

Kamu Hastaneleri Birlikleri verimlilik değerlendirmesinde verimlilik kartı uygulaması

Implementation of productivity card in productivity evaluation in Associations of Public Hospitals

Nurullah Uçkun¹

Ümit Şahin²

Received Date: 11 / 10 / 2015

Accepted Date: 08 / 01 / 2016

Öz

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile organizasyon ve yönetim yapısı değişen Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin yönetimi, Bakanlık düzeyinde yapılandırılan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) ve bu Kuruma bağlı olarak görev yapacak il düzeyinde oluşan Genel Sekreterliklere bağlı olacak şekilde planlanmış ve Aralık 2012 itibarı ile fiili uygulamaya geçilmiştir. TKHK bağlı Genel Sekreterlik ve Genel Sekreterliklere bağlı hastanelerin sözleşmeli olarak atanan yöneticilerinin performans değerlendirme, ek ödeme ve görevden alma /yeniden atanma sürecinde "Verimlilik Kartesi" esas alınmıştır. Yönerge de tanımlanan "Verimlilik Kartesinin" oluşturulmasında Kaplan Ve Norton tarafından geliştirilen "Balanced Score Card (BSC)" yaklaşımından yararlanılmıştır. Bu çalışmada TKHK tarafından Kaplan Ve Norton tarafından geliştirilen "Balanced Score Card (BSC)" yaklaşımından yararlanılarak oluşturulan "Verimlilik Kartesi" yaklaşımı ile Balanced Score Card (BSC) yaklaşımı ilişkili olarak incelenmeye çalışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Hastaneler, Türkiye, Verimlilik Kartesi

Abstract

The management of hospitals, which are depend on Republic of Turkey Of Health Ministry whose organization and management structure are changed according to the no.663 decree law, is planned to restructure under a general secretariat at the country level and these secretariats are planned to be depend on a Institutions Of Public Hospitals Turkey (TPHI). It is based on "productivity card" evaluating performance of, making additional payment to, depositioning and repositioning of the managers who are worked in the hospitals which are depend on TPHI and secretariats. Productivity card which is defined by instruction are rendered with Balanced Score Card approach which is developed by Kaplan and Norton. In this research, the authors examine the relationship between Balanced Scorecard approach which is developed by Kaplan and Norton and productivity card which is developed with turning of Balanced Score Card by TPHI.

Keywords: Hospitals, Turkey, Balanced Score Card

1. Giriş

Performans ve buna bağlı olarak gerek performans yönetimi ve gerekse de performans değerlendirme kavramları üzerinde en çok tartışılan kavramlar olmalarına rağmen, halen net bir "performans" tanımı yapılamamış ve üzerinde de ortak bir anlayış oluşturulamamıştır. Performans kelimesi İngilizce kökenli bir kelime olup dilimize "icra etme, yapma, etme, ifa" olarak tercüme edilmiş ve zaman zaman başarı, başarmak kavramları ile özdeşleştirilmiştir (Akçakaya, 2012, s.

¹ Assoc. Prof. Dr., Osmangazi University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Business, ESKİŞEHİR/TURKEY, nuckun@yahoo.com

² Expert, Osmangazi University, Faculty of Health Sciences, Health Administration, ESKİŞEHİR/TURKEY, usa-hin1965@yahoo.com

Uçkun, N., Şahin, Ü. (2016). Kamu Hastaneleri Birlikleri verimlilik değerlendirmesinde verimlilik karnesi uygulaması. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (1), 302-313.

173). Performans “Bir işi yapan bir bireyin, bir grubun yâda bir teşebbüsün o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak nereye varabildiği başka bir deyişle neyi sağlayabildiğinin nicel (miktar) ve nitel (kalite) olarak anlatımıdır” (Baş ve Artar, 1991).

Genellikle uygulamada performans ölçümü ile karıştırılan Performans Yönetimi kavramı; kurumda başarının elde edilebilmesi için her çalışanın, birimin ve süreçlerin performansının değerlendirilmesi ve performansların geliştirilmesi için alınması gereken tedbirlerin belirlenerek uygulanmasıdır. Bir başka ifade ile “Performans Yönetimi”, örgütün istenen amaçlara yöneltmek için örgütün mevcut ve geleceğe ilişkin durumları ile ilgili bilgi toplama, bunları karşılaştırma ve performansın sürekli gelişimini sağlayacak yeni ve gerekli etkinlikleri başlatma ve sürdürme görevlerini yüklenen bir yönetim sürecidir (Altıntaş, 2008, s. 4).

Performans anlayışının tarihsel sürecine bakıldığında “karlılık”, “verimlilik” ve “yeni rekabet” aşamalarından geçildiği görülmektedir. Performans kavramı küreselleşen dünyaya ayak uydurarak daha rekabetçi ve çevreye dönük bir hal almıştır. Sürecin başlarında kar hedefiyle yüzü kendine dönük performans, verimlilik anlayışı ile yüzünü müşteriye ve çevresine çevirmiştir. Son olarak, yeni rekabet aşaması performans, geleceği de içine alan geniş bir bakış açısı kazandırmıştır (Celep, 2010, s. 7). Bir süreç olarak yaklaşıldığında “Performans Yönetimi”, önceden belirlenmiş olan performans göstergeleri kullanılarak gerçekleştirilen ölçümler sonucunda kurumsal amaç ve hedeflere ulaşma derecesinin tespit edilmesi, bununla birlikte personel başarısının ortaya çıkarılması ve elde edilen performans sonuçlarının değerlendirilmesi aşamalarından oluşmaktadır (Köseoğlu, 2007, s. 44).

Devlet kurumlarının ve kar amacı gütmeyen kuruluşların başarısı, kamusal ihtiyaçları karşılamada ne derece etkili ve verimli oldukları ile ölçülmelidir. Kamuya yönelik somut amaç ve hedefler belirlenmelidir. Finansal etmenler kısıtlayıcı veya olanak sağlayıcı bir rol oynasalar da çok ender durumlarda temel amaç olma niteliğini taşımayacaktır (Usta, 2012, ss-99-120). 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile organizasyon ve yönetim yapısı değişen Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin yönetimi, il düzeyinde oluşan Genel Sekreterliklere bağlı olarak planlanmış ve Aralık 2012 itibarı ile fiili uygulamaya geçilmiştir. 163 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin “34. Birlik Hastanelerinin Gruplandırılması’ Ve Denetimi” ve “40. Düzenleme Yetkisi” başlıklı Maddeleri gereğince “Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği” (10.12.2014 tarih ve 29201 sayılı Resmi Gazete) yayımlanmıştır. Daha sonrasında ise sözü edilen Yönetmeliğin uygulama esasları ise aşağıda amaç ve kapsamı yer alan “Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge” (İlk yayın 05/10/2012 ve son revizyon tarihi: 28/02/2015) yayımlanmıştır. Bu yönergenin amaç ve kapsamı ile ilgili maddelerine aşağıda yer verilmiştir.

Amaç

MADDE 1-(1) Bu Yönergenin amacı, Kurumun strateji ve hedefleri doğrultusunda ve verimlilik değerlendirme ölçütleri çerçevesinde Kamu Hastane Birliklerinin kaynak kullanımının ve hizmet sunumunun etkinlik ve verimliliğini değerlendirmektir.

Kapsam

MADDE 2-(1) Bu Yönerge, Kamu Hastane Birliklerini ve bağlı sağlık tesislerini kapsar.

TKHK bağlı genel Sekreterlik ve genel sekreterliklere bağlı hastanelerin performans değerlendirme sürecinde “Verimlilik Karnesi” esas alınmıştır. Yönerge de tanımlanan “Verimlilik Karnesinin” oluşturulmasında Kaplan Ve Norton tarafından geliştirilen “Balanced Score Card (BSC)” yaklaşımından yararlanılmıştır.

“Ölçemezseniz yönetemezsiniz” ilkesiyle hareket eden BSC sistemi, birden fazla performans göstergesinin ölçülmesi ve performans ölçümlerinin sonuçlarına belirli ağırlıklar verilmesi suretiyle özet bir rapor hazırlanmasına dayalı bir performans ölçüm sistemi olarak ortaya çıkmaktadır (Coşkun, 2006, s. 128).

BSC Sistemini bir uçakta bulunan pilot kabinindeki gösterge paneline benzetmek mümkündür. Pilotlar uçuş gibi karmaşık bir eylemi gerçekleştirmek için yakıt durumu, yükseklik, seyir rotası gibi şu anki durumu ve gelecekteki durumu belirten gösteren bilgi setine ihtiyaç duyarlar. Pilotun tek bir göstergeye bakarak hareket etmesinin mümkün olmadığı gibi bir örgüt içinde de performans yönetimi tek bir göstergeye bağlı olarak gerçekleştirilemez (Kaplan ve Norton, 1992, s. 71).

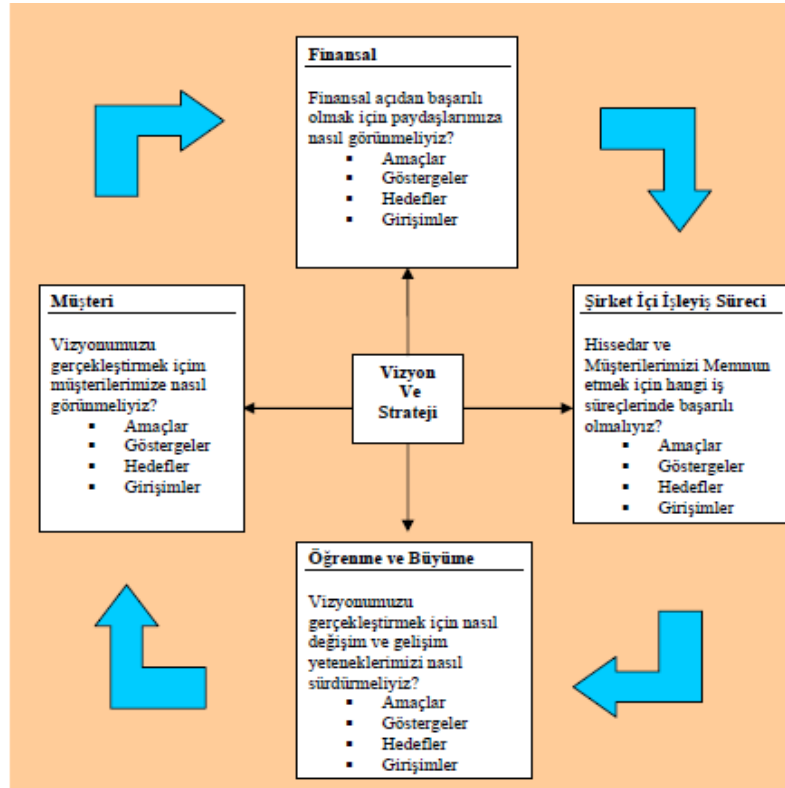
Öncelikle 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin öngördüğü performans değerlendirme kapsamında yapılacak olan verimlilik çalışmalarının çok boyutlu bir performans değerlendirme olduğu görülmektedir. Bu bağlamda yapılan literatür taramasında öngörülen modelin en çok “Balanced Scorecard” modeline yakınsadığı görülmüş ve buradan yola çıkarak “Kurumsal Karne” yaklaşımı geliştirilmiştir. Bu model çerçevesinde de Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun vizyonu çerçevesinde değişkenler yerleştirilerek yeni bir model için alt yapı oluşturulmaya çalışılmaktadır (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Verimlilik Daire Başkanlığı, 2012). Aşağıda TKHK'nun performans değerlendirme sisteminde BSC yaklaşımını tercih ettiğine yönelik düşünceleri yer almaktadır.

- 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'de öngörülen çok yönlü değerlendirmeye uygun bir çerçeve sağlar. Değerlendirmede söz konusu bileşenleri (tıbbi, mali, idari...) bir arada kullanmak için teori ve metod alt yapısı sunar.
- Kurumsal Karnenin dengelenmesi mümkün olursa herhangi bir fonksiyonun öne çıkması engellenmiş olur. Aslında bir “stratejik yönetim aracı” olması nedeniyle hastanelerin vizyonu, hedefleri ve faaliyetleri arasında ilişki kurulmasını sağlar.
- Kurumsal Karnenin rehberlik fonksiyonu bulunmaktadır. Hedeflerin hastane idarecilerince algılanması ve hedeflere ulaşmak için takip edecekleri yolları netleştirmelerine öncülük eder. Ayrıca mümkün olduğu ölçüde ilgili personel ve birimlerle irtibatının kurulması ile stratejik amaçlara kurum, birim ve birey olarak yönelmeyi sağlar.
- Faaliyet ve süreçlerin sonuçları konusunda sürekli geri bildirim ve raporlama sonucunda izleme ve değerlendirmenin sürekliliğine imkân verir.
- Kurumsal Karne ile vizyon, hedef, kriter ve ölçütlerin belirlenmesi sonrasında “kıyaslama-benchmarking” ile objektiflik sağlanabilir. Kanun Hükmünde Kararname'de öngörülen başarı sınıflandırması (A,B,C...) için hastanelerin belirlenen kriterlerde karşılaştırılması ile yapılacak söz konusu kıyaslama, hastanelerin emsal hastaneler arasında kriterler bazında durumlarını görebilme imkânı sağlayacaktır.

2. BSC ve verimlilik karnesinin ilişkisi

“Ölçemezseniz yönetemezsiniz” ilkesiyle hareket eden kurumsal başarı karnesi sistemi, birden fazla performans göstergesinin ölçülmesi ve performans ölçümlerinin sonuçlarına belirli ağırlıklar verilmesi suretiyle özet bir rapor hazırlanmasına dayalı bir performans ölçüm sistemi olarak ortaya çıkmaktadır (Coşkun, 2006, s. 128).

Şekil 1. BSC bileşenleri



BSC bir örgütsel yapının performansının yukarıda yer alan şekilde görüldüğü gibi, 4 ana boyutta göstergeler ile izlenmesine dayalı bir sistemdir. BSC Sisteminin genel kabul gören 4 boyutu yukarıda yer alan şekilde tanımlanmıştır. Kurumsal başarı karnesini bir uçakta bulunan pilot kabinindeki gösterge paneline benzetmek mümkündür. Pilotlar uçuş gibi karmaşık bir işlemi gerçekleştirmek için yakıt durumu, yükseklik, seyir rotası gibi şu anki durumu ve gelecekteki durumu belirten gösteren bilgi setine ihtiyaç duyarlar. Pilotun tek bir göstergeye bakarak hareket etmesinin mümkün olmadığı gibi bir örgüt içinde de performans yönetimi tek bir göstergeye bağlı olarak gerçekleştirilemez (Kaplan ve Norton, 1992, s. 71).

Performans ölçümü ve denetimi, kaynak israfının önlenmesi ve yolsuzlukların önüne geçilebilmesi beklentisinden dolayı çağdaş kamu yönetiminin önemli konuları arasına girmiştir. Kamu yönetimindeki reform çalışmalarında performans denetimi, verimlilik, etkinlik, tutumluluk, çıktı/sonuç odaklılık gibi kavramlara dayalı yeni bir yaklaşım geliştirmektedir.

Sağlık işletmeleri için Dengeli Puan cetveli, sağlığa nerede ve nasıl değer katılabileceğini göstermesi açısından gereklidir. Sağlık bakımı üç kategoride birbirine bağlı değerlerden etkilenir. Bunlar işletme değeri, çalışan değeri ve hasta değeri. Sağlık organizasyonları, hastalar devamlı müşterileri olduğu zaman işletme değeri kazanırlar. Hastanelerin işletme yöneticileri, müşteri tatminini hedeflerler. Dolayısıyla klinik çıktılar ve maliyetler onlar için önemlidir. Klinik ve idari personel hastalara hizmet sunduğu ve ihtiyaçlarına cevap verdiği zaman değer yaratılmış olur. Çalışanlara organizasyonları iş, kariyer ve gelişme fırsatı verdiği zaman değer yaratılır. Bu sürece öğrenme ve büyüme safhaları da ilave edilmelidir. Kaplan ve Norton, bu genel ölçülerin yanı sıra, her şirketin kendi stratejisinden türetilen özel ölçülere de Dengeli Puan Cetvelinde yer verilmesinin çok önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Dört temel perspektifte örgütün stratejisine uyacak şekilde değişiklik

yapılmalıdır. Bazı sağlık kuruluşları Kaplan ve Norton'un önerilerinde biraz değişiklik yapmış ve kendi ölçülerini iki ila sekiz perspektif altında gruplamışlardır (Kaya, 2013, s.75).

Kaplan ve Norton stratejilerin etkin olarak uygulanabilmesinin önünde dört engel bulunduğunu tespit etmişlerdir. Bunlar;

1. Vizyon Engeli – kurum hedefinin ve stratejisinin onları uygulamakla sorumlu çalışanlar tarafından yeterince anlaşılma olmaması;
2. Operasyonel Engel – bütçeleme, yatırım planlaması gibi yönetim sistemlerinin uzun vadeli stratejik yaklaşımlar ve öğrenme odaklı olmaması;
3. Yönetim Engeli – üst yönetimin zamanlarını günlük sorunları çözmek için kullanıp, stratejik düşünceye yeterince eğilmemesi;
4. İnsan Engeli – insan kaynakları yönetim ve teşvik sistemlerinin strateji ile bağlantısının kurulmaması. (Aktaran Argüden, 2000, s. 1)

Sağlık sektörümüzde bu stratejinin etkin uygulanması önündeki sözü edilen 4 engel de mevcuttur. Ayrıca organizasyonların stratejik hedefleri de tespit edilmemiştir. Bütün bu engelleri ortadan kaldırmak ve uzun vadeli stratejik hedeflerle kısa dönemli faaliyetleri birleştirebilmek için Dengeli Puan Cetveli hastanelerde de uygulanmalıdır. Böylece, Dengeli Puan Cetveli hastanelerin daha verimli ve etkin çalışması, kaliteli hizmet sunabilmesi için gereklidir.

Sonuç kartında kaç tane ölçütün yer alması gerektiği konusunda genel bir kural yoktur. Performans ölçütlerinin çok fazla sayıda olmaması gerektiği gibi gereğinden az sayıda da olmamalıdır. Fazla sayıda performans ölçütünün kullanılması yöneticilerin dikkatini dağıtırken, az sayıda performans ölçütünün kullanılması ise gerekli genişliği sağlayamayarak yöneticilerin ihtiyaç duyduğu bilgileri veremeyecektir. Storey'e göre BSC finansal ölçütlere ek olarak finansal olmayan ölçütleri kullanmakla birlikte sınırlı sayıda ölçütü izleyebilmektedir. BSC düşüncesinin temeli hayati öneme sahip az sayıda ölçütün izlenmesi dayanmaktadır. Niven'e göre sonuç kartında kullanılacak performans ölçütlerinin sayısı finansal boyutta üç ile dört, müşteri boyutunda beş ile sekiz, iç süreçler boyutunda beş ile on, öğrenme ve gelişme boyutunda ise üç ile altı arasında olmalıdır. Weetman ve diğerlerine göre her bir boyutta üç yâda dört ölçütün yer alması uygundur. Böylelikle sonuç kartı sayfalık rapor halinde yöneticilere sunulabilir. Kaplan ve Norton'a göre sonuç kartında dört farklı boyutta gruplandırılmış on beş ile yirmi beş adet finansal ve finansal olmayan ölçütün yer alması gerekmektedir. Frigo ve Krumwiede'e göre çok fazla sayıda performans ölçütü izlenebilmesine rağmen özet olarak sunulan sonuç kartında dokuz-on tane ölçütün yer alması gerekmektedir (Güner, 2008, s. 256).

Tablo 1. TKHK verimlilik karnesi ana bileşenleri

Ana Bileşen	Gösterge	
	Sayı	Puan
1. SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ (SHY)	42	2.000
2.MALİ HİZMETLER YÖNETİMİ (MHY)	10	900
3.İDARİ HİZMETLER YÖNETİMİ (İHY)	10	1.000
4.VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME (VYD)	2	1.000
5. BİRLİK HEDEFLERİ (BH)	20	1.000
Toplam		5.900

Verimlilik Değerlendirmesi Kurumumuz, birliklerin ve bünyesindeki sağlık tesislerinin, belirlenen bir performans programı çerçevesinde yönetilmesini öngörmektedir. Bu doğrultuda; Kamu Hastane Birliklerinin ve yöneticilerinin kaynak kullanımının, hizmet sunumunun etkinliğini ve

Uçkun, N., Şahin, Ü. (2016). Kamu Hastaneleri Birlikleri verimlilik değerlendirmesinde verimlilik karnesi uygulaması. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (1), 302-313.

verimliliğini değerlendirmek üzere Dengeli Karne Modelinden yola çıkarak Verimlilik Karne uygulamasına başlanmıştır.

Tablo 2. Verimlilik karnesi sağlık hizmetleri yönetimi göstergeleri

I. SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ (SHY) Alt Boyutları ve Göstergeler			
Bölüm	Gösterge Kodu	Gösterge Adı	Gösterge Puanı
ACİL SERVİS HİZMETLERİ (ASH)	SHY-ASH-01	Acil servis müracaat yoğunluğu	60
	SHY-ASH-02	Acilden sevk edilen hasta oranı	50
	SHY-ASH-03	Acilden yatışı verilen hasta bekleme süresi	60
	SHY-ASH-04	Acil etkinlik skoru	60
	SHY-ASH-05	Acil servis vaka karması	60
	SHY-ASH-06	Acil servisin almış olduğu sevk oranı	+60
	SHY-ASH-07	Acil servis mortalite hızı	-50
	SHY-ASH-08	Acil servis hasta memnuniyet oranı	60
	SHY-ASH-09	Acil servise 24 saat içinde tekrar başvuran hasta oranı	50
		Toplam Puan	400
POLİKLİNİK HİZMETLERİ (PH)	SHY-PH-01	Merkezi hastane randevu sistemi (MHRS) kullanımı	30
	SHY-PH-02	Poliklinik etkinlik skoru	40
	SHY-PH-03	Klinisyen Hekim başına düşen günlük hasta sayısı	50
	SHY-PH-04	Hasta yatışları	50
	SHY-PH-05	Ayaktan hasta memnuniyet oranı	40
	SHY-PH-06	Hastaların ortalama muayene bekleme süresi	40
	Toplam Puan	250	
YATAKLI SERVİS HİZMETLERİ (YSH)	SHY-YSH-01	Acilden Yatan Hasta Oranı	60
	SHY-YSH-02	Yatak kullanımı	70
	SHY-YSH-03	Yataklı servis Vaka Karması	70
	SHY-YSH-04	Yataklı servis mortalite hızı	-50
	SHY-YSH-05	Diz ve kalça protezinde re-operasyon hızı	60
	SHY-YSH-06	Yataklı servis etkinlik skoru	70
	SHY-YSH-07	Yatan hasta memnuniyet oranı	70
	Toplam Puan	400	
YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ (YBH)	SBH-YBH-01	Beyin Ölümü Bildirim Oranı	+60
	SBH-YBH-02	Yoğun bakım yatak kullanımı	90
	SBH-YBH-03	Yoğun bakım enfeksiyon puanı	90
	SBH-YBH-04	Yoğun bakım etkinlik Skoru	90
	SBH-YBH-05	Yoğun bakım kaba mortalite hızı	-50
	SBH-YBH-06	Yoğun bakım vaka karması	80
	Toplam Puan	350	
AMELİYATHANE VE DOĞUM HİZMETLERİ (ADH)	SBH-ADH-01	Ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı	75
	SBH-ADH-02	Ameliyat etkinlik skoru	75
	SBH-ADH-03	Sezaryen Oranı	75
	SBH-ADH-04	Ameliyat sonrası ortalama kalış gün sayısı	75
	SBH-ADH-05	Anne ölüm sayısı	-50
	SBH-ADH-06	Bebek ölüm sayısı	-50
	Toplam Puan	300	
LABORATUVAR VE GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ (LGH)	SHY-LGH-01	Laboratuvar bekleme süresi	65
	SHY-LGH-02	Görüntüleme bekleme ve sonuç verme süreleri	70
	SHY-LGH-03	Görüntüleme tetkiki istem oranı	65
		Toplam Puan	200
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ (Sağlık tesisleri dış poliklinikleri)	SHY-ADSHİ-01	Kanal tedavisi oranı	20
	SHY-ADSHİ -02	Diş çekim oranı	20
	SHY-ADSHİ -03	Flor uygulama oranı	20
	SHY-ADSHİ -04	Fissur ve pit örtücü oranı	20
	SHY-ADSHİ -05	Aktif diş hekimine diş üniti temin oranı	20
	Toplam Puan	100	
I. SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ GENEL TOPLAMI=2000;+120;-250			2.000

Verimlilik Karnesinde; “Balanced Score Card” olarak bilinen, bir organizasyonda değer yaratan anahtar faktörleri anlamayı ve ölçmeyi amaçlayan, yöneticilerin operasyonları daha etkili biçimde ölçmelerini sağlayan, dengeli ölçüm seti, model alınmıştır. Bu dengeli ölçüm setine; kaynak kullanımı, Bakanlık politika ve hedefleri eklenerek ülkemize özgü verimlilik modeli oluşturulmuştur (Çukurova Ve Akın, 2015,s.18). Yukardaki açıklamalar doğrultusunda TKHK “Verimlilik karnesi” yapısı incelendiğinde, 3 boyutlu bir yapı görülmekte ve bu yapı saha değerlendirmesi ve Birlik hedefleri ile desteklenmektedir.

Tablo 1’de tanımlanan bileşenlerden ilk üçü Verimlilik Karnesi bileşenlerini oluşturmakta; 4. bileşen ise bu üç bileşenin genel sekreterlik ve ona bağlı hastanelerin çıktı sonuçlarının yerinden değerlendirilme sonuçlarını içermektedir. Bu bağlamda TKHK Genel Sekreterlik ve bağlı hastanelerinin Performans Değerlendirme Sistemi Verimlilik Karnesini oluşturan 3 bileşen ve bunların saha değerlendirmesi ve birlik düzeyindeki hedeflerden oluşan bütüncül bir sistemdir. Ancak sistemin temel omurgasını BSC yaklaşımından uyarlanan “ Verimlilik Karnesi” oluşturmaktadır. Verimlilik karnesinin 3 boyutunun oluşturulmasında temel yaklaşım biçimi TKHK Genel Sekreterlik Organizasyon yapısını oluşturan üç başkanlık olan Tıbbi, Mali ve İdari Hizmetler Başkanlıkları esas alınmıştır. Bu bağlamda Verimlilik karnesinin oluşumu 2000 puanlık (% 51) SHY, % 23 MHY ve % 26 İHY göstergelerinden oluşmaktadır.

Yukarıda yer alan tabloda Verimlilik Karnesinin 2000 puanlık en önemli kısmını oluşturan Sağlık Hizmetleri Yönetimi boyutunun bileşenleri ve bu bileşenleri oluşturan alt bileşenlere ait göstergeler ve puanları yer almaktadır. Bu boyutun oluşturulmasında hastanelerde en önemli sağlık hizmeti üreten bölüm yapısı esas alınmış ve ağırlıklarına göre bir puanlama yapılmıştır. Aşağıdaki tabloda SHB’nu oluşturan bileşenlerin gösterge sayıları, toplam puanları ve yüzdelik dilimleri sunulmuştur. Aşağıda yer alan tabloda ise SHY başlığını oluşturan 7 bileşen kriter sayıları, puan ve yüzdelik dilim olarak kıyaslanmıştır.

Tablo 3. SHY ana bileşenlerinin kıyaslanması

BOYUT	KRİTER	SA-	TOPLAM PUAN	%
ACIL SERVİS HİZMETLERİ		9	400	20
POLİKLİNİK HİZMETLERİ		6	250	12,5
YATAKLI SERVİS HİZMETLERİ		7	400	20
YOĞUN HİZMETLERİ		6	350	17,5
AMELİYATHANE VE DOĞUM HİZMET-LABORATUVAR VE GÖRÜNTÜLEME		6	300	15
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ			200	10
			100	5
TOPLAMLAR			2000	100

Tablo 4. Verimlilik karnesi mali hizmetler yönetimi (MHY) bileşenin göstergeleri

Kodu	Adı	Gösterge
MHY-01	Toplam tahakkuk geliri / Toplam gider	100
MHY-02	Net borç / Net hizmet tahakkuk tutarı	150
MHY-03	Gelir bütçesi gerçekleşme oranı	150
MHY-04	Gider bütçesi gerçekleşme oranı	100
MHY-05	Borçluluk süresi	100
MHY-06	Tahakkukların muhasebeleştirilme süresi	150
MHY-07	Mevcut stok tutarı / Aylık ortalama tüketim tutarı	100
MHY-08	TDMS-MKYS stok, amortisman hesapları uyumu	50
MHY-09	Global bütçe dışı diğer tahsilat / Global bütçe dışı diğer tahakkuk	+100
MHY-10	Finansal Sürdürülebilirlik	+50
2. MALİ HİZMETLERİ YÖNETİMİ GENEL TOPLAMI=900;+150		900

Uçkun, N., Şahin, Ü. (2016). Kamu Hastaneleri Birlikleri verimlilik değerlendirmesinde verimlilik karnesi uygulaması. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (1), 302-313.

Tablo 5. Verimlilik karnesi idari hizmetler yönetimi (İHY) bileşenin göstergeleri

Kodu	Adı	Gösterge
İHY-01	Hizmet içi Eğitimler	100
İHY-02	Sertifikalı çalışan durumu	100
İHY-03	Uzmanlık Eğitim Faaliyetlerine Katkı puanı	100
İHY-04	Sertifikalı Eğitim Merkezi Olma Durumu	100
İHY-05	Klinikte bakım hizmetinde çalışan yardımcı sağlık personeli oranı	100
İHY-06	Çalışan memnuniyeti oranı	100
İHY-07	Aktif çalışan dış hekimi başına klinikte çalışan yardımcı personel oranı	100
İHY-08	Sağlık-Net' e veri gönderimi	100
İHY-09	Yatak Başına Üretilen Tıbbi Atık Miktarı	100
İHY-10	Ek ödeme dağıtım oranı	100
3. İDARİ HİZMETLERİ YÖNETİMİ GENEL TOPLAMI		1.000

Yukarıda ‘‘Verimlilik karnesi’’ yaklaşımının diğer iki bileşeni olan MHY ve İHY ile ilgili boyutlar ve bu boyutlara ait göstergelere yer verilmiştir. Verimlilik karnesi ve bu karnenin merkezde yer aldığı TKHK performans değerlendirme sisteminin diğer iki bileşeni ise üç boyutun ilgili hastanede uygulamasına dönük ‘‘yerinde Değerlendirme’’ ve Birlik hedefleridir. Bu bağlamda her genel sekreterlik ve bağlı hastaneler her yıl revize edilen ‘‘verimlilik karnesi’’ ve diğer iki bileşen baz alınarak değerlendirilmekte ve bu değerlendirme sonuçları ile bağlantılı olarak 663 sayılı KHK hükümlerine göre sözleşme ile görev yapan yönetim kademelerinin sözleşmelerinin, devamı veya iptali yönünde karar verilmektedir.

Tablo 6. Verimlilik karnesi verimlilik yerinde değerlendirme (VYD) göstergeleri

Kodu	Gösterge Adı	Puanı
VYD-01	Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Soru Listesine göre gözlemciler tarafından yapılan değerlendirme	900
VYD-02	Mali Gözlemciler tarafından yapılan yerinde değerlendirme (Ek -3)	100
VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME TOPLAMI		1.000

Tablo 7. Verimlilik karnesi birlik hedefleri (BH) göstergeleri

Gösterge Kodu	Gösterge Adı	Puanı
BH-01	Yoğun Bakım Planlaması	50
BH-03	Yanık Tedavi Hizmetleri Planlaması	50
BH-04	KVC Planlaması	50
BH-05	Robotik Cerrahi Planlaması	50
BH-06	Onkoloji Tanı ve Tedavi Planlaması	50
BH-07	Kapsamlı Onkoloji Merkezi Planlaması	50
BH-08	Kemoterapi Planlaması	50
BH-09	Radyoterapi Planlaması	50
BH-10	Nükleer Tıp Planlaması	50
BH-11	Perinatal Merkez Planlaması	50
BH-12	Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezi Planlaması	50
BH-13	Robotik Yürüme Planlaması	50
BH-14	Rop Tanı Tedavi Merkezi Planlaması	50
BH-15	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Planlaması	50
BH-16	Evde Sağlık Hizmetleri Planlaması	50
BH-17	AMATEM ve ÇEMATEM Planlaması	50
BH-18	Çocuk Gözlem Merkezi Planlaması	50
BH-19	Ruh Sağlığı Yatak Planlaması	50
BH-20	Palyatif Bakım Hizmetleri Planlaması	50
BİRLİK HEDEFLERİ TOPLAM PUANI		1.000

TKHK performans değerlendirme sistemi tüm bağlı hastaneleri aşağıda yer alan 5 gruba ayırarak sınıflandırmakta ve hastanelerin mevcut imkanlarını kullanarak bir üst sınıfa çıkmaları için ‘‘Verimlilik Karnesi’’ bileşenlerine uyuma zorlamaktadır.

Birlik ve sağlık tesisi değerlendirme esasları

MADDE 7- (1) Birlikler ve sağlık tesisleri; Kurumca belirlenecek usûl ve esaslara göre birlik hedefleri ile kriter grupları yönlerinden altı aylık ve yıllık sürelerle, toplanan ve gözlem sonucu elde edilen verilerden değerlendirmeye tabi tutulur.

(2) Değerlendirme sonucunda Kurum tarafından birlik, sağlık tesisleri ve birlik yöneticileri için karne düzenlenir.

(3) Karne sonucunda belirlenen puanlar; birlik, sağlık tesisleri ve birlik yöneticilerinin başarı grubunun belirlenmesinde kullanılır.

Birlik ve Sağlık Tesislerinin Başarı Gruplarının Belirlenmesi

MADDE 10-(1) Karne puanları dikkate alınarak birlik ve sağlık tesisleri için (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde başarı grupları belirlenir. Başarı gruplarının belirlenmesinde tablo- 5’de belirlenen puan aralıkları dikkate alınır.

Tablo 8. Verimlilik Karnesi Başarı Grupları

Karne Başarı Grupları	
Puan Aralığı	Başarı Grubu
$850 \leq \text{karne puanı} \leq 1.000$	A
$700 \leq \text{karne puanı} < 850$	B
$550 \leq \text{karne puanı} < 700$	C
$400 \leq \text{karne puanı} < 550$	D
Karne puanı < 400	E

Kaynakça

- Akçakaya, M. (2012). Kamu Sektöründe Performans Yönetimi. *Karadeniz Araştırmaları*, 32,171- 202.
- Baş, M. ve Artar, A. (1991). İşletmelerde Verimlilik Denetimi, Ölçümü ve Değerlendirme Modelleri. Ankara: MPM.
- Altıntaş, A. (2008).Mahalli İdarelerde Performans Yönetimi ve Riskleri. *Sayıştay Dergisi*, 69, 1- 16.
- Celep H. (2010),*Kamu Sektöründe Performans Yönetimi Ve Ölçümü*. Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- Köseoğlu, Ö. (2005). Belediyelerde Performans Yönetimi. *Türk İdare Dergisi*, 447, 211- 234.
- Özgen, H ve Öztürk, A. (2002). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Adana: Nobel Yayını.
- Coşkun, A. (2006).*Stratejik Performans Yönetimi ve Performans Karnesi*. İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Çukurova, Z. Ve Akın, M. (2015). *Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı 2014*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Güner, M. F. (2008). Bir Stratejik Yönetim Modeli Olarak Balanced Scorecard. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,10/1, 247 - 265
- Kaplan, R. Ve Norton, D. (1992). The Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance. USA: Harvard Business Review.

Uçkun, N., Şahin, Ü. (2016). Kamu Hastaneleri Birlikleri verimlilik değerlendirmesinde verimlilik karnesi uygulaması. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (1), 302-313.

Kaya, S. (Ed.).(2013).*Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*. Eskişehir- T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Verimlilik Daire Başkanlığı. *Verimlilik Modeli Ön Çalışma Raporu-I*. Erişim Tarihi:15.08.2015, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/040f0e1432824b04a01a4c70703eb10f.pdf>

Yılmaz A. (2000). *Ölçülmeyen performans değerlendirilemez*. Erişim Tarihi:15.08.2015, <http://www.arguden.net/tr/makaleler/balanced-scorecard/>

Aydın Usta, A. (2012).Kamu Örgütlerinde Kurumsal Karne Modeli ile Performans Yönetimi: Boyutlar ve Göstergeler. *Amme İdaresi Dergisi*, 45/1, 99–120

Extended abstract in English

The services, which are produced by hospitals, are in a relationship with the health concept ensured by all of national constitution. For this reason, service composition and its quantity, service quality and pricing politics are influenced largely by auditing contents of public politics. Additionally, due to reasons as to put a patient bed into the service, and that transaction is to be more expensive than majority of individuals' a personal life-length income, it is revealed reality that the hospitals don't execute out of business administration rules. Health service expenses, which are revealed by the results of achievements attained in modern medicine applications and haven't yet been paid, forced both of in health institutions' management and in generation of national health politics to modern management applications. For this reason, it is a necessary to applicate modern management science rules in hospitals which is the most complex organization of present day.

This century is defined by a lot of social scientists as a period in which "the revolution of management" is lived. For this reason, nearly all of the developed world, the management of institutions and foundations are leaved to professional managers who specialized in their own area. Because of this situation, especially in health sector, modern management understanding and essentials should be known.

With as 663 numbered and as 2. November 2011 dated "Decree Law about Health Ministry and depended foundations' organization and missions" new regulation enter into the force in health services presentation. The management of hospitals, which are depend on Health Ministry whose organization and management structure are changed according to the no.663 decree law, is planned to restructure under a general secretariat at the country level and these secretariats are planned to be depend on a Turkish Public Hospital Institution(TPHI).

The main aim of this law the second and third-degree health institution re-organized under the same roof of "legal status", "autonomous" and "public hospital associations". According to PHL, the relationship of the associations with ministry became law as "foundations concerned" after that it was changed as "foundations depended" with an amendment. With this amendment, TPHI which was defined as an autonomous institution, were became a foundation depended directly on health ministry. The associations can include a lot of cities, more than one association can be established in same city. In present time, there is 6 in İstanbul, 2 in Ankara and Izmir, and 1 is in other states, in total 88 General Secretariats is in place.

It is based on "productivity card" evaluating performance of, making additional payment to , depositioning and repositioning of the managers who are worked in the hospitals which are depend on TPHI and secretariats. Productivity card which is defined by instruction are rendered with Balanced Score Card approach which is developed by Kaplan and Norton. TPHI in it's productivity card is predicated on the model known as "Balanced Scorecard" which aim to understand and measure value-creating key factors, and which are ensured to measure operations effectively by managers. In line with the explanations

above, when it is researched “the productivity card structure of TPHI”, it can be seen a 3D structure and this structure is sustained by “Field Evaluation” and “Aims of Association”.

Valuation of productivity in TPHI predict to manage associations and health facilitates in their environment in accordance with a performance program which has been identified formerly. With this line, “the application of Productivity Card” began for Public Hospital Associations (PHA)’ and their managers’ source using, efficient service presentation and performance evaluating since 2013. This card evolved out of Balanced Scorecard. In this research, the authors examine the relationship between Balanced Scorecard approach which is developed by Kaplan and Norton and productivity card which is developed with turning of Balanced Score Card by TPHI.

“Performance evaluation system of TPHI” consists of 4 segments and first three of this four segments form “productivity card segments”. The fourth segment includes results of general secretariat and it’ hospital concerned of these three segments’ onsite-evaluation results. In this context, Performance evaluation system of TPHI and it’ concerned hospitals is a holistic system which consists of three segments, their field evaluations and aims at association level. But the system is formed by Productivity card which is adopted from “Balanced Scorecard” approach.

In forming of three dimensions of “The Productivity card of TPHI” mainly rested chieftainship of medical, financial and executive services which form TPHI General Secretariat. In this context, -. And %51 with 2000 point of this point is about health service management indication (is depend on medical service chieftainship according to general secretariat structure), %23 point of this point financial services management indication and %26 of this point is about executive services indication. “Health Services Management” which forms with 2000 point the most important part of ”The Productivity card of TPHI”, has segments. In formation of this segment’ dimension rested the most important service production in hospitals and graded according to their weight.

The other two segments of Performance evaluation system of TPHI and its center object productivity card are “on-site evaluation” and “aims of association” which are hospital applications. In this context, in each of general secretariat and its hospitals concerned “productivity card” revise every year according to two segments. Due to results, in accordance with 663 numbered PHL , about contracts of contracted manager decide. The decisions can be in line with cancel of the contract or continuation of contract.