans sonuçlarına ulaşmayı beraberinde getirdiğini ve gelecek ile ilgili kararlar üzerinde etkili olduğunu ifade etmiştir. Sonuç olarak subjektivite pek çok örgütün performans değerlendirme sürecinde karşılaştığı başlıca sorunlardan birisidir (Prendergast,

Topel 1993). Performans ölçümündeki farklılıklar ve performans ölçümünde subjektif davranılmasının performans değerlendirmede önyargılı davranışlarda bulunma üzerinde nasıl bir etkiye bulunduğunu belirlemeye yönelik olarak yapılmış pek çok çalışmada performans ölçütlerindeki çeşitlilik ve subjektivitenin performans değerlendirmede yanlılık eğilimini artırdığı yönünde sonuçlara ulaşılmıştır (Moers 2005). Benzer biçimde Prendergast ve Topel (1993) de subjektif performans değerlendirmenin beraberinde bir takım sistematik yanlılıklar getirdiğini belirtmişlerdir. Bazı araştırmacılar puan cetveli tarzında yapılan performans ölçümlerinin performans değerlendirmede subjektiviteyi artırdığından söz etmişlerdir. Bunlar arasında Kaplan ve Norton (1996) da bulunmaktadır.

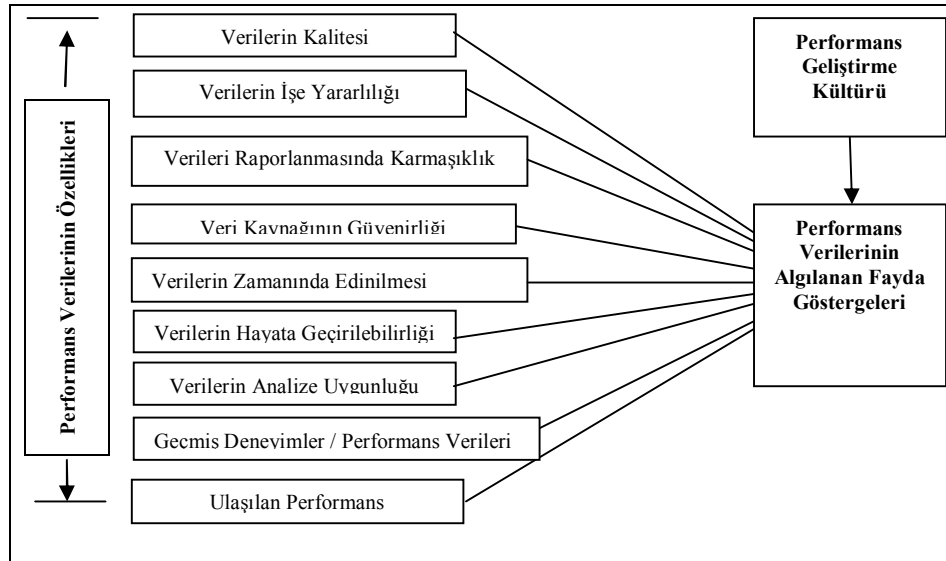
Ancak subjektif performans göstergelerinin kullanılmasının geçerli bir takım nedenleri de vardır. Bunlardan birisi, subjektif performans göstergeleri ile ilgili edinilen bilgilerin genellikle anketler yolu ile sorulan sorulardan edinilmesi nedeniyle maliyet etkililiğinin yüksek olmasıdır. Diğer bir nedeni ise birçok kamu kurumu ve yardım kuruluşlarında ve küçük ölçekli işletmede objektif performans ölçütlerinin edinilebileceği kayıtların yeterli düzeyde tutulmuyor olması nedeniyle performans ölçütlerinin edinilmesinde başka bir alternatifin mevcut olmamasıdır (Wall ve diğerleri 2004). Son yıllarda yapılmış pek çok araştırmada ise objektif ve subjektif performans ölçütlerinin birlikte ve optimal ölçülerde kullanımının gerekli olduğu vurgulanmaktadır (Baker ve diğerleri 1994).

Bir sağlık kuruluşunun yönetiminde performans ile ilgili göstergelere en fazla ihtiyaç duyan kişiler kuşkusuz yöneticilerdir. Hastane yöneticilerinin hastane performans göstergeleri hakkında neler düşündükleri konusunda ise sınırlı sayıda araştırma mevcuttur (Ginsburg 2003). Bu konuyu ele alan araştırmacılar arasında bulunan Nelson ve diğ. (1995) hastane yöneticilerinin performans ölçümünün finansal hedeflerden çok kalite iyileştirme hedefine hizmet ettiği yönünde görüş bildirdiklerini belirtmiştir (Nelson ve diğerleri 1995). Literatürde performans ölçümü konusunda çalışan pek çok araştırmacı klinik sonuçlara dayalı performans ölçümünün hastane yöneticileri ve hizmet sunucular tarafından negatif algılandığını belirtmişlerdir (Ginsburg 2003). Pek çok başka çalışmada subjektif performans ölçütleri başta olmak üzere çoklu performans ölçümünün tercih edilmesi durumunda, yöneticilerin performans ile ilgili değerlendirmelerinde daha ılımlı davranmayı tercih ettikleri belirtilmiş ve performans değerlendirmede kullanılan ölçütlerin sayıca artışının ve daha çok

subjektif performans ölçütlerinin kullanılmasının hem değerlendirme yapmayı güçleştirdiği hem de gelecek ile ilgili kararlar almayı zorlaştırdığı belirtilmiştir (Moers 2005).

Aşağıda, Ginsburg (2003) tarafından geliştirilen şekilde (Şekil 1.1) performans ile ilgili verilerin özellikleri arasında yer alan; verilerin kalitesi, işe yararlılığı, raporlamadaki karmaşıklık, veri kaynaklarının güvenilirliği, verilerin zamanında edinilmesi, verilerin hayata geçirilebilmesi ve analize uygunluğunun geçmiş deneyimler ve ulaşılan performans ile birlikte yöneticilerin gözünde performans göstergelerine yönelik bir algı oluşturduğu belirtilmiştir. Bu modele göre yöneticilerin gözünde algılanan performans ile ilgili bir fayda oluşturmak bir performans geliştirme kültürü oluşturarak mümkün olabilecektir.

Şekil 1.1: Hastane Performans Verilerinin Yöneticiler Tarafından Algılanan Faydası



Kaynak: Ginsburg L.S. (2003) 'Factors That Influence Line Managers Perceptions of Hospital Performance', Health Services Research, 38(1), 261-286, s.265

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Ankara’da bulunan özel ve kamu hastanelerinde görev yapmakta olan hastane yöneticilerinin, görev yapmakta oldukları hastanelerin kalite, maliyet ve finansal performans göstergelerine ilişkin subjektif değerlendirmelerini ortaya koymak ve hastane yöneticilerinin performans ile ilgili değerlendirmelerinin hastane mülkiyet türüne göre değişme durumunu belirlemektir.

2.2. Varsayımlar

Ankete cevap veren yöneticilerin (başhekim, başhekim yard., başhemşire, başhemşire yard., müdür, müdür yard.) verdikleri yanıtların yansız olduğu ya da bu kişilerin bilinçli olarak yanlış/eksik bilgi vermedikleri düşünülmektedir.

2.3. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Ankara metropolitan il sınırları içerisinde bulunan tüm özel hastaneler, Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma ile ikinci basamak hastaneleri ve üniversite hastaneleri oluşturmaktadır. Bu amaçla Ankara ili metropolitan alanda bulunan tüm hastanelere izin başvuruları yapılmış ancak toplam 51 hastanenin 20’sinden gerekli izinler alınmıştır. Buna göre; Ulus Devlet Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Hastanesi, Etimesgut Devlet Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastanesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, A.Ü. İbni Sina Hastanesi, Gazi Üniversitesi Hastanesi, Özel Fatih Üniversitesi Hastanesi, Medicana International Ankara Hastanesi, Özel Çankaya Hastanesi Özel Keçiören Hastanesi, Kudret Göz Hastanesi, Lokman Hekim Hastanesi, 100. Yıl Hastanesi, Özel Ortadoğu 19 Mayıs Hastanesi ve TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi olmak üzere toplam 3 devlet hastanesi, 8 özel hastane, 1’i özel olmak üzere 3 üniversite hastanesi ve 6 eğitim ve araştırma hastanesi araştırmanın örneklemine oluşturmaktadır.

İzin alınan hastanelerde yöneticilerin seçimi ise kolayda örnekleme yöntemi ile yapılmış ve her hastanede en az 3 yöneticiye anket uygulanmıştır.

2.4. Veri Toplama Yöntemi

Bu araştırma verilerin anket yöntemi kullanılarak temin edildiği analitik nitelikte kesitsel bir saha araştırmasıdır. Veri toplama süreci Ocak 2011'de başlamış, Temmuz 2011'de sona ermiştir. Araştırmada her hastaneden minimum 3 olmak üzere 90 hastane üst düzey yöneticisine (başhekim, başhekim yard., başhemşire, başhemşire yard., hastane müdürü, hastane müdür yard.) yüzyüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır.

Çalışmada hastane yöneticilerinin görev yaptıkları hastanelerin performansı ile ilgili değerlendirmelerini ölçmek için Li ve diğerleri (2002)'nin 'The Impact of Strategic Operations Management on Community Hospital Performance' isimli çalışmasında yer verilmiş olan kalite, maliyet ve finansal performans başlıklarından oluşan ve Cronbach Alfa değerleri 0.70'den yüksek bulunan, 9 sorudan yararlanılmış ve yöneticilerden görev yapmakta oldukları hastaneleri; maliyet performansı, kalite performansı ve finansal performans açısından 1'in 'Oldukça Düşüktür', 3'ün 'Eşittir', 5'in 'Çok Yüksektir'i temsil ettiği 5'li Likert ölçeği üzerinde rakip hastaneler ile karşılaştırmaları istenmiştir. Maliyet performansı ve kalite performansı üçer soru ile ölçülmüş olup, maliyet performansının alt boyutları arasında yatan hasta maliyetleri, çalışan verimliliği ve kapasite kullanımı yer alırken, kalite performansının alt boyutları arasında klinik kalite, hasta memnuniyeti, hasta taleplerinin karşılanması, hasta şikâyetlerinin yanıtlanması yer almaktadır. Son olarak finansal performans iki soru ile ölçülmüş olup, finansal performansın alt boyutları arasında pazar payı büyüklüğü ve dönem net karı bulunmaktadır. Bu çalışmada da yöneticilerin 9 performans sorusuna verdikleri yanıtların güvenilirliği Cronbach alfa katsayısına dayalı olarak değerlendirilmiş ve genel içsel tutarlılık katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur.

Anketin son bölümünde yöneticiler ile ilgili kişisel bilgilere yer verilmiştir. Yönetici anketlerinde yer verilen kişisel bilgiler arasında; yöneticilerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, meslekteki çalışma süreleri ve aylık gelirlerine ilişkin bilgiler bulunmaktadır.

2.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın başlıca kısıtlarından biri Ankara metropolitan alanda yer alan 51 hastaneye ulaşılması hedeflenmesine rağmen bunlar içerisinde sadece 20 tanesinden izin alınabilmiş olmasıdır. Başlangıçta araştırmaya dahil edilen kamu ve özel hastane sayılarının dengeli olması planlanmış fakat, özel hastanelerden yeterli sayıda izin alınamamıştır. Araştırmanın bir diğer kısıtı ise genellikle büyükşehirlerde faaliyet gösteren hastanelerde çalışan personel arasında ankete dayalı çalışmalara destek verilmemesi nedeniyle bu çalışmada rastgele örnekleme yönteminin tercih edilmeyip yerine kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak her hastaneden minimum 3 yönetici üzerinde anket yapılmış olmasıdır.

2.6. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 15.0 istatistik programı kullanılmış olup, araştırma kapsamındaki hastane yöneticilerinin özellikleri ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistiklerle incelenmiştir. Kamu ve özel hastane yöneticilerinin değerlendirmelerine göre hastanelerin performans göstergeleri arasındaki farklılıklar ise t testi ile analiz edilmiştir.

III. BULGULAR

3.1. Araştırma Kapsamındaki Hastane Yöneticilerinin Kişisel ve Mesleki Özellikleri

Tablo 3.1: Araştırma Kapsamındaki Yöneticilerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

| Değişkenler | | | Değişkenler | | |
|---------------------|----------|------------|---------------------------------|----------|------------|
| Cinsiyet | n | (%) | Mesleğiniz | n | (%) |
| Kadın | 37 | 41,1 | Doktor | 22 | 24,4 |
| Erkek | 53 | 58,9 | Hemşire | 19 | 21,1 |
| Medeni Durum | n | (%) | Yönetici | 25 | 27,8 |
| Evli | 65 | 72,2 | Belirtilmemiş | 24 | 26,7 |
| Bekar | 18 | 20,0 | Bu hastanedeki göreviniz | n | (%) |
| Belirtilmemiş | 7 | 7,8 | Başhekim | 4 | 4,4 |

Tablo 3.1: Araştırma Kapsamındaki Yöneticilerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular (Devam)

| Değişkenler | | | Bu hastanedeki göreviniz | n | (%) |
|-------------------------|-----------|--------------|-----------------------------------|------------|--------------|
| Eğitim Durumunuz | n | (%) | Başhekim Yardımcısı | 15 | 16,7 |
| Ön lisans | 13 | 14,4 | Başhemşire | 3 | 3,3 |
| Lisans | 40 | 44,4 | Başhemşire Yardımcısı | 16 | 17,8 |
| Master | 6 | 6,7 | Müdür | 5 | 5,6 |
| Tıp fakültesi | 5 | 5,6 | Müdür Yardımcısı | 31 | 34,4 |
| Tıpta uzmanlık | 17 | 18,9 | Belirtilmemiş | 16 | 17,8 |
| Belirtilmemiş | 9 | 10,0 | Toplam | 90 | 100,0 |
| Toplam | 90 | 100,0 | Ort. | Ss. | |
| | | | Yaş | 41,9 | 7,4 |
| | | | Meslekteki Çalışma Süreniz | 19,7 | 6,7 |

Tablo 3.1’de araştırma kapsamındaki yöneticilerin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bilgiler sunulmuştur. Buna göre yöneticilerin %58,9’u erkek, %41,1’i kadındır. Medeni durum açısından bakıldığında yöneticilerin %72,2’sinin evli, %20’sinin bekar olduğu, eğitim durumlarına bakıldığında %14,4’ünün ön lisans, %44,4’ünün lisans, %6,7’sinin master, %5,6’sının tıp fakültesi, %18,9’unun tıpta uzmanlık eğitimine sahip oldukları, %10’unun ise eğitim durumuna ilişkin bilgi vermediği görülmektedir.

Tablo 3.1’de araştırma kapsamındaki yöneticilerin mesleki bilgilerine de yer verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan yöneticilerden %26,7’sinin dağıtılan anket formunda mesleğine ilişkin bilgi vermediği, %27,8’inin yönetici, %24,4’ünün doktor, %21,1’inin hemşire olduklarını belirttikleri görülmektedir. Yöneticilerin halen çalıştıkları hastanedeki görev dağılımına bakıldığında, %34,4’ünün müdür yardımcısı, %17,8’inin başhemşire yardımcısı, %16,7’sinin başhekim yardımcısı, %5,6’sının müdür, %4,4’ünün başhekim, %3,3’ünün başhemşire oldukları görülmektedir. Örneklemin yaş dağılımı minimum 28 ile maksimum 56 arasında olup genel yaş ortalaması 42’dir ($\pm 7,4$). Araştırmaya katılan yöneticilerin meslekteki çalışma süresi ortalaması 19,7 ($\pm 6,7$)’dir.

3.2. Hastane Yöneticilerinin Görev Yapmakta Oldukları Hastanelerin Performansı Konusundaki Değerlendirmeleri

Tablo 3.2: Kamu ve Özel Hastanelerin Performanslarının Yöneticilerin Görüşlerine Göre Değerlendirilmesi

| Performans Türü | | Hastane Türü | N | Ort. | St. Sapma | t | p |
|---------------------|-----------------------------------|------------------|----|------|-----------|-------|--------|
| Maliyet Performansı | Yatan Hasta Maliyetleri | Kamu Hastaneleri | 50 | 3,0 | 1,0 | -1,02 | 0,311 |
| | | Özel Hastaneler | 39 | 3,3 | 1,1 | | |
| | Çalışan Verimliliği | Kamu Hastaneleri | 51 | 4,2 | 0,9 | -2,03 | 0,045 |
| | | Özel Hastaneler | 39 | 4,5 | 0,8 | | |
| | Kapasite Kullanımı | Kamu Hastaneleri | 51 | 4,3 | 0,8 | -2,10 | 0,039 |
| | | Özel Hastaneler | 39 | 4,6 | 0,7 | | |
| Kalite Performansı | Klinik Kalite | Kamu Hastaneleri | 51 | 4,3 | 0,8 | -1,59 | 0,116 |
| | | Özel Hastaneler | 39 | 4,6 | 0,8 | | |
| | Hasta Memnuniyeti | Kamu Hastaneleri | 50 | 4,3 | 0,8 | -1,89 | 0,062 |
| | | Özel Hastaneler | 39 | 4,6 | 0,7 | | |
| | Hasta Taleplerinin Karşılanması | Kamu Hastaneleri | 51 | 4,3 | 0,9 | -2,05 | 0,043 |
| | | Özel Hastaneler | 39 | 4,6 | 0,7 | | |
| | Hasta Şikâyetlerinin Yanıtlanması | Kamu Hastaneleri | 51 | 4,4 | 0,7 | -1,32 | 0,190 |
| | | Özel Hastaneler | 39 | 4,6 | 0,7 | | |
| Finansal Performans | Pazar Payı Büyüklüğü | Kamu Hastaneleri | 51 | 4,2 | 0,8 | -2,18 | 0,032 |
| | | Özel Hastaneler | 39 | 4,6 | 0,7 | | |
| | Dönem Net Karı | Kamu Hastaneleri | 51 | 4,2 | 0,8 | -3,91 | <0,001 |
| | | Özel Hastaneler | 38 | 4,7 | 0,5 | | |

Tablo 3.2’de yöneticilerin görev yapmakta oldukları özel ya da kamu hastanesinin performansına ilişkin değerlendirmelerine yer verilmiştir. Buna göre maliyet performansının alt boyutlarından çalışan verimliliği ($t=-2.03$, $p<0.05$) ve kapasite kullanımı ($t=-2.10$, $p<0.05$) açısından özel ve kamu hastaneleri arasında fark bulunmuş olup, çalışan verimliliği açısından özel hastanelerin (4.5) kamu hastanelerinden (4.2), benzer biçimde kapasite kullanımı açısından da özel hastanelerin (4.6) kamu hastanelerinden (4.3) daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmüştür.

Kalite performansının alt boyutlarına bakıldığında, hasta taleplerinin karşılanması ($t=-2.05$, $p<0.05$) açısından özel ve kamu hastaneleri arasında fark

bulunmuş olup, hasta taleplerinin karşılanması bakımından özel hastanelerin (4.6) kamu hastanelerinden (4.3) daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmüştür. Son olarak yöneticilerin görev yapmakta oldukları hastaneyi finansal performans açısından değerlendirmeleri incelendiğinde, özel ve kamu hastaneleri arasında finansal performansın pazar payı büyüklüğü ($t=-2.18$, $p<0.05$) ve dönem net karı ($t=-3.91$, $p<0.01$) alt boyutları açısından anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmüştür. Aynı zamanda finansal performansın bu iki alt boyutundan pazar payı büyüklüğü açısından özel hastanelerin (4.6), kamu hastanelerinden (4.2) benzer şekilde dönem net karı göstergesi bakımından da özel hastanelerin (4.7) kamu hastanelerinden (4.2) daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmüştür.

IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. Sonuç

Araştırmadan elde edilen sonuçlar hastane yöneticilerinin subjektif performans değerlendirmelerine göre, incelenen değişkenler açısından özel hastanelerin kamu hastanelerine göre daha yüksek ortalamalara sahip olduklarını ortaya koymuştur. Buna göre özel hastane yöneticilerinin görev yapmakta oldukları hastaneyi maliyet, kalite ve finansal performans açısından kamu hastanelerine göre daha başarılı gördükleri dikkat çekmektedir. Araştırma sonuçları özel ve kamu hastaneleri arasında en fazla farklılık görülen performans alt boyutunun finansal performansın alt boyutlarından dönem net karı ($t=-3.91$, $p<0.001$) olduğuna işaret etmektedir.

Literatürde ‘mülkiyet hakları teorisi’ mülkiyet türü ile verimlilik arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Bu teoriye göre mülkiyet yapısı örgütün performansı üzerinde etkili olan bir faktördür. Bu teori genellikle kamu sektörünün özel sektör karşısındaki verimsizlik ve etkinsizliğine vurgu yapmaktadır (Kim ve Mahoney, 2005:226). Hastane endüstrisi de mülkiyet farklılıklarının örgütsel performansta meydana getirdiği farklılıkların araştırılmasında kullanılabilir bir alandır (Sloan ve diğerleri 2001).

Bu araştırmada hastane yöneticilerinin kalite, maliyet ve finansal performans göstergeleri başlığı altında yaptıkları tüm subjektif değerlendirmelerde özel hastanelerin daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmüştür. Kalite, maliyet ve finansal performans bakımından özel ve kamu

hastanelerini karşılaştıran çok sayıda araştırmada da benzer bulgulara ulaşılmıştır. Özel ya da kamu hastanelerini hizmet kalitesi bakımından karşılaştıran araştırmalar incelendiğinde bu araştırmaların büyük çoğunluğunda özel hastanelerin kamu hastanelerine göre daha yüksek hizmet kalitesine sahip olduklarının vurgulandığı görülmektedir. Bunlar arasında yer alan Taner ve Antony (2006) özel ve kamu hastanelerini hizmet kalitesi bakımından karşılaştırdıkları araştırma sonucunda; özel hastanelerden hizmet alan yatan hastaların devlet hastanelerinden sağlık hizmeti alan hastalara göre memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Benzer biçimde Jabnoun ve Chaker (2003) de kamu ve özel hastaneleri hizmet kalitesi bakımından karşılaştırdıkları araştırma sonucunda hastaların çoğu zaman özel hastaneleri daha yüksek kalitede hizmet sunmaları nedeniyle kamu hastanelerine tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bu konuyu inceleyen araştırmacıardan bir diğeri olan Andaleeb (2000) ise hastaların daha yüksek hizmet kalitesi nedeniyle tedavi olmak için daha çok özel hastaneleri tercih ettiklerini belirtmiştir. Benzer biçimde Camilleri ve O'Callaghan (1998) da özel ve kamu hastanelerini hasta bakım hizmetleri kalitesi bakımından karşılaştırdıkları araştırma sonucunda hastaların özel hastanelerden daha yüksek hizmet sunma beklentisi içinde olduklarını belirtmiş, özel hastanelerin hizmet sunumunda özellikle 'otelcilik' hizmetleri bakımından kamu hastaneleri karşısında farklılık yarattıklarını ortaya koymuştur.

Özel ve kamu hastanelerini maliyet ve finansal performans açısından karşılaştıran araştırmalar arasında bulunan Silverman ve diğerleri (1999) kar amaçlı olan ve olmayan hastaneleri toplam harcamalar bakımından karşılaştırmış ve kar amaçlı hastanelerin daha fazla harcamada buldukları sonucuna ulaşmışlardır. Shen ve diğerleri (2007) ise yaptıkları meta analizi çalışmasında hastanelerin finansal performansını; maliyetler, hasılatlar, kar marjı ve etkinlik gibi beş başlık altında incelemişlerdir. Bu inceleme sonucunda özel ve kamu hastanelerinin finansal performansları arasında çok sayıda farklılıklar olduğu konusuna dikkat çekilmiştir. Li ve diğerleri (2002) hastane yöneticileri üzerinde yaptıkları araştırmada; hastanelerin talep yönetimi, çalışan yönetimi gibi operasyonel konularda aldıkları kararların hastane maliyet ve kalite performansı üzerinde nasıl bir etkide bulunduğunu incelemişlerdir. Araştırma sonucunda talep yönetimi, işgücü ile ilgili ve malzeme/ekipman konusunda alınan kararların hastane maliyet performansı üzerinde doğrudan etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca daha iyi talep yönetiminin maliyet performansını artırdığı da görülmüştür. Bu çalışmadan yola çıkan Çetin ve

diğerleri (2011) ise oluşturdıkları modelde hastanelerde klinik ve bilgi teknolojilerine yapılan yatırımın maliyet ve kalite performansı üzerindeki etkisi ile ilgili olarak, hem klinik hem de bilgi teknolojilerine yapılan yatırımların hastane maliyet ve kalite performansı üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Bazı araştırmacılar işletme performansını; işletmelerin tuttıkları kayıtlardan ve kamuoyu ile paylaşılan verilerden yararlanarak; verimlilik, kar, varlıkların geri dönüşü (return on assets) gibi objektif performans ölçütlerine göre değerlendirmiş, bazıları ise değerlendiricilerin bakış açılarını anlamaya çalışarak yalnızca subjektif değerlendirmelere bağlı olarak ölçmüştür (Wall ve diğerleri 2004).

4.2. Öneriler

Bu araştırmada hastanelerin performansı yöneticilerin değerlendirmelerine bağlı olarak ölçülmüştür. Performans ölçümünde farklı göstergelerin kullanılması ile ilgili olarak Kelly ve Swindell (2002) daha anlamlı sonuçlara ulaşabilmek için performans ölçümünde çoklu yöntemlerin tercih etmenin yararlı olacağından söz etmiştir. Benzer biçimde Shingler ve diğerleri (2008)'de performans ölçümünde hem objektif hem de subjektif performans göstergelerinin birlikte kullanılmasının daha başarılı sonuçlara ulaşmak için gerekli olduğundan söz etmiştir. Bu araştırmada 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. Aynı zamanda hastane performansının yalnızca kalite, maliyet ve finansal performans olmak üzere operasyonel boyutlar ile incelendiği bu araştırmadan yola çıkılarak bundan sonraki araştırmalarda operasyonel süreçler ile ilgili boyutlara klinik süreçler ile ilgili boyutlar da ilave edilerek daha objektif performans değerlendirmeleri gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Aday L.A. Begley C.E. Lairson D.R. Balkrishnan R. (2007) **Evaluating The Healthcare System Effectiveness, Efficiency and Equity**, Third Edition, Health Administration Press, Chicago, Illinois, Academy Health, Washington, D.C.

2. Andaleeb S.A. (2000) 'Public and Private Hospitals In Bangladesh: Service Quality and Predictors of Hospital Choice', **Health Policy and Planning**, 15(1):95-102.
3. Baker G. Gibbons R. Murphy K.J. (1994) 'Subjective Performance Measures In Optimal Incentive Contracts', **Quarterly Journal of Economics**, 109(4):1125-1156.
4. Beyan O.D. (2010) 'A New Ontology and Knowledge Base System for Performance Measurement In Health Care', **Doctoral Thesis, The Department of Health Informatics, Middle East Technical University, Ankara.**
5. Bititci U. Garengo P. Dörfler V. Nudurupati S. (2011) 'Performance Measurement Challenges for Tomorrow', **International Journal of Management Reviews**, Article In Press, 14(3):305-327.
6. Bourne M. Mills J. Wilcox M. Neely A. Platts K. (2000) 'Designing, Implementing and Updating Performance Measurement Systems', **International Journal of Operations & Production Management**, 20(7):754-771.
7. Camilleri D. and O'Callaghan M. (1998) 'Comparing Public and Private Hospital Care Service Quality', **Journal of Health Care Quality Assurance**, 11(4):127-133.
8. Christopher D.I. and David F. Larcker (2003) 'Coming Up Short on Nonfinancial Performance Measurement', **Harvard Business Review**, November, 88-95.
9. Creteur M. and Pochet Y. (2002) 'Organizational Design and Hospital Performance', Louvain School of Management Research Institute, **Working Paper**, <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/iag/documents/WP51creteur.pdf>
10. Curtright J.W. Stolp-Smith S.C. Edell E.S. (2000) 'Strategic Performance Management: Development of A Performance Measurement System At The Mayo Clinic', **Journal of Healthcare Management**, 45(1):58-68.

11. Çetin A.T. Aksu M. Özer G. (2011) ‘Technology Investments, Performance and The Effects of Size And Region In Turkish Hospitals’, **The Service Industries Journal**, First Article, 1-25.
12. David O. (1999) ‘Performance Management: A Framework for Management Control Systems Research’ **Management Accounting Research**, 10(1):363-382.
13. Dess G.G. and Robinson R.B. (1984) ‘Measuring Organizational Performance In The Absence of Objective Measures: The Case of The Privately-Held Firm and Conglomerate Business Unit’, **Strategic Management Journal**, 5(3):265-273.
14. Dilanthi A. and David B. (2002) ‘Moving From Performance Measurement to Performance Management’, **Facilities**, 20(5/6):217-223.
15. Eker M. and Pala F. (2008) ‘The Effect of Competition, Just In Time Production and Total Quality Management on The Use of Multiple Performance Measures: An Empirical Study’, **Journal of Economic and Social Research**, 10(1):35-72.
16. Ghalayini A.M. Noble J.S. Crowe T.J. (1997) ‘An Integrated Dynamic Performance Measurement System for Improving Manufacturing Competitiveness’, **International Journal of Production Economics**, 48(3):207-225.
17. Ginsburg L.S. (2003) ‘Factors That Influence Line Managers Perceptions of Hospital Performance’, **Health Services Research**, 38(1):261-286.
18. Hudson M. Smart A. Bourne M. (2001) ‘Theory and Practice in SME Performance Measurement Systems’, **International Journal of Operation&Production Management**, 21(8):1096-1115.
19. Jabnoun N. and Chaker M. (2003) ‘Comparing The Quality of Private and Public Hospitals’, **Managing Service Quality**, 13(4):290-299.

20. Kaplan S. and Norton D.P. (1996) 'Using Balanced Scorecard As A Strategic Management System', **Harvard Business Review**, January-February, 75-85.
21. Kelly J.M. and Swindell D. (2002) 'A Multiple Indicator Approach To Municipal Service Evaluation: Correlating Performance Measurement and Citizen Satisfaction Across Jurisdictions', **Public Administration Review**, 62(5):610-621.
22. Kim J. And Mahoney J.T. (2005) 'Property Rights Theory, Transaction Costs Theory and Agency Theory: An Organizational Economics Approach to Strategic Management', **Managerial and Decision Economics**, 26(1):223-242.
23. Li L.X. Benton W.C. Leong G.K. (2002) 'The Impact of Strategic Operations Management Decisions On Community Hospital Performance', **Journal of Operations Management**, 20(4):389-408.
24. Mary A.M. and Frank H.S. (2004) 'Choice and Change of Measures in Performance Measurement Models', **Management Accounting Research**, 15(4):441-469.
25. Maxwell C.I. (1998) 'Public Disclosure of Performance Information In Pennsylvania', **Joint Comission Journal On Quality Improvement**, 24(9):491-502.
26. Moers F. (2005) 'Discretion and Bias In Perfomance Evaluation: The Impact of Diversity and Subjectivity', **Accounting, Organizations and Society**, 30(1):67-80.
27. Muckler F.A. and Seven S.A. (1992) 'Selecting Perfomance Measures: 'Objective' Versus 'Subjective' Measurement', **Human Factors**, 34(4), 441-455.
28. Nelson E.C. Batalden P.B. Plume S.K. Mihevc N.T. Swartz W.G. (1995) 'Report Cards or Instrument Panels: Wh Needs What?', **Joint Comission Journal on Quality Improvement**, 21(4):150-160.

29. Porritt J. (2004), **The Triple Bottom Line Does It All Add Up?**, Henriques A. Richardson J. (editors), Earthscan, U.K., London.
30. Prendergast C. and Topel R. (1993) 'Discretion and Bias In Performance Evaluation', **European Economic Review**, 37, 355-365.
31. Pun K.F. and White A.S. (2005) 'A Performance Measurement Paradigm for Integrating Strategy Formulation: A Review of Systems and Frameworks', **International Journal of Management Reviews**, 7(1), 49-71.
32. Shen Y.C. Eggleston K. Lau J. Schmid C.H. (2007) 'Hospital Ownership and Financial Performance: What Explains The Different Findings In The Empirical Literature?', **Inquiry**, 44(1):41-68.
33. Shingler J. Van M.E. Loon Alter T.R. Bridger J.C. (2008) 'The Importance of Subjective Data for Public Agency Performance Evaluation', **Public Administration Review**, 68(6):1101-1111.
34. Silverman E.M. Skinner J.S. Fisher E.S. (1999) 'The Association Between For-Profit Hospital Ownership And Increased Medicare Spending', **New England Journal of Medicine**, 341(6):420-426.
35. Sloan F.A. Picone G.A. Taylor D.H. Chou S.Y. (2001) 'Hospital Ownership and Cost of Quality of Care: Is There A Dime's Worth of Difference?', **Journal of Health Economics**, 20(1):1-21.
36. Taner T. and Antony J. (2006) 'Comparing Public and Private Hospital Care Service Quality in Turkey', **Leadership in Health Services**, 19(2):1-10.
37. Wall T.D. Michie J. Patterson M. Wood S.J. Sheehan M. Clegg C.W. West M. (2004) 'On The Validity of Subjective Measures of Company Performance', **Personnel Psychology**, 57(1):95-118.