

Özel Hastanelerde Bütçeleme Sürecinin Katılımcı Bütçe Üzerine Etkileri: Ankara İli Örneği

Effects of Budgeting Process on Participative Budgeting in Private Hospitals: The Case of Ankara Province

Mehmet ARSLAN^a Sabit UYGUN^b

^a Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Ankara, Türkiye. mehmet.arslan@hbv.edu.tr

^b Ankara Yüksek İhtisas Üniversitesi- Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ankara, Türkiye. sabituygun@yiu.edu.tr

MAKALE BİLGİSİ	ÖZET
Anahtar Kelimeler: Özel Hastane Bütçe Katılımcı Bütçe İşletme Bütçesi	Amaç: Araştırmanın amacı, Ankara ilinde faaliyet gösteren özel hastanelerde katılımcı bütçe anlayışının idari çalışanlar açısından değerlendirilmesi; bütçe planlama, bütçe hazırlık ve bütçe uygulama anlayışının katılımcı bütçe üzerindeki etkisi ve bütçe analizin bu etkide düzenleyici rolü değerlendirmektir.
Gönderilme Tarihi 22 Temmuz 2024 Revizyon Tarihi 22 Eylül 2024 Kabul Tarihi 25 Eylül 2024	Yöntem: Etik izin onayı alınmış anket formu ile hastanelere başvuru yapılarak araştırma izni alınmıştır. Alınan izin doğrultusunda araştırmaya dâhil edilen personellere yüz yüze görüşmeler yapılarak anket formunu yanıtlamaları sağlanmıştır. Örneklem yöntemi olarak kolayda örneklem yöntemi uygulanmış ve 144 anket değerlendirilmeye alınmıştır. Araştırmanın düzeyi ve sınırlılıkları göz önünde bulundurulduğunda örneklem çapının anlamlılık düzeyinin (%5), gücünün (%95) ve etki büyüklüğünün (orta düzey: %15) alınmasına karar verilmiştir. Araştırmada üç bağımsız bir düzenleyici ve bir de bağımlı olmak üzere toplam beş değişken bilgisi de kullanılarak örneklem çapı 138 olarak hesaplanmıştır. Hesaplamalar GPower 3.1.9.7 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Temel analizler SPSS ölçüm modeli analizi Amos's'da, yapı ve ayrışma geçerliliği SmartPLS'de ve araştırma modeli analizi SPSS Process Macro uzantısıyla yapılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler varyans, DFA, AFA, MTK, Bartlett's Testi, KMO istatistiği, Korelasyon Analizi, t-testi, Cronbach's Alpha katsayısı, Anova ve Tukey testleri kullanılarak değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır.
Makale Kategorisi: Araştırma Makalesi	Bulgular: Araştırmada regresyon katsayıları incelendiğinde katılımcı bütçe üzerinde bütçe planlama, bütçe hazırlık, bütçe uygulama ve analiz değişkenlerinin etkisinin pozitif ve anlamlı olduğu görülmektedir. Etkileşim teriminin de anlamlı ve negatif yönlü olduğu görülmektedir. Analiz düzeyi arttıkça bütçe planlama ve bütçe uygulamanın katılımcı bütçe üzerindeki etkisi azalmaktadır.
	Tartışma: Özel hastanelerde katılımcı bütçe algısı ülkemizde yeterli seviyede değildir. Bütçe planlama, bütçe hazırlık, bütçe uygulama süreçlerinin katılımcı bütçe üzerine etkisi ve bu etkide bütçe sapma analizinin düzenleyici rolü değerlendirilmiştir. Literatürde hastanelerde bütçe sürecine yönelik çalışmalar değerlendirilse de katılımcı bütçe boyutuyla bir araştırma gözlemlenmemiştir. Bu noktada literatüre önemli ölçüde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Keywords: Private Hospital Budget Participatory Budget Operating Budget	Purpose - The aim of this research is to evaluate the understanding of participatory budgeting in private hospitals in Ankara from the perspective of administrative employees; to assess the impact of budget planning, budget preparation, and budget implementation on participatory budgeting, and to evaluate the moderating role of budget analysis on this effect.
	Design/methodology/approach - Ethical approval was obtained for the survey, and permission for the research was granted by the hospitals. Following the approval, face-to-face interviews were conducted with the included personnel to complete the survey form. A convenience sampling method was applied, and 144 surveys were evaluated. Considering the level and limitations of the research, it was decided to use a sample size with a significance level of 5%, power of 95%, and a medium effect size of 15%. Using three independent variables, one moderator, and one dependent variable, the sample size was calculated as 138 using GPower 3.1.9.7 software. Basic analyses were conducted using SPSS for

* Bu çalışma Sabit UYGUN'un Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Prof.Dr.Mehmet ARSLAN danışmanlığında hazırladığı "Özel Hastanelerde Bütçeleme Süreci ve Katılımcı Bütçeleme: Ankara İli örneği" başlıklı doktora tezinden türetilmiştir.

Önerilen Atıf/Suggested Citation

Arslan, M., Uygun S. (2024). Özel Hastanelerde Bütçeleme Sürecinin Katılımcı Bütçe Üzerine Etkileri: Ankara İli Örneği, İşletme Araştırmaları Dergisi, 16 (3), 1866-1886.

Received 22 July 2024

Revised 22 September 2024

Accepted 25 September 2024

measurement model analysis, Amoss for structure and discriminant validity, SmartPLS for research model analysis, and the SPSS Process Macro extension. The data obtained were evaluated and interpreted using variance, DFA, EFA, MSA, Bartlett's Test, KMO statistic, correlation analysis, t-test, Cronbach's Alpha coefficient, ANOVA, and Tukey tests.

Results – Regression coefficients in the study indicate that budget planning, budget preparation, budget implementation, and analysis variables positively and significantly affect participatory budgeting. The interaction term is also significant and negatively oriented. As the level of analysis increases, the effect of budget planning and budget implementation on participatory budgeting decreases.

Article Classification:

Research Article

Discussion – The understanding of participatory budgeting in private hospitals in our country is not at a sufficient level. The impact of budget planning, budget preparation, and budget implementation processes on participatory budgeting and the moderating role of budget variance analysis in this effect were evaluated. Although studies on the hospital budgeting process are reviewed in the literature, no research has been observed on the dimension of participatory budgeting. At this point, it is thought that the study will significantly contribute to the literature.

1. Giriş

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık istek ve ihtiyaçlarına karşılık olarak sağlık statüsünü koruma, tedavi etme, rehabilite etme ve sağlığı geliştirme amacıyla gerçekleştirilen tüm faaliyetlerdir. Sağlık hizmeti sunumunda esas kabul edilen hastaneler; dikey entegrasyona, akreditasyon durumuna, kalış süresine, mülkiyet esasına, işlevlerine ve büyüklüklerine göre sınıflandırılmaktadır. Hastanelerin aidiyet durumunu temsil eden, mülkiyet esasına göre sınıflandırmada hastaneler özel hastaneler ve kamu hastaneleri olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Kamuya ait hastaneler devlete doğrudan bağlı ve devlete dolaylı bağlı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Organizasyon açısından ele alındığında hastaneler hizmet kuruluşudur. Hastanelerde verilen hizmetler dinamik, değişken, karmaşık, hataya tolerans göstermeyen ve çoğu ertelenemez niteliktedir. İşlev ve hizmet esası birlikte ele alındığından matriks yapıdadır. Başvuran hastaların reddedilemezliği ve yatılı hastaların bulunması nedeniyle gün boyu (24 saat) hizmet veren kurumlardır. Hizmet personelinin önemli bir kısmını bayanlar oluşturmaktadır. Hastane hizmeti, üretenden ayırt edilemeyen, soyut, depolanamayan, bölünemeyen, standartlaştırılamayan, emeğin yoğun olduğu işlerden oluşur (Dinçer, 2003: 437).

Globalleşmenin etkisiyle değişen rekabet ortamı hastaneleri de etkilemiş, hastaneler farklı politikalar geliştirerek daha fazla hasta çekme arayışına girmişlerdir. Hasta beklentilerini karşılamak için yapılan fiziksel tasarımlar, teknolojik yatırımlar, hizmet sunum değişiklikleri vs. ise hastaneler için maliyet unsuru oluşturabilmektedir. Bu süreçte özellikle özel hastanelerin rekabet şartlarında ayakta kalabilmeleri ve karlılığını arttırabilmeleri iyi bir finansal planlama gerekmektedir. Ayrıca ekonomik değişimlerin küresel ve ulusal düzeydeki etkilerinden korunmak ya da yararlanmak da iyi bir finansal planlama ile olacaktır.

Hastanelerde finansal planlama içerisinde düşünülmesi gereken kavram bütçedir. Bütçe hastanelerin geleceğe yönelik risk ve beklentilerini belirleyerek bu doğrultuda hazırlıklı olma için kullandıkları bir araçtır. İşletmenin geçmiş dönemlerine ait veriler ile uygun tahmin yöntemleri kullanılarak işletme planlamasının yapılması ve yönetime yardımcı olunmasıyla ilgili faaliyetleri kapsamaktadır. Aynı zamanda kontrol fonksiyonuyla işletme faaliyetlerinin ne ölçüde gerçekleştiğini belirlemeye yardımcı olmaktadır (Kaygusuz, 2003: 1)

Kuruluş sebebi ve verdiği hizmetlerden dolayı esasen tıbbi bir kurum olan hastaneler; farklı konuları da bünyesinde barındıran ve birçok amaca hizmet eden yapılardır. Hastanenin genel hastane, özel hastane, araştırma hastanesi ya da üniversite hastanesi olması; hizmet verme şeklini değiştirse de, etkin bir yönetim tüm hastaneler için şarttır. Hastane yönetimi; bir hizmet kuruluşu olması nedeniyle, ekonomik prensipleri ve doğru bütçelemeyi göz ardı etmemelidir. Özellikle kar amacıyla kurulan özel hastanelerin ayakta kalabilmesi, kar etmelerine bağlıdır. Bu da, ihtiyaç halinde beklenen şekilde ve yüksek kalitede hizmet vermekle mümkündür (Kurtulmuş, 1998: 233).

Hastanelerde, global bütçe, döner sermaye işletmesi ve işletme bütçesi yöntemlerini kullanmaktadırlar. Kamu hastanelerinde global bütçe ödemesi yöntemi ve döner sermaye bütçe ödemesi yöntemleri kullanılmaktadır. Üniversite hastaneleri çoğunluğu 2017 yılı itibariyle Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşma imzalayarak global bütçe ödeme yöntemine geçmiştir. Üniversite hastanelerinin tamamı özel bütçe kapsamındadır. Döner

sermaye işletmeleri bağlı olduğu idarenin türüne göre genel bütçeli idareli ve özel bütçeli idare döner sermaye işletmeleridir. Hem devlet hastaneleri hem de üniversite hastanelerinde döner sermaye bütçesi kullanılmaktadır. Özel hastaneler ise kendi bütçe planlamalarını işletme bütçesi adı altında yapmaktadırlar. Rekabet ortamında ayakta kalmak, karlılığı sağlamak için bütçe hususunda özel hastanelere düşen sorumluluğun daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Çağdaş bütçeleme yöntemleri; global bütçe, katılımcı bütçeleme, sosyal bütçe, yeşil bütçe, vatandaş bütçe, cinsiyet esaslı bütçe, çocuk dostu bütçe, sürekli bütçe, bütçe ötesi yaklaşım ve faaliyet tabanlı bütçeleme olarak sınıflandırılabilir. Bütçeleme yöntemleri içerisinde önemli bir yeri olan katılımcı bütçeleme sayesinde çalışanlar, bütçenin hazırlanması, uygulanması ve denetimi de dâhil bütün sürece dâhil edilmeye başlamıştır. Bu katılımın getirisi olarak bütçe süreci daha anlaşılır hale gelmiş ve alınan kararların daha kolay kabul edildiği gözlemlenmiştir. Katılımcı bütçeleme anlayışı, çalışanların aktif bir şekilde bütçe süreçlerinde yer almasıyla; yönetimin eksiklerinin tamamlanmasını, kurumun katılım gücüyle gelişme sağlamasını hedeflemiş ve etkili olmuştur (Koç, 2017: 451).

Araştırma ile özel hastanelerde katılımcı bütçe anlayışı belirlenmesi; bütçe planlama, bütçe hazırlık, bütçe uygulama süreçlerinin katılımcı bütçe üzerine etkisi ile bu etkide bütçe analiz algısının düzenleyici değişken rolü değerlendirilecektir. Özel hastanelerde katılımcı bütçe algısını değerlendirmek, katılımcı bütçe anlayışına yönelik farkındalık kazandırmak, bütçe süreçlerinin katılımcı bütçeye etkisini ortaya koyarak çözüm önerileri sunulması amaçlanmaktadır.

2. Kavramsal Çerçeve

Sağlık kavramı evrensel bir değer taşımakla birlikte sosyal bir haktır. Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlığı yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak nitelendirilmektedir (DSÖ, 2014). DSÖ'ye göre *“Mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olmak, ırkı, dini, politik inancı, ekonomik ve sosyal durumu gözetilmeksizin, her insanın temel haklarından biridir.”* Buna istinaden insanların beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olabilmeleri için gerekli olan sağlıklı bir çevrenin oluşturulması, hastalıkların önlenmesi, sağlık düzeyinin yükseltilebilmesi için gerekli olan yasal düzenleme ve çalışmaların yapılması ülkelerin temel görevleri arasındadır.

Sağlık hizmetleri, kişilerin teşhis, tedavi, bakım ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için kamu ya da özel şahıslar tarafından sunulan hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri (Odabaşı, 2001: 25);

- ✓ Koruyucu sağlık hizmetleri ve teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri olmak üzere iki ana başlık altında toplanmaktadır.
- ✓ Sağlık hizmetleri bireyler ya da kurumlar tarafından sunulabilmektedir.
- ✓ Ülkelerin sağlık sistemleri birbirinden farklılık gösterebilmektedir. Sağlık hizmetleri özel ya da kamu ya da her ikisi tarafından da sunulabilmektedir.
- ✓ Sağlık hizmeti farklı özelliklere sahip olması sebebiyle sağlık sektöründeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak zordur.

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık alanında yaşanan gelişmeler sonucu sağlığın korunması, tedavi edilmesi ve rehabilite edilmesi için yapılan çalışmaların tümüne birden sağlık hizmetleri denilmiştir (Akdur, 1998:12). Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici hizmetler olarak sınıflandırılmaktadır (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2009: 79). Sağlık hizmetleri temelde üç kategoride değerlendirilirken, sağlığın geliştirilmesi hizmetleri 1996 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından Ottawa Sözleşmesiyle *“Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine”* yönelik sunulmuştur (DSÖ, 2009).

2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalık ortaya çıkmadan önce hastalığa karşı çevreyi veya bireyi korumaya yönelik yürütülen sağlık hizmetidir. Hastalığa karşı bireyi korumak ya da hastalığın birey üzerinde ki etkisini en aza indirmek esastır. Diğer sağlık hizmetlerine göre uygulanması daha kolay ve aşırı uzmanlık gerektirmeyen bu hizmetin maliyeti düşük, sosyal faydası ise yüksektir. Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye yönelik ve kişiye yönelik olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır.

2.1.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireyin çevresinde bulunan ve bireyin sağlığını olumsuz etkileyebilecek her türlü çevresel faktörün etkisini ortadan kaldırmak ya da bireyin etkilenmesini önlemek amacıyla çevreyi düzenli hale getirme çabasıdır (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2009: 79). Su kaynaklarının denetimi, radyasyonla mücadele, konut sağlığı, gıda kontrolü ve güvenliği, vektörlerle mücadele, katı atık denetimi bu hizmetler arasında yer alır (Atasever, 2021: 5).

2.1.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireyleri hastalığa karşı güçlü kılmayı, hastalığa yakalanmaları durumunda ise en erken zamanda tanı ve tedavi ile hasarsız ya da az hasarla hastalıktan kurtulmayı amaçlayan hizmetlerdir. Aşılama, sağlık eğitimi, ilaçla koruma, erken tanı bu hizmetlerdendir (Akdur, 2000: 6).

2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Kişinin genel sağlığının bozulması sonucu eski sağlığını elde edebilmesi yolunda sağlık merkezlerinde sağlık personelleri tarafından sunulan sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerinden farkı kişinin eski sağlığına kavuşmasına yönelik uygulamaların hastalık ortaya çıktıktan sonra yapılmasıdır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2011). Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra hastalığa yönelik tanı, teşhis ve tedavi sürecidir (Yazgan: 2009:37).

Bireylerin sağlığına kavuşması, emeğin bir üretim faktörü olması nedeniyle üretimde artış ve maliyet düşüşüne katkı sağlar (Gavaz, 2010: 29). Hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalığın iyileşmesine yönelik işlemleri kapsadığı için koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla maliyet oluşturan, uzmanlık ve zaman gerektiren hizmetlerdir. Tedavi hizmetleri ile bulaşıcı hastalıklar da engellenerek koruyucu hizmetler dolaylı olarak desteklenmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır.

2.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici hizmetler, hastalık ve kaza sonucu gerçekleşen sakatlık ya da kalıcı bozuklukların bireyin günlük yaşamına etkisini kaldırmak ya da en aza indirmek için bağımlı olmadan yaşamasını sağlamaya yönelik verilen hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2000: 45). Diğer bir tanıma göre, hastalığın tedavisi sonrası ortadan kalmayan sakatlığın tamamen giderilerek kişinin çalışabilir hale gelmesine yönelik yapılan hizmetlerdir. Bireyin sosyal, fiziksel, ruhsal açıdan eski düzeyine getirilmesi ve bu doğrultuda onarım çabalarının tümüdür (Akdur, 1998: 5; Velicangil, 1985: 10). Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon ile bireylerin hastalık veya sakatlık sonrası kaybettiği iş görebilme yeteneğini geri kazanabilmek amaçlanmaktadır. Sosyal rehabilitasyon ise bireyin sakatlık sonrası çevreye adaptasyon ve uyumunun sağlanması, yeni iş öğrenme yeteneği kazandırılarak topluma adaptasyonunu sağlama ve bu süreci hızlandırmayı amaçlamaktadır (Akdur, 2006: 20).

2.1.4. Sağlığı Geliştirici Hizmetleri

Bireylerin sağlık durumlarını üst seviyelere taşıyabilmek amacıyla sağlığın teşviki ve geliştirilmesini sağlama sürecidir. Sağlıklı bireyin yaşam kalitesini ve yaşam süresini yükseltmeyi, fiziksel ve zihinsel durumunu geliştirmeyi amaçlamaktadır (Atasever ve Bağcı, 2020: 7). Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolün artırılması ve sağlık düzeylerinin daha iyiye götürülme süreci olarak tanımlanmıştır. Dünya sağlık örgütü Ottawa sözleşmesiyle sağlığı geliştirmek için beş strateji belirlemiştir. Bunlar; sağlıklı kamu politikaları, toplum eylemini güçlendirme, destekleyici çevreler yaratma, sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemek, kişisel beceriler geliştirmektir (DSÖ,1996).

2.2. Hastanelerde Bütçeleme

İşletmenin belli bir faaliyet döneminde gelir ve gider tahminlerini ele alan, uygulanmasına ilişkin hususları belirleyen finansal planlara bütçe denilmektedir. Türkiye’de sağlık işletmeleri mülkiyet esasına göre temelde kamusal ve özel sektör olmak üzere iki başlıkta değerlendirilebilir. Sağlık işletmelerinde mülkiyet durumuna göre farklı bütçe uygulamaları görülmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler genel bütçe, üniversite hastaneleri özel bütçe kapsamındadır. Özel hastaneler ise işletme mantığına uygun olarak genellikle yıllık

olarak işletme bütçelerini hazırlamaktadırlar. Ayrıca sağlık bakanlığı hastanelerinde ve kamu üniversite hastanelerinde döner sermaye bütçesi hazırlanmaktadır (Atasever ve Bağcı, 2020: 470).

2.2.1. Kamu Sağlık Kurumları Bütçesi

Türkiye’de kamu kurum ve kuruluşlarının bütçelerinin hazırlanması, uygulanması ve kontrolü 5018 sayılı Kamu Mali Denetimi ve Kontrol Kanununa göre düzenlenmektedir. Bu çerçevede bu kanun tüm kamu sağlık kurumlarını da kapsamına almaktadır. Bu kanunun amacı; *kalkınma planları ve programlarda yer alan politika ve hedefler doğrultusunda kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde elde edilmesi ve kullanılmasını, hesap verebilirliği ve malî saydamlığı sağlamak üzere, kamu malî yönetiminin yapısını ve işleyişini, kamu bütçelerinin hazırlanmasını, uygulanmasını, tüm malî işlemlerin muhasebeleştirilmesini, raporlanmasını ve malî kontrolü düzenlemektir (5018 Sayılı Kanun,1.Mad.).*

Türkiye’de kamu sağlık işletmelerinde iki farklı bütçe sistemi uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık işletmelerinde genel bütçe, üniversitelere bağlı sağlık işletmelerinde ise özel bütçe kullanılmaktadır (Atasever, 2021: 471).



Şekil 1. 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu Göre Bütçe Türleri

5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu göre genel yönetim kapsamında idareler; merkezi yönetim kapsamındaki kurumlar, sosyal güvenlik kurumları, mahalli idareler yer almaktadır. Merkezi yönetim kapsamındaki kamu kurumları (5018 Sayılı Kanun);

- ✓ Genel Bütçeli Kamu Kurumları
- ✓ Özel Bütçeli Kamu Kurumları
- ✓ Düzenleyici ve Denetleyici Kurumlardan oluşmaktadır.

5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununa göre (5018 Sayılı Kanun);

1. Merkezî Yönetim Bütçesi: “Merkezî yönetim kapsamındaki kamu idarelerinin; gelir ve gider tahminlerini gösteren, bunların uygulanmasına ve yürütülmesine yetki ve izin veren belgedir.”

a. Genel Bütçe: “Devlet tüzel kişiliğine dâhil olan ve bütün giderleri devlet tarafından toplanan gelirlerle karşılanan kamu idarelerinin bütçesidir. Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere diğer bakanlıklara ait sağlık kurumlarının tamamı genel bütçe kapsamındadır.” Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri bu kapsamdadır.

Genel bütçe ve özel bütçe de sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanması gereken hizmet bedelini devletin sübvansesi işletme bütçesi mantığına aykırıdır. Bu durum kamu sağlık işletmelerinin mali analizlerinin sağlıklı yapılmasına neden olabilmektedir (Atasever,2021: 472).

Sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde global bütçe uygulaması 2007 yılı itibariyledir. İlaç alımlarında uygulamaya ise 2010 yılı itibariyle başlanmıştır. Global bütçe ödemesi hastaneler için yıllık belirlenirken, ilaç alanında üç yıllık planlanmıştır (Akyürek,2012: 147). Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde verilen sağlık hizmeti karşılığında her yıl belirlenen tutar ve şartlarda global bütçe aktarmaktadır. Bakanlık aktarılan tutarı hastanelere dağıtmaktadır (Tatar, 2012: 130). 2017 yılı itibariyle de kamu üniversite hastanelerinde global bütçe ile ödeme yapılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve üniversite

hastanelerinin fatura incelemeleri Elektronik Risk Değerlendirme Sistemi üzerinden yapılmaktadır (Bulut, 2020: 3412).

b. Özel Bütçe: “Bir bakanlığa bağlı veya ilgili olarak belirli bir kamu hizmetini yürütmek üzere kurulan, gelir tahsis edilen, bu gelirlerden harcama yapma yetkisi verilen, kuruluş ve çalışma esasları özel kanunla düzenlenen kamu kurumları bütçesidir.” Üniversitelere bağlı hastanelerin tamamı özel bütçe kapsamındadır.

2.2.2. Döner Sermaye İşletme Bütçesi

Genel ve katma bütçe kapsamındaki kamu kurumlarının gelirlerini üretim faaliyetinden gerçekleştiren işletmelere döner sermayeli işletme denir. Devlet kamu kuruluşlarına giderleri karşılama amacıyla ödenek ayırır. Kamu idaresi özel kişi ve kurumlarla işbirliği yaparak ayrılan bu sermayeyi devlet denetiminde üretim faaliyetleri gerçekleştirmek için kullanabilir (Batırel, 2007: 19). Döner sermayeli işletmeler, genel bütçenin genellik ve birlik ilkelerinin istisnası arasında yer alır. Genel ve özel bütçeli işletme içerisinde yer almasına rağmen kendine has yönetim şekli, genel mali yönetim dışında kalan, mal veya hizmet üreterek bunları kar amacıyla satan işletmelerdir (Coşkun, 2000).

2.2.3. Özel Sağlık İşletmeleri İşletme Bütçesi

Özel sağlık işletmelerinin gelecekte belli bir dönemi için planladığı (genellikle 1 yıl), hastane misyon ve vizyonuna uygun olarak hastane yönetimi tarafınca hazırlanan gelecek döneme ilişkin faaliyet ve sonuçların sayısal ve parasal ifade edildiği belgelere işletme bütçesi denir. Özel sağlık işletmelerinde kullanılan bütçe türleri şunlardır (Ağırbaş, 2014:168);

- ✓ Sağlık İşletmesi Satış Bütçesi
- ✓ Sağlık İşletmesi Üretim Bütçesi
 - Direkt İlk Madde ve Malzeme Bütçesi
 - Direkt İşçilik Bütçesi
 - Genel Üretim Maliyetleri Bütçesi
- ✓ Sağlık İşletmesi Faaliyet Giderleri Bütçesi
- ✓ Sağlık İşletmesi Yatırım Bütçesi
- ✓ Sağlık İşletmesi Nakit Bütçesi
- ✓ Sağlık İşletmesi Proforma Gelir Tablosu
- ✓ Sağlık İşletmesi Proforma Bilançosu

2.3. Çağdaş Bütçeleme Yöntemleri

2.3.1. Katılımcı Bütçeleme

Çalışanların bütçe sürecine katılımının yetersiz olduğu, hiyerarşik bir yapıyla yönetilen geleneksel bütçe süreçlerine bazı reformlar yapılmıştır. Bu reformlar sayesinde çalışanlar, bütçenin hazırlanması, uygulanması ve denetimi dâhil bütün süreçte dahil edilmeye başlamıştır. Bu katılımın getirisi olarak bütçe süreci daha anlaşılır hale gelmiş ve alınan kararların daha kolay kabul edildiği gözlemlenmiştir. Katılımcı bütçeleme anlayışı, çalışanların aktif bir şekilde bütçe süreçlerinde yer almasıyla; yönetimin eksiklerinin tamamlanmasını, kurumun katılım gücüyle gelişme sağlamasını hedeflemiş ve etkili olmuştur (Koç, 2017: 451).

Katılımcı bütçeleme asıl amacı; demokrasinin kalitesinin artması ve toplumsal bütünlüğün katılım ile sağlanmasıdır. Bu katılım bireylerin moralini yüksek tutar, potansiyellerini gerçekleştirmelerine katkı sağlar. Dışlanma ve toplumsal kayıtsızlık gibi sorunları yok eder. Rızası alınan ve özgür hissettirilen bireyler, karar sürecine kolayca uyum sağlar. Güçlü-güçsüz, yöneten- yönetilen herkes görüş beyan ettiğinden bütünde aidiyet hissi artar. Bütçe planından daha adil ve verimli neticeler elde edilir. Katılım, insanların arasında yeni iletişimler başlatır, sosyal ağlar tesis eder. Esasında bu kurum bazında sosyal sermayeye de bir yatırımdır. (Demirci, 2010: 24) Ayrıca bu anlayış bireylerin iş bulmaları, eğitim almaları ve çeşitli yetkiler edinmeleri konusunda yeni imkânlar oluşturmakta ve bu durum sivil toplumun daha dinamik olmasına fırsat vermektedir (Bhanu, 2007).

İçinde bulunduğumuz değişim çağında, bilgi toplumu olarak bilim ve teknolojinin yanında kültürel, sosyal ve siyasal alanlarda da önemli değişimlere şahit olmaktadır. Demokrasi kavramına yansıyan katılımcılık

ilkesi, bütçeleme anlayışına da yeni bir soluk getirmiştir. Katılımcı bütçeleme; merkeziyetçiliği ortadan kaldıran ve yerel demokrasi anlayışını güçlendiren yapısıyla olumlu bir yenilikçi yaklaşım olarak benimsenmiştir. Katılımcılık, iyi yönetimi getirir, bu da yolsuzluğu ortadan kaldırır. Toplum ve yönetim arasında bir köprü oluşturan bu uygulama, hastane bütçelemelerinde benimsendiğinde çalışanlar ve idari yapı arasındaki bağları sağlamlaştıracak, bilgi paylaşımı ve şeffaflığı arttıracaktır. Hastane çalışanların motivasyonu, bağlılığı ve hizmet verimi artacak bu da hastaların hizmet memnuniyetine aracı olacaktır.

2.3.2. Global Bütçe

Global bütçe; sunulması gereken hizmet ve buna bağlı olarak harcanacak genel tutarın sınırını ve limitini belirler. Bu bütçe yönteminin öncelikli amacı; verilen hizmetin ücret ve kalitesini tayin etmek ve maliyete bir sınırlama getirerek, sağlık harcamalarını kontrol altında tutmaktır. Bu bütçe anlayışında yapılan ödemeler farklı kategorilere ayrılmaz, tek bir kaleme topluca yapılır. Sağlık kuruluşunun aldığı ödemeyi istediği alana sarf edebilmesi, kurum adına büyük kolaylıktır. Bütçe yönetimi, karşılıklı anlaşarak belirlenen bir sözleşmeye dayanır. Buna göre hizmet veren tarafın işlem masraflarını içine alan bir tutar, tarafların ortak görüşü ile belirlenir. Bu tutar toplam bakım döneminde sürecek aşağıdaki bütün maliyetleri içine alır (Casto ve Layman, 2006: 8).

Belirlenen politikanın hedeflerine ulaşmasında, bütçeye ayrılan gelir miktarı önem arz eder. Diğer taraftan geri ödeme işleminin tek bir kurum tarafından yapılması; global bütçeyi daha etkili kılar. Sağlık hizmetlerinin belli bir sınırdan kullanılması ve gereken yerlere tahsis edilmesi hususunda da adil bir seçenektir. Öte yandan; global bütçe ile ilgili, bireyler işlevlerinin finansal sonucundan korundukları ve maliyet etkisinde davranmadıkları için kaynakları etkin ve akla uygun kullanmadıkları görüşünde olanlar da vardır. Bu eleştiriye rağmen, artık bu bütçe anlayışının birçok ülkenin sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası olduğunu söyleyebiliriz.

Global bütçe uygulaması sayesinde maliyetler azalarak, bütçe ve ödeme planları hız kazanmıştır. Vatandaşın birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaşmıştır. Kamu kuruluşları arasında bürokrasi azalmış, fatura basımı kalktığı için kayda değer tasarruflar sağlanmıştır. Dolayısıyla global bütçe, pek çok olumlu tarafıyla sağlık sistemini iyileştirmiştir.

2.3.3. Yeşil Bütçe

Yeşil bütçeleme, diğer adıyla çevreye duyarlı bütçeleme iklim ve çevreye dair iyileşme hedeflerine ulaşmak için bütçe politikası araçlarının kullanılması demektir (OECD, 2020). Faaliyete geçirildiği bölgede doğal kaynakların doğru kullanımı ve çevrenin korunması için geliştirilen bir bütçe eğilimidir. Yerel yönetimlerde, hususiyetle belediyelerde uygulanmak üzere oluşturulmuştur. Çevreyi parasal bir değerle nitelemeyerek, klasik bütçe anlayışının tersi bir tutum sergiler. Yeşil bütçeyi klasik bütçe yöntemlerinden ayıran asıl özelliği ise, klasik yöntemler ekonomik etkinliğe odaklanırken, yeşil bütçenin sürdürülebilir etkinliğe odaklanması; en az çevresel maliyetle en çok toplumsal refahın elde edilmeye çalışılmasıdır (Ergen, 2021: 67).

2.3.4. Sosyal Bütçe

Sosyal bütçe, sosyal transferler ile sağlık, eğitim, spor ve sanat gibi sosyal hizmetler için yapılan harcamaların planlanması ve uygulanmasıdır (UNICEF, 2009: 1). Sosyal bütçe, merkezi yönetim bütçesinde yer alan sosyal amaçlı harcama kalemleri ile bu harcama kalemlerini karşılamak için kullanılacak gelirleri ifade etmektedir. Bütçede sağlık, eğitim, sosyal yardım, sosyal güvenlik gibi kamu hizmetlerinde gelir dağılımı, istihdam, yoksulluk, eşitlik gibi unsurların gözetilerek düzenleme sağlanması ve bu sayede toplumda dezavantajlı durumda olan bireylerin sosyal faydasının artmasına yardımcı kamu maliyesi aracıdır (Şeker, 2011: 22).

2.3.5. Cinsiyete Duyarlı Bütçe

Cinsiyete duyarlı bütçe yaklaşımı, devlet bütçesi içerisinde yer alan kamu gelirleri ve kamu harcamalarını cinsiyete göre değerlendirerek bütçe kaynaklarının erkek ve kadınlar arasındaki dağılımı incelenmektedir. Bu bütçelemede amaç kadın ve erkek arasında fırsat eşitliğinin sağlanabilmesidir (IFUW, 2004: 7). Toplumun her alanında kullanılan kamusal harcamaların kadınların, erkeklerin ve cinsiyete göre çocukların tüm ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik eşit hizmet sağlanması, kamu gelirlerinin adil bir şekilde dağıtılmasını gözetilen bütçe türüdür. Kadınları ön plana çıkarmaya çalışan bir bütçe anlayışı olmayıp toplumda dezavantajlı

durumda olan kadınların bütçe aracılığıyla eşitsizliklerinin giderilmesine yönelik çalışmalar sağlayan bir bütçe anlayışıdır (Şenese, 2008: 2).

2.3.6. Vatandaş Bütçe

Vatandaş bütçesi, bütçeye dair teknik bilgilerin sadeleştirilmesiyle harcama ve gelir planların herkesin anlaşılabilmesine imkân sağlayan belgedir. Yıllık ya da çok yıllık hazırlanan bütçe belgelerinin vatandaşların anlayabileceği şekilde sadeleştirilmesi, devlet bütçesinin sadeleştirilerek kolay anlaşılır hale getirilmesi olarak da ifade edilebilir. Bütçe verileriyle ilgili sosyal, ekonomik ve mali açıdan tahmin ve beklentilerin vatandaşlara ulaşması sağlanır (Hançer, 2018: 69; Koç, 2017: 453).

2.3.7. Çocuk Dostu Bütçe

Çocuk dostu bütçe, çocuğa duyarlı bütçe, çocuk bütçesi, , çocuklar için bütçe, çocuk odaklı bütçe gibi kavramlarla açıklanmaya çalışılan bütçe anlayışı çocuk haklarının korunması ve çocukların gelişimini etkileyebilecek kararların bütçeleme sürecinde önemli olması nedeniyle 1990'lı yıllarda sosyal bilimciler tarafından önemi ortaya konulmaya başlanmıştır. Çocuk dostu bütçe sosyoekonomik politikalar çerçevesinde yeterli ve etkin harcama seviyesi, kaynak tahsisini ifade etmektedir. Çocuklar kamusal kaynakların harcaması konusunda söz sahibi değildirler. Kamu harcamaları ise doğrudan çocuklara etki etmektedirler. Çocuk dostu bütçe, kamu kaynaklarının çocukların ihtiyaçlarını ne ölçüde karşıladığı, çocuklara yeterli faydayı sağlayıp sağlamadığını ifade etmektedir. Sağlıklı uygulanabilmesi için bütçe sistemlerinde düzen ve politika yönünden temel nitelikler belirlenmelidir. (Özen ve Yapıcı, 2004: 282).

2.3.7. Bütçenin Ötesi Yaklaşımı

Geleneksel bütçe yaklaşıma karşı bütçenin ötesi yaklaşımı Jeremy Hope ve Robin Fraser tarafından geliştirilmiştir. Klasik emir-komuta sistemine karşı yapılan eleştiriler yaklaşımın ortaya çıkışında etkili olmuştur (Zor, 2017: 48). Etkili bir yetki devri ile performans sisteminin birleşiminden oluşan bir uygulamadır. Bu sistem ile işletmeler maliyet azaltması, stratejik odaklanmayı sağlaması, performans yönetim sistemlerinin birleştirilmesi, değişikliklere ve yeniliklere açık olması gibi faydalar sağlamaktadır (Hope and Fraser, 2000: 35).

2.3.8. Sürekli (Kaizen) Bütçe

Kaizen bütçeleme, faaliyet dönemi süresinde bütçelenen rakamlarda sürekli iyileşme anlayışına dayanmaktadır (Homgem vd., 1997: 89). Örneğin, her ay ya da üç aylık dönem sonunda gelindiğinde yeni ay ya da üç aylık bütçe geçmiş bütçeye eklenir (Shim, Siegel ve Allison, 2001: 334.). Sürekli bütçede diğer bütçeleme yöntemlerinden farklı olarak planlama fonksiyonu bütçe oluşturulduktan sonra bir kez uygulanmamaktadır. Bu sayede sürekli gelişen ve değişen şartlara uyum sağlayabilmek, yönetimin geleceğe yönelik planlarını gözden geçirmesi açısından destek sağlamaktadır. Bütçelerin sürekli bir süreç olarak görülmesi gerçek performansın hedeflerle daha gerçekçi seviyede karşılaştırılmasına imkan sağlamaktadır. Bunun yanı sıra bütçelerin sürekli değişim göstermesi, belirsizlik yaratmakta ve yönetim kademesince olumlu karşılanmamaktadır (Drury, 2012: 363). Sürekli bütçe zorunlu bir yapıya sahip olmaması, esnek olması, kaynakların zamanında dağıtılmasını sağlaması açısından avantajlı bir bütçe yöntemidir (Ekholm and Wallin, 2000: 521).

3.Yöntem

3.1. Araştırmanın Önemi

Hastaneler mülkiyet esasına göre kamu ve özel olmak üzere temelde iki ana başlıkta toplanmaktadır. Kamu hastanelerinde global bütçe uygulanmakta olup bu sistem gider esaslı bir bütçe sistemidir. Belirlenen bir yıllık faaliyet dönemi içerisinde bütçe kalemlerinde yetersizliğe düşülmesi halinde sağlık kurumları ek bütçe talebinde bulunabilmektedirler. Özel hastaneler ise işletme bütçesi ile bir yıllık faaliyetlerini gelir-gider dengesinde belirleyerek planlamak zorundadırlar. Üretim işletmelerine göre hizmet işletmelerinde bu süreç daha zor ve karmaşıktır. Özel hastaneler rekabet ortamında ayakta kalabilmeleri için karlılıklarını sürdürebilmeleri gerekmektedir. Bu süreci etkin yönetebilmeleri için de gelir-gider dengesinin korunabilmesi gerekmektedir. Bu finansal planlama süreci iyi hazırlanmış bütçe ile sağlanabilmektedir.

Çağdaş bütçeleme yöntemleri içerisinde katılımcı bütçe anlayışı günümüzde birçok alanda kullanılmaktadır. Özellikle hizmet süreçlerinde kullanılarak, paydaşların istek ve ihtiyaçları gözetilmekte, görüşleri alınmakta,

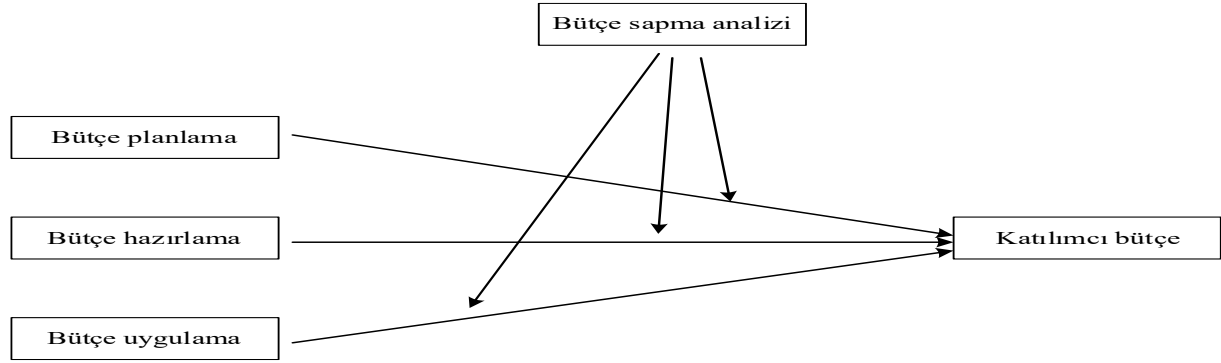
aidiyet duygusu kazandırılarak hizmet süreci yürütülmektedir. Katılımcı bütçe, bütçe hazırlanması, tasarı, uygulama ve kontrol olmak üzere bütün sürece çalışanların dâhil edilmesidir. Katılımcı bütçe anlayışıyla bütçe süreci daha kolay ve anlaşılır hale gelmiş, alınan kararların daha kolay kabul edilebildiği gözlemlenmiştir. Katılımcı bütçe anlayışının çalışanlarda motivasyon ve verimliliği artıracığı, bütçe sürecine çalışanların dahil edilmesiyle aidiyet duygusu artarak kendi potansiyellerini daha fazla ortaya koyacağı düşünülmektedir.

3.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, özel hastanelerde bütçeleme süreci ve katılımcı bütçeleme anlayışının belirlenmesidir. Ankara il merkezinde faaliyet gösteren özel hastanelerde bütçeleme sürecinin betimsel analizi, katılımcı bütçe anlayışının özel hastanelerde idari çalışanlar açısından değerlendirilmesi; bütçe planlama, bütçe hazırlık ve bütçe uygulama anlayışının katılımcı bütçe üzerindeki etkisi ve bütçe analiz algısının bu etkiye düzenleyici rolü değerlendirmektir.

3.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezler

Bu çalışmada bütçe planlama, hazırlama ve uygulama değişkenleri katılımcı bütçe için bağımsız değişken olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca hastanelerin bütçe sapma analizi değişkeninin de bu etkiye düzenleyici rol oynayıp oynamadığı da araştırma sorularından birisi olarak değerlendirilmektedir. Bu düşünceye göre araştırmanın modeli şekil 2’de verilmiştir.



Şekil 2. Araştırma Modeli

Araştırma soruları ve değişkenler arasındaki ilişkiler göz önüne alındığında araştırma hipotezleri aşağıdaki gibi oluşturulmuştur.

H1: Bütçe planlama katılımcı bütçeyi pozitif yönde etkilemektedir.

H2: Bütçe planlamanın katılımcı bütçe üzerindeki etkisinde bütçe sapma analizinin düzenleyici değişken rolü vardır.

H3: Bütçe hazırlama katılımcı bütçeyi pozitif yönde etkilemektedir.

H4: Bütçe hazırlamanın katılımcı bütçe üzerindeki etkisinde bütçe sapma analizinin düzenleyici değişken rolü vardır.

H5: Bütçe uygulama katılımcı bütçeyi pozitif yönde etkilemektedir.

H6: Bütçe uygulamanın katılımcı bütçe üzerindeki etkisinde bütçe sapma analizinin düzenleyici değişken rolü vardır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde faaliyet gösteren orta ölçekli özel genel hastane idari kademe çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın düzeyi ve sınırlılıkları göz önünde bulundurulduğunda örneklem çapının anlamlılık düzeyinin (%5), gücünün (%95) ve etki büyüklüğünün (orta düzey: %15) alınmasına karar verilmiştir. Araştırmada üç bağımsız bir düzenleyici ve bir de bağımlı olmak üzere toplam beş değişken bilgisi de kullanılarak örneklem çapı 138 olarak hesaplanmıştır. Hesaplamalar GPower 3.1.9.7 yazılımı kullanılarak yapılmıştır (Faul vd., 2007: 33). Örneklem yöntemi olarak kolayda örneklem yöntemi uygulanmış ve 05/02/2024-25/05/2024 tarihleri arasında 149 anket toplanmıştır. Yapılan ön çalışma sonucunda anketlerin beşinin analiz için elverişli olmadığına karar verilerek 144 anket değerlendirmeye alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma Ankara ilinde faaliyet gösteren orta ölçekli (100-499 yatak kapasiteli) beş özel hastanenin idari kademe çalışanlarını kapsamaktadır. Araştırma Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonundan 25.12.2023 tarih, E230676 sayı ve 2023/362 nolu etik izni kararı alınarak yürütülmüştür. Araştırma uygulaması için il merkezinde faaliyet gösteren orta ölçekli 14 özel genel hastaneye başvuru yapılmış olup beş hastaneden uygulama izni alınmıştır. Araştırma gerekli izinlerin alındığı beş hastanede 01/03/2024-20/06/2024 tarihleri arasında yüzyüze anket uygulaması yoluyla gerçekleştirilmiştir. Beş özel hastanenin idari kademe çalışan sayısı 214 olarak belirlenmiştir. Örneklem yöntemi olarak kolayda örneklem yöntemi uygulanmış ve 144 anket değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmanın düzeyi ve sınırlılıkları göz önünde bulundurulduğunda örneklem çapının anlamlılık düzeyinin (%5), gücünün (%95) ve etki büyüklüğünün (orta düzey: %15) alınmasına karar verilmiştir. Araştırmada üç bağımsız bir düzenleyici ve bir de bağımlı olmak üzere toplam beş değişken bilgisi de kullanılarak örneklem çapı 138 olarak hesaplanmıştır. Hesaplamalar GPower 3.1.9.7 yazılımı kullanılarak yapılmıştır.

Araştırma için hazırlanan anket formu dört bölümde düzenlenmiştir. İlk bölüm anket soruları anket yanıtlayanların kişisel bilgileri ve hastane bilgilerinden oluşmaktadır. Anket yanıtlayanların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, hastanede çalışma süresi, hastanede pozisyonu, hastane yatak sayısı ve hastane toplam çalışan sayısı gibi bilgileri içermektedir. İkinci bölümde bütçe planlama, bütçe hazırlık, bütçe uygulama ve bütçe analiz aşamasına yönelik 5'li likert ölçeğiyle hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır. Üçüncü bölüm ise katılımcı bütçe anlayışını kapsayan 5'li likert ölçeğiyle hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır.

3.4. Verilerin Analizi

Temel analizler SPSS ölçüm modeli analizi Amoss'da, yapı ve ayrışma geçerliliği SmartPLS'de ve araştırma modeli analizi SPSS Process Macro uzantısıyla yapılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler ve ölçeklerin güvenilirliğini test etmede varyans, DFA, AFA, MTK, Bartlett's Testi, KMO istatistiği, Cronbach's Alpha katsayısı, Pearson Korelasyon Analizi, t-testi, Anova ve Tukey testleri kullanılarak değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır.

4. Bulgular

Tablo 4.5.1.Bütçe Planlama Ölçeği maddeleri için AFA, DFA, MTK ve güvenilirlik katsayısı bulguları

Maddeler	AFA faktör yükleri	DFA faktör yükleri	MTK	Ölçek ile ilgili istatistik ve test bilgileri	
LS_1_1	,757	0,756	0,586	Özdeğer	2,748
LS_1_2	,800	0,763	0,627	Açıklanan varyans(%)	54,967
LS_1_3	,794	0,665	0,641	Cronbach's Alpha	,790
LS_1_4	,750	0,649	0,585	KMO	,757
LS_1_5	,583	0,438	0,415	Bartlett's Test	218,260 (p=0,000)

(AFA: Açıklayıcı faktör analizi, DFA: Doğrulamalı faktör analizi, MTK: Madde toplam korelasyonu, KMO: Kaiser-Meyer-Olkin istatistiği)

Bütçe Planlama Ölçeği maddeleri için AFA, DFA, MTK ve güvenilirlik katsayısı bulguları Tablo 4.5.1'de verilmiştir. Güvenirlik analizi bulgularına göre 6 ve 7 numaralı maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Buna göre, modelin güvenilirlik katsayısı $p = 0,000$; modelin bütçe planlama ölçeğindeki maddelerin varyansını %54,9; açıklayıcı faktör analizi bulgularına göre, Bartlett testi, maddelere faktör analizi uygulamanın doğru bir karar olacağı ve yapılması gerektiğini, KMO katsayısı faktör analizi için örneklem çapının yeterli olduğunu ve maddelere ait faktör yüklerinin yüksek olması da maddelerin hepsinin de boyut açısından önemli olduğunu göstermektedir. Özdeğer ve açıklanan varyans oranı değerleri maddelerin tek boyut olarak ifade etmenin istatistiksel açıdan yerinde bir karar olduğunun göstergesidir. İç tutarlılık analizine göre Cronbach's Alpha katsayısı ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu, madde toplam korelasyonlarının 0,300'den yüksek olması her bir maddenin ölçek açısından önemli olduğunu göstermektedir. Doğrulamalı faktör analizine göre faktör yüklerinin beşi de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.5.1. Bütçe Hazırlık Ölçeği maddeleri için AFA, DFA, MTK ve güvenirlik katsayısı bulguları

Maddeler	AFA faktör yükleri	DFA faktör yükleri	MTK	Ölçek ile ilgili istatistik ve test bilgileri	
LS_2_1	,853	0,846	0,748	Özdeğer	3,154
LS_2_2	,806	0,775	0,685	Açıklanan varyans (%)	63,077
LS_2_3	,728	0,655	0,590	Cronbach's Alpha	,851
LS_2_4	,785	0,686	0,646	KMO	,797
LS_2_5	,794	0,696	0,658	Bartlett's Test	307,267 (p=0,000)

(AFA: Açıklayıcı faktör analizi, DFA: Doğrulayıcı faktör analizi, MTK: Madde toplam korelasyonu, KMO: Kaiser-Meyer-Olkin istatistiği)

Bütçe Hazırlık Ölçeği maddeleri için AFA, DFA, MTK ve güvenirlik katsayısı bulguları Tablo 4.5.2'de verilmiştir. Bartlett testi, maddelere faktör analizi uygulamanın doğru bir karar olacağı ve yapılması gerektiğini (p=0,000), KMO katsayısı faktör analizi için örneklem çapının yeterli olduğunu (0,797) ve maddelere ait faktör yüklerinin %40'dan yüksek olması da maddelerin hepsinin de boyut açısından önemli olduğunu göstermektedir. Özdeğer ve açıklanan varyans oranı değerleri (3,154) maddelerin tek boyut olarak ifade etmenin istatistiksel açıdan yerinde bir karar olduğunun göstergesidir. Yine elde edilen bulgulara göre her bir maddenin ölçek toplamı ile korelasyonu 0,300'den yüksek olduğundan güvenirlik analizi bağlamında ölçekten madde çıkarılmasına gerek olmadığına karar verilmiştir.

Tablo.7.5.3. Bütçe Uygulama Ölçeği maddeleri için AFA, DFA, MTK ve güvenirlik katsayısı bulguları

Maddeler	AFA faktör yükleri	DFA faktör yükleri	MTK	Ölçek ile ilgili istatistik ve test bilgileri	
LS_3_1	,712	,698	,573		
LS_3_2	,812	,882	,691		
LS_3_3	,756	,702	,630		
LS_3_4	,741	,662	,621	Özdeğer	3,653
LS_3_5	,683	,472	,570	Açıklanan varyans(%)	45,666
LS_3_8	,669	,583	,546	Cronbach's Alpha	,826
LS_3_9	,674	,370	,478	KMO	,812
LS_3_10	,678	,341	,479	Bartlett's Test	385,280 (p=0,000)

(AFA: Açıklayıcı faktör analizi, DFA: Doğrulayıcı faktör analizi, MTK: Madde toplam korelasyonu, KMO: Kaiser-Meyer-Olkin istatistiği)

Bütçe Uygulama Ölçeği maddeleri için AFA, DFA, MTK ve güvenirlik katsayısı bulguları Tablo 4.5.3'te verilmiştir. Güvenirlik analizi bulgularına göre 6 ve 7 numaralı maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Bartlett testi, maddelere faktör analizi uygulamanın doğru bir karar olacağı ve yapılması gerektiğini (p=0,000), KMO katsayısı (0,812) faktör analizi için örneklem çapının yeterli olduğunu ve maddelere ait faktör yüklerinin yüksek olması da maddelerin hepsinin de boyut açısından önemli olduğunu göstermektedir. Özdeğer (3,653)ve açıklanan varyans oranı (%45,666) değerleri maddelerin tek boyut olarak ifade etmenin istatistiksel açıdan yerinde bir karar olduğunun göstergesidir.

Tablo 4.5.4 Analiz Ölçeği maddeleri için AFA, DFA, MTK ve güvenirlik katsayısı bulguları

Maddeler	AFA faktör yükleri	DFA faktör yükleri	MTK	Ölçek ile ilgili istatistik ve test bilgileri	
LS_4_2	,635	,538	,406		
LS_4_4	,655	,582	,488		
LS_4_5	,740	,700	,615	Özdeğer	3,388
LS_4_6	,765	,712	,635	Açıklanan varyans(%)	48,401
LS_4_7	,764	,701	,642	Cronbach's Alpha	,815
LS_4_8	,713	,565	,563	KMO	,790
LS_4_9	,698	,549	,559	Bartlett's Test	343,701

(AFA: Açıklayıcı faktör analizi, DFA: Doğrulayıcı faktör analizi, MTK: Madde toplam korelasyonu, KMO: Kaiser-Meyer-Olkin istatistiği)

Sapma Analiz Ölçeği maddeleri için AFA, DFA, MTK ve güvenirlik katsayısı bulguları Tablo 4.5.4'de verilmiştir. Bartlett testi, maddelere faktör analizi uygulamanın doğru bir karar olacağı (343,701) ve yapılması gerektiğini, KMO katsayısı (0,790) faktör analizi için örneklem çapının yeterli olduğunu ve maddelere ait

faktör yüklerinin (%55) ve daha yüksek olması da maddelerin hepsinin de boyut açısından önemli olduğunu göstermektedir. Özdeğer (3,338) ve açıklanan varyans oranı (%48,51) değerleri maddelerin tek boyut olarak ifade etmenin istatistiksel açıdan yerinde bir karar olduğunu göstergesidir. Yine elde edilen bulgulara göre her bir maddenin ölçek toplamı ile korelasyonu 0,300'den yüksek olduğundan güvenilirlik analizi bağlamında ölçekten madde çıkarılmasına gerek olmadığına karar verilmiştir.

Tablo 4.5.5. Katılımcı Bütçe Ölçeği maddeleri için AFA, DFA, MTK ve güvenilirlik katsayısı bulguları

Maddeler	AFA faktör yükleri	DFA faktör yükleri	MTK	Ölçek ile ilgili istatistik ve test bilgileri	
LS_5_2	,687	,628	,540		
LS_5_4	,676	,527	,498		
LS_5_5	,732	,650	,618		
LS_5_6	,770	,697	,653	Özdeğer	3,733
LS_5_7	,768	,726	,650	Açıklanan varyans(%)	46,659
LS_5_9	,719	,677	,601	Cronbach's Alpha	,834
LS_5_10	,662	,589	,499	KMO	,855
LS_5_11	,696	,640	,535	Bartlett's Test	353,241 (p=0,000)

(AFA: Açıklayıcı faktör analizi, DFA: Doğrulamalı faktör analizi, MTK: Madde toplam korelasyonu, KMO: Kaiser-Meyer-Olkin istatistiği)

Katılımcı Bütçe Ölçeği maddeleri için AFA, DFA, MTK ve güvenilirlik katsayısı bulguları Tablo 4.5.5'te verilmiştir. Güvenirlik analizi bulgularına göre 1,3,8 ve 12 numaralı maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Bartlett testi (353,241), maddelere faktör analizi uygulamanın doğru bir karar olacağı ve yapılması gerektiğini, KMO katsayısı (0,855) faktör analizi için örneklem çapının yeterli olduğunu ve maddelere ait faktör yüklerinin %55 ve daha yüksek olması da maddelerin hepsinin de boyut açısından önemli olduğunu göstermektedir. Özdeğer (3,733) ve açıklanan varyans oranı (46,659) değerleri maddelerin tek boyut olarak ifade etmenin istatistiksel açıdan yerinde bir karar olduğunu göstergesidir.

Tablo 4.5.6. Doğrulamalı faktör analizi ölçüm modeli uyum değerleri

	CMIN/DF	GFI	AGFI	TLI	CFI	RMSEA
Model bulguları	1,868	0,948	0,939	0,914	0,946	0,078
Kabul edilebilir uyum değeri	≤5	≥0,90	≥0,90	>0,95	≥0,90	≤0,080

Araştırmada kullanılan ölçekler için doğrulamalı faktör analizi ölçüm modeli uyum iyiliği kriter değerleri kabul edilebilir uyum değerleri ile birlikte Tablo 6'da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ölçeklerin uyum kriter değerleri kabul edilebilir değerler aralığında olduğu görülmektedir.

Tablo 4.5.7. Araştırmada kullanılan ölçeklerin yapı güvenirliliği ve geçerliliği için "CR" ve "AVE" değerleri

Ölçekler	Bileşik güvenilirlik (CR)	Çıkarılan ortalama varyans (AVE)
Analiz	0,877	0,506
Hazırlık	0,895	0,631
Katılımcı bütçe	0,893	0,511
Bütçe planlama	0,858	0,549
Uygulama	0,892	0,514

Araştırmada kullanılan ölçekler için yapı güvenirliliği ve geçerliliği için smartpls yazılımında CR ve AVE katsayıları ile incelenmiştir. CR (birleşik güvenilirlik) ve AVE (ortalama açıklanan varyans; *keşfedici(açımlayıcı) faktör analizi sonucunda elde edilen alt boyutların veri setindeki tüm değişkenleri hangi oranda temsil ettiğini gösteren istatistiksel bir ölçüdür*) değerleri birleşim ve ayrışım geçerliliğini ölçme kriterleridir. Ölçeğin birleşim ve ayrışım geçerliliğini sağlaması için CR kriterinin 0,70'den AVE kriterinin 0,50'den büyük olması gerekmektedir. Elde

edilen bulgulara göre ölçek boyutlarının yeterli düzeyde birleşme ($CR > .70$; $AVE > .50$; $CR > AVE$) ve ayrışma geçerliğine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.5.8. Yapı ve ayrışma geçerliliği bulguları

Ölçekler	Fornell-Larcker Kriteri					Heterotrait-Monotrait Oranı (HTMT)				
	X1	X2	X3	X4	X5	X1	X2	X3	X4	X5
Analiz (X1)	0,711									
Hazırlık (X2)	0.509	0,794				0.535				
Katılımcı bütçe (X3)	0.412	0.675	0,714			0.463	0.679			
Bütçe planlama (X4)	0.442	0.678	0.617	0,741		0.484	0.648	0.643		
Uygulama (X5)	0.617	0.703	0.698	0.669	0,717	0.706	0.698	0.612	0.592	

Araştırmada kullanılan ölçeklerinin yapı ve ayrışma geçerliliği smartpls yazılımında Fornell-Larcker Kriteri ve Heterotrait-Monotrait Oranı (HTMT) ile incelenmiştir. Yapı ve ayrışma geçerliliği için HTMT değerinin 0,90 altında olması gerekmektedir (Henseler, Ringle ve Sarstedt, 2015). Tablo 4.5.8’de görüldüğü gibi HTMT oranlarının üçünün de 0,90 değerinin altında olduğu görülmektedir. Ayrıca Fornell-Larcker Kriteri kriterine göre AVE değerinin karekökünün karşılık gelen korelasyon katsayısından büyük olması (Fornell ve Larcker 1981) yapı ve ayrışma geçerliliği için diğer bir kriterdir. Tabloda köşegen üzerindeki değerler AVE kriter değerinin kareköküdür. Görüldüğü gibi her bir değişken için AVE değerinin karekökünün karşılık gelen korelasyon katsayısından büyük olduğu görülmektedir.

Tablo 4.5.9. Bütçe Planlama Ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri

	Kesinlikle						Kesinlikle					
	Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılıyorum			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Ort.	Std. S.
LS_1_1	2	1,4	1	0,7	19	13,2	40	27,8	82	56,9	4,38	0,845
LS_1_2	1	0,7	10	6,9	18	12,5	49	34,0	66	45,8	4,17	0,949
LS_1_3	3	2,1	1	0,7	24	16,7	59	41,0	57	39,6	4,15	0,872
LS_1_4	1	0,7	3	2,1	30	20,8	37	25,7	73	50,7	4,24	0,901
LS_1_5	0	0,0	11	7,6	43	29,9	48	33,3	42	29,2	3,84	0,936
BP_Olc_ORT											4,16	0,664

Bütçe Planlama Ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri Tablo 4.5.9’de verilmiştir. Hizmet satış bütçesi planlanırken satış üzerinde hangi etkiler değerlendirmeye alınmaktadır? Sorusuna verilen cevaplara göre ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,38 ile “nüfus/potansiyel müşteri sayısı” maddesinde, en küçük ortalamanın da 3,84 ile “mevsimsel değişiklikler” maddesinde olduğunu görülmektedir.

Tablo 4.5.10. Bütçe Hazırlık Ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	Std. S.
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
LS_2_1	5	3,5	6	4,2	13	9,0	27	18,8	93	64,6	4,37	1,043
LS_2_2	7	4,9	6	4,2	19	13,2	49	34,0	63	43,8	4,08	1,084
LS_2_3	2	1,4	11	7,6	39	27,1	42	29,2	50	34,7	3,88	1,021
LS_2_4	1	0,7	9	6,3	31	21,5	70	48,6	33	22,9	3,87	0,863
LS_2_5	2	1,4	10	6,9	35	24,3	67	46,5	30	20,8	3,78	0,902
BH_Olc_ORT											4,00	0,781

Bütçe Hazırlık Ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri Tablo 4.5.10’de verilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,37 ile *“bütçe süreçleri hastanenin stratejik hedefleri ile ilişkilidir”* maddesinde, en küçük ortalamanın da 3,78 ile *“çalışan performansını izlemek”* maddesinde olduğunu görülmektedir.

Tablo 4.5.11. Bütçe Uygulama Ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	Std. S.
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
LS_3_1	2	1,4	4	2,8	18	12,5	30	20,8	90	62,5	4,40	0,911
LS_3_2	0	0,0	8	5,6	18	12,5	37	25,7	81	56,3	4,33	0,899
LS_3_3	1	0,7	12	8,3	25	17,4	45	31,3	61	42,4	4,06	0,998
LS_3_4	1	0,7	9	6,3	36	25,0	53	36,8	45	31,3	3,92	0,935
LS_3_5	0	0,0	7	4,9	52	36,1	59	41,0	26	18,1	3,72	0,815
LS_3_8	3	2,1	6	4,2	31	21,5	51	35,4	53	36,8	4,01	0,972
LS_3_9	3	2,1	4	2,8	69	47,9	42	29,2	26	18,1	3,58	0,889
LS_3_10	3	2,1	13	9,0	63	43,8	35	24,3	30	20,8	3,53	0,989
UY_Olc_ORT											3,94	0,623

Bütçe Uygulama Ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri Tablo 4.5.11’de verilmiştir. Kurumunuzun gelir gider tahminleri hangisinde önemli rol oynamaktadır? Sorusuna verilen cevaplara göre ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,40 ile *“yıllık bütçe süreci”* maddesinde, en küçük ortalamanın da 3,53 ile *“arge çalışması”* maddesinde olduğunu görülmektedir.

Tablo 4.5.12. Analiz Ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	Std. S.
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
LS_4_2	3	2,1	6	4,2	28	19,4	39	27,1	68	47,2	4,13	1,005
LS_4_4	1	0,7	9	6,3	47	32,6	60	41,7	27	18,8	3,72	0,866
LS_4_5	0	0,0	6	4,2	39	27,1	64	44,4	35	24,3	3,89	0,820
LS_4_6	1	0,7	8	5,6	53	36,8	49	34,0	33	22,9	3,73	0,902
LS_4_7	2	1,4	8	5,6	57	39,6	53	36,8	24	16,7	3,62	0,877
LS_4_8	1	0,7	5	3,5	54	37,5	48	33,3	36	25,0	3,78	0,886
LS_4_9	2	1,4	5	3,5	64	44,4	44	30,6	29	20,1	3,65	0,889
AN_Olc_ORT											3,79	0,616

Analiz Ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri Tablo 4.5.12’de verilmiştir. Sapma analizleri hangileri için yapılmaktadır sorusuna verilen cevaplara göre ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,13 ile *“hizmet üretimi”* maddesinde, en küçük ortalamanın da 3,65 ile *“satış ve pazarlama”* maddesinde olduğunu görülmektedir.

Tablo 4.5.13. Katılımcı Bütçe Ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	Std. S.
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
LS_5_2	0	0,0	8	5,6	40	27,8	52	36,1	44	30,6	3,92	0,897
LS_5_4	1	0,7	6	4,2	34	23,6	52	36,1	51	35,4	4,01	0,908
LS_5_5	3	2,1	9	6,3	29	20,1	44	30,6	59	41,0	4,02	1,027
LS_5_6	0	0,0	7	4,9	33	22,9	48	33,3	56	38,9	4,06	0,902
LS_5_7	0	0,0	10	6,9	27	18,8	47	32,6	60	41,7	4,09	0,938
LS_5_9	1	0,7	4	2,8	27	18,8	55	38,2	57	39,6	4,13	0,863
LS_5_10	1	0,7	5	3,5	35	24,3	53	36,8	50	34,7	4,01	0,893
LS_5_11	2	1,4	6	4,2	36	25,0	56	38,9	44	30,6	3,93	0,921
KB_Olc_ORT											4,02	0,626

Katılımcı Bütçe Ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri Tablo 4.5.13’de verilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,13 ile “katılımcı bütçe uygulaması ile gerçekleşen satın alma harcamalarında verimliliğe yardımcı olmaktadır” maddesinde, en küçük ortalamanın da 3,92 ile “hastanelerde katılımcı bütçe uygulamasını mutlak gereklilik olarak görmekteyim” maddesinde olduğunu görülmektedir.

Tablo 4.5.14. Araştırma değişkenleri için açıklayıcı istatistikler ve Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiler için korelasyon katsayıları

Değişkenler	Mean	Std. S.	Çarp.	Bask.	X1	X2	X3	X4	X5
Bütçe planlama (X1)	4,16	0,664	-0,872	0,162	1				
Bütçe hazırlık (X2)	4,00	0,781	-0,906	1,042	,538**	1			
Bütçe uygulama (X3)	3,94	0,623	-0,862	0,651	,483**	,589**	1		
Analiz (X4)	3,79	0,616	-0,349	0,476	,395**	,458**	,584**	1	
Katılımcı bütçe (X5)	4,02	0,626	-0,898	0,543	,519**	,575**	,514**	,382**	1

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 4.5.14’de araştırmada kullanılan değişkenler için açıklayıcı istatistik bilgileri verilmiştir. Korelasyon katsayıları incelendiğinde her üç değişken arasında da pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde her üç değişken için de değerlerin normal dağılım değerleri aralığında olduğu görülmektedir (Kim 2013, West vd, 1995).

Tablo 4.5.15. Bütçe Planlamanın Katılımcı Bütçe üzerinde etkisinde Hastanenin analiz yetenekleri algısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları

	Katsayı	S. Hata	t	p	AltS	Üsts
Sabit	-1,6701	1,3075	-1,2773	0,2036	-4,2551	0,9149
Bütçe planlama (X)	1,2369	0,3366	3,6746	0,0003	0,5714	1,9023
Analiz (W)	1,0956	0,3602	3,0415	0,0028	0,3834	1,8077
Etkileşim (X*W)	-0,2263	0,0902	-2,5084	0,0133	-0,4046	-0,0479
R	R-sq	F	p			
0,5799	0,3363	23,6462	0,0000			

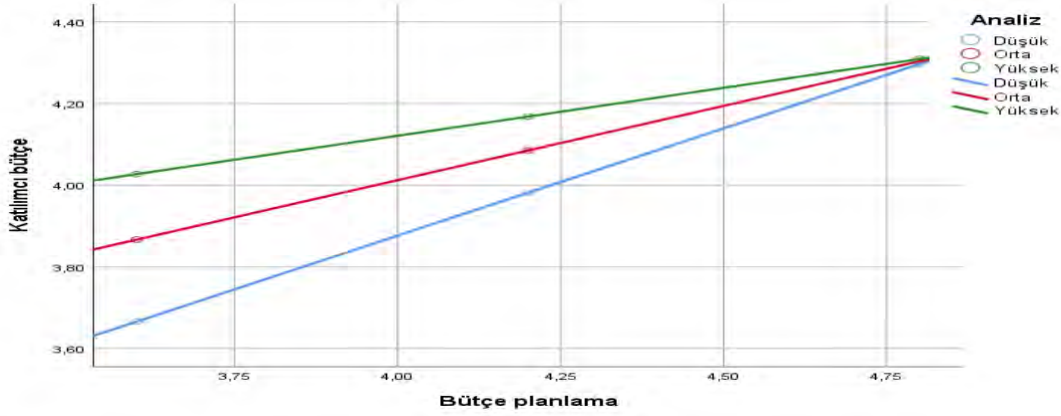
Bütçe Planlamanın Katılımcı Bütçe üzerinde etkisinde analiz yetenekleri algısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları Tablo 4.5.15’de verilmiştir. F testine göre model anlamlı bulunmuştur. Modelin belirleme katsayısı 0,336 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç Katılımcı Bütçe değişkenindeki değişkenliğin %33,6’sının model aracılığı ile Bütçe Planlama ve analiz yetenekleri algısı değişkenleri tarafından açıklandığını göstermektedir. Regresyon katsayıları incelendiğinde Katılımcı Bütçe üzerinde Bütçe Planlama ve analiz yetenekleri algısı değişkenlerinin ikisinin de etkisinin pozitif ve anlamlı olduğu görülmektedir. Etkileşim teriminin de anlamlı ve negatif yönlü olduğu görülmektedir. Buna göre etkileşim teriminin anlamlı çıkması; analiz yetenekleri algısının farklı düzeylerinde Bütçe Planlamanın Katılımcı Bütçe üzerindeki etkisinin farklılaştığını göstermektedir.

Tablo 4.5.16. analiz yetenekleri algısının düzeylerine göre Bütçe Planlama algısının Katılımcı Bütçe algısı üzerindeki etkisi

Analiz (W)	Etki	s. Hata	t	p	AltS	Üsts
Düşük	0,5258	0,0841	6,2546	0,0000	0,3596	0,6920
Orta	0,3642	0,0731	4,9848	0,0000	0,2197	0,5086
Yüksek	0,2349	0,0997	2,3571	0,0198	0,0379	0,4319
R2-değişim		F	p			
Etkileşim (X*W)		0,0298	6,2918	0,0133		

Analiz yetenekleri algısının düzeylerine göre Bütçe Planlamanın Katılımcı Bütçe üzerindeki etkisi Tablo 4.5.16'de ile Şekil 3'de verilmiştir. Düşük analiz yetenekleri algısında Bütçe Planlamanın Katılımcı Bütçe üzerindeki etkisi 0,526, orta düzeyde Bütçe Planlamanın Katılımcı Bütçe üzerindeki etkisi 0,364 ve yüksek düzeyde Bütçe Planlamanın Katılımcı Bütçe üzerindeki etkisi 0,235 olarak hesaplanmıştır. Etki katsayılarının anlamlılığı için yapılan student t testine göre düşük ve orta düzey için etki anlamlı yüksek düzey için etki anlamsız bulunmuştur. Buna göre analiz yetenekleri algısı arttıkça Bütçe Planlamanın Katılımcı Bütçe üzerindeki etkisi azalmaktadır. Bu sonuç Şekil 2'de verilen grafikte de görülmektedir. Ayrıca modele göre analiz yetenekleri algısının düzenleyici rolü R-kare de %1 artış sağladığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

Analiz sonuçlarına göre H1 ve H2 hipotezleri kabul edilmiştir.

**Şekil 3. Katılımcı Bütçenin Bütçe Planlama üzerine etkisinde analiz yetenekleri algısının düzenleyici rolü****Tablo 4.5.17. Bütçe Hazırlamanın Katılımcı Bütçe üzerinde etkisinde analiz yetenekleri algısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları**

	Katsayı	s. Hata	t	p	AltS	Üsts
Sabit	0,9217	0,9122	1,0104	0,3140	-0,8818	2,7253
Bütçe hazırlık (X)	0,6460	0,2381	2,7130	0,0075	0,1752	1,1167
Analiz (W)	0,4257	0,2737	1,5552	0,1222	-0,1155	0,9669
Etkileşim (X*W)	-0,0712	0,0682	-1,0431	0,2987	-0,2061	0,0637
R	R-sq	F	p			
0,5945	0,3534	25,5106	0,0000			

Bütçe Hazırlamanın Katılımcı Bütçe üzerinde etkisinde analiz yetenekleri algısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları Tablo 4.5.17'de verilmiştir. F testine göre model anlamlı bulunmuştur. Modelin belirleme katsayısı 0,353 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç Katılımcı Bütçe değişkenindeki değişkenliğin %35,3'ünün model aracılığı ile Bütçe Hazırlama ve analiz yetenekleri algısı değişkenleri tarafından açıklandığını göstermektedir. Regresyon katsayıları incelendiğinde Katılımcı Bütçe üzerinde Bütçe Hazırlama değişkeninin etkisinin pozitif ve anlamlı olduğu, ve analiz etkisinin ise pozitif yönlü olmasına karşın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir. Etkileşim teriminin de negatif yönlü ancak istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre H3 hipotezi kabul edilmiş, H4 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4.5.18. Bütçe Uygulamanın Katılımcı Bütçe üzerinde etkisinde ve analiz yetenekleri algısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları

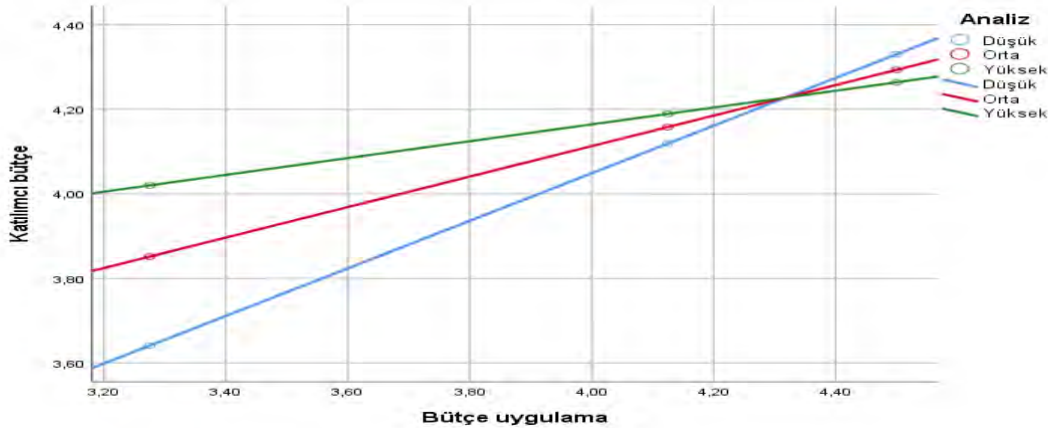
	Katsayı	s. Hata	t	p	AltS	Üsts
Sabit	-2,0403	1,5206	-1,3418	0,1818	-5,0467	0,9660
Bütçe uygulama (X)	1,4517	0,4005	3,6247	0,0004	0,6599	2,2435
Analiz (W)	1,2213	0,4340	2,8139	0,0056	0,3632	2,0793
Etkileşim (X*W)	-0,2828	0,1097	-2,5782	0,0110	-0,4997	-0,0659
R	R-sq	F	p			
0,5541	0,3070	20,6782	0,0000			

Bütçe Uygulamanın Katılımcı Bütçe üzerinde etkisinde ve analiz yetenekleri algısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları Tablo 4.5.18’de verilmiştir. F testine göre model anlamlı bulunmuştur. Modelin belirleme katsayısı 0,307 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç Katılımcı Bütçe değişkenindeki değişkenliğin %30,7’sinin model aracılığı ile Bütçe Uygulamanın ve analiz yetenekleri algısı değişkenleri tarafından açıklandığını göstermektedir. Regresyon katsayıları incelendiğinde Katılımcı Bütçe üzerinde Bütçe Uygulama ve analiz yetenekleri algısı değişkenlerinin ikisinin de etkisinin pozitif ve anlamlı olduğu görülmektedir. Etkileşim teriminin de anlamlı ve negatif yönlü olduğu görülmektedir. Buna göre etkileşim teriminin anlamlı çıkması; Analiz farklı düzeylerinde Bütçe Uygulamanın Katılımcı Bütçe üzerindeki etkisinin farklılaştığını göstermektedir.

Tablo 4.5.19. Analiz yetenekleri algısı düzeylerine göre Bütçe Uygulama algısının Katılımcı Bütçe algısı üzerindeki etkisi

Analiz (W)	Etki	s. Hata	t	p	AltS	Üsts
Düşük	0,5627	0,0985	5,7111	0,0000	0,3679	0,7576
Orta	0,3607	0,0928	3,8850	0,0002	0,1771	0,5443
Yüksek	0,1991	0,1288	1,5456	0,1245	-0,0556	0,4538
Etkileşim (X*W)	R2-değişim	F	p			
	0,0329	6,6470	0,0110			

Analiz yetenekleri algısı düzeylerine göre Bütçe Uygulamanın Katılımcı Bütçe üzerindeki etkisi Tablo 4.5.19 ile Şekil 3’de verilmiştir. Düşük analiz yetenekleri algısında Bütçe Uygulamanın Katılımcı Bütçe üzerindeki etkisi 0,562, orta düzeyde Bütçe Uygulamanın Katılımcı Bütçe üzerindeki etkisi 0,361 ve yüksek düzeyde Bütçe Uygulamanın Katılımcı Bütçe üzerindeki etkisi 0,199 olarak hesaplanmıştır. Etki katsayılarının anlamlılığı için yapılan student t testine göre düşük ve orta düzey için etki anlamlı yüksek düzey için etki anlamsız bulunmuştur. Buna göre ve analiz yetenekleri algısı arttıkça Bütçe Uygulamanın Katılımcı Bütçe üzerindeki etkisi azalmaktadır. Bu sonuç Şekil 3.3’de verilen grafikte de görülmektedir. Ayrıca modele göre analiz yetenekleri algısının düzenleyici rolü R-kare de %1 artış sağladığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

**Şekil 3.** Katılımcı Bütçenin Bütçe Uygulama üzerine etkisinde Analizin düzenleyici rolü

Analiz sonuçlarına göre H5 ve H6 hipotezleri kabul edilmiştir.

9.Sonuç ve Tartışma

Bütçe özel sağlık kurumları için finansal planlama ve kontrol aracıdır. Bütçe ile hastaneler gerçekleşmesi beklenen faaliyetlere karşı finansal planlamalar yaparak gelecekte karşılaşılabilecek durumlara karşı gerekli önlemleri alabilmektedirler. Bütçeleme süreci hastanelerde tek bir birim tarafında ya da yalnızca yönetim kademesi çerçevesinde kalmamalı tüm birimlerin katılımı sağlanabilmelidir. Bütçeleme sürecinde dikkat edilmesi gereken noktalardan biri de raporlamadır. Raporlama işlemleri genellikle finans ve muhasebe birimleri tarafından yürütülmektedir. Fakat bütçe hazırlık aşamasına hastanenin tüm departmanlarının katılımı sağlanmalıdır. Birimler bazında bütçeleme sürecinin yürütülmesi ve koordinasyon sağlanması hastane içerisinde bir bütünlük oluşturabilir, birimler arası etkileşim ve hastane bütünlüğü sağlanabilir, çalışanların aidiyet duygusunu geliştireceği düşünülmektedir. Bütçe sapma analizleri düzenli ve planlı bir şekilde gerçekleştirilerek farklılıklar ortaya konulmalıdır. Gerçekleşen sapmaların nedenleri bölüm ve departmanlar ile görüşülerek gerekli düzenlemeler yapılmalı, gelecek dönemlerde bu düzenlemeler dikkate alınmalıdır. Bütçe planlama, bütçe hazırlık ve bütçe uygulama süreçlerinde tüm departmanların katılımı ve onayıyla her birimin uyum içerisinde belirlenen hedeflere ulaşılması sağlanabilir.

Bütçe Planlama Ölçeği maddeleri için istatistikler incelendiğinde hizmet satış bütçesi planlanırken satış üzerinde etkiye sahip en yüksek ortalamanın “nüfus/potansiyel müşteri sayısı olduğu belirlenmiştir. Bütçe Hazırlık Ölçeği maddeleri için istatistikler incelendiğinde en yüksek ortalamanın “ *bütçe süreçleri hastanenin stratejik hedefleri ile ilişkilidir*” maddesinde, en küçük ortalamanın ise “ *bütçeleme sayesinde performans değerlendirmeleri yapılarak sapmaların giderilmesine yönelik girişim sağlanır*” maddesinde olduğunu görülmektedir. Bütçe uygulaması amaçlarına yönelik yapılan betimleyici çalışmada en düşük puanlamanın “*çalışan performansını izlemek*” olduğu görülmüştür. Bütçe uygulamasının amaçlarına yönelik betimleyici soruda da bu yanıt paralel bir yanıt verildiği gözlemlenmiştir. Hastanelerin bütçeleme ve sapma analizleri yoluyla çalışan performansına yönelik kontrolün daha düşük seviyede kaldığı söylenebilir.

Bütçe Uygulama Ölçeği maddeleri için istatistik verileri incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,40 ile “*yıllık bütçe süreci*” maddesinde, en küçük ortalamanın da 3,53 ile “*arge çalışması*” maddesinde olduğu tespit edilmiştir. Gelir gider tahmini yıllık bütçe sürecinde önemli bir rol oynamaktadır, en az etki ise arge çalışması olduğu üzerinde olduğu görülmektedir. Özel hastanelerin arge çalışmalarını maliyet unsuru olarak görmeleri, inovatif faaliyetleri önceliklendirmemesi bu etkinin düşük çıkmasına neden olduğu savlanabilir. Rekabet koşullarında hasta memnuniyetini artırıcı faaliyetlere yönelik arge çalışmaları özel hastanelerde önerilir. Yeni tedavi yöntemleri, modern teknolojiye uygun sağlık hizmet araçları kullanımı daha fazla hasta potansiyeline ulaşılabilmesi yapılan analizlerde ortaya çıkmıştır. Bu çerçevede özel hastanelerin arge çalışmalarına gereken önemi vermesi tavsiye edilmektedir. Analiz ölçeği maddeleri için en yüksek ortalamanın “*hizmet üretimi*” maddesinde olduğu görülmüştür.

Katılımcı Bütçe Ölçeği maddeleri için istatistik verileri incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,13 ile “*katılımcı bütçe uygulaması ile gerçekleşen satın alma harcamalarında verimliliğe yardımcı olmaktadır*”, en düşük ortalama ise “*hastanelerde katılımcı bütçe uygulamasını mutlak gereklilik olarak görmekteyim*” olduğu tespit edilmiştir. Bütçeleme sayesinde gelir-gider dengesi korunmaktadır, yapılan harcamalar belirlenen bütçe rakamlarına uygun gerçekleştirilmeye çalışılmakta, sapma oranı düşük düzeylerde oluşmaktadır. En düşük oranın katılımcı bütçe uygulamasını mutlak gereklilik olarak görmekteyim olması, çalışanların katılımcı bütçe anlayışı ve bütçeleme süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı, katılımcı bütçeye yeterli ilgi duymadıkları ya da iş yükü olarak gördükleri düşünülmektedir.

Araştırma modelinin analizine göre katılımcı bütçe üzerinde bütçe planlama, bütçe hazırlık ve bütçe uygulama değişkenlerinin etkisinin pozitif ve anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bütçe analizi değişkeninin; bütçe planlama ile bütçe uygulamanın katılımcı bütçe üzerindeki etkisinde negatif yönlü düzenleyici etkisi olduğu, bütçe hazırlamanın katılımcı bütçe üzerindeki etkisinde düzenleyici rolünün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonuçları da tespit edilmiştir. Buna göre hastanenin analiz yetenekleri algısının artması bütçe planlama ve bütçe uygulamanın katılımcı bütçe üzerindeki etkisinin azaldığı tespit edilmiştir.

Hastanede çalışanların analiz yetenekleri yüksek olduğu takdirde, bölüm çalışanları katılımcı bütçe konusunda endişe ve kaygıya düşmeyeceği, bütçe konusunda güven ortamı oluşacağı düşünülmektedir. Bütçe planlama, bütçe uygulama, bütçe analiz yeteneklerinin düşük olduğu hastanelerde çalışanların katılımcı

bütçe anlayışı zorunlu olarak gelişme göstermek durumunda olduğu düşünülmektedir. Bu yeteneklerin düşük olduğu hastanelerde katılımcı bütçe anlayışının zorunlu hale gelmesiyle bütçeleme konusundaki sorunlar ortadan kaldırılabileceği düşünülmektedir.

Doğan (2017) “Türk Bütçe Sisteminde Yönetişimin Yeri ve Katılımcı Bütçe Üzerine Bir İnceleme: Manisa İli Örneği” başlıklı çalışmada yerel birim için düşünülecek katılımcı bütçe için kentin eğitim ve farkındalık seviyesine göre uygulama belirlenmelidir. Katılımcı bütçe uygulamasına pilot birimlerde katılımcı bütçe uygulaması yapılması, gönüllü vatandaşların katılımının sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Araştırmada katılımcı bütçe anlayışı ile çalışanların birlikte karar alma ve işbirliği kültürü kazanmasını destekleyeceği görülmüştür. Katılımcı bütçe ile farklı görüşler ortaya çıkmasına katkı sağlayacağı, ortak paydada buluşulması ve bütçesel planların çalışan odaklı gelişme göstermesine katkı sağlayacağı görülmektedir. Katılımcı bütçe uygulaması hakkında tüm birimlerin yeterli bilgiye sahip olması hususunda eğitim ve bilgilendirme yapılması önerilmektedir. Ayrıca katılımın gönüllülük esasına dayandırılması bütçe sürecinde verimliliği arttıracığı düşünülmektedir.

Akpınar (2007) bütçesel katılımın iş tatmini üzerine etkisi başlıklı çalışmada bütçe hedeflerine bağlılık, iş tatmini konularına değinilmiş ve birbirine olan etkisi incelenmiştir. Bütçesel katılım arttıkça bütçe hedeflerine bağlılığın ve iş ile ilgili bilginin arttığı görülmüş bu süreçte iş tatminini olumlu yönde etkilediği gözlemlenmiştir. Bütçesel katılım iş tatmini üzerinde dolaylı bir etkisi olduğuna ulaşıldığı belirtilmiştir. Bütçesel katılım arttıkça bütçe planlama, bütçe hazırlık ve bütçe uygulama ile ilgili bilgi artmaktadır. Bütçesel katılım anlayışıyla bütçe planlama, bütçe hazırlık, bütçe uygulama arasında pozitif yönlü etki olduğu gözlemlenmiştir.

Gürbüz (2020) “Katılımcı Bütçeleme Sisteminin Uygulanabilirliği ve Farkındalığı: Kırıkkale Halkına Yönelik Bir Araştırma” başlıklı çalışmada Kırıkkale halkının katılımcı bütçeleme uygulamasının farkındalığına dair analiz yapılmıştır. Analiz sonucunda Kırıkkale halkının katılımcı bütçeleme konusunda farkındalıkları olmadığı yalnızca 65 ve 65+ yaş üstünde farkındalığın olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak Kırıkkale halkı katılımcı bütçeleme sistemini tanımamaktadır. Kırıkkale’de katılımcı bütçe farkındalığının oluşmadığı fakat halkın bu sisteme karşı olumlu yaklaşımları gözlemlenmiştir. Katılımcı bütçeleme uygulamasında en büyük engelin, yöneticilerin işlerine halkın veya halktan birinin karışmasını istememeleri olduğu belirtilmektedir. Araştırmada çalışanlar katılımcı bütçeyi mutlak gereklilik olarak görmemektedirler. Hastane çalışanları yoğun şartlarda çalışmasından dolayı bu süreçleri bazen zaman kaybı olarak tanımlayabilmektedirler. Sağlık konusunda hassasiyet gösterdikleri gibi idari işlemlerde de yeterli önemi göstermeleri ve zaman ayırmaları önerilmektedir. Bunun sağlanabilmesi için de çalışanlara katılımcı bütçenin önemi hakkında detaylı bilgilendirmeler ve eğitimler verilmesi tavsiye edilmektedir.

Crooper (2018) “Birleşik Krallık Üniversitelerinde Bütçeleme ve Mali Planlama: Finansallaşma Çağında Doğruluk, Dikkat ve Kontrol” başlıklı doktora çalışmada Birleşik Krallık üniversitelerinde bütçeleme ve tahminlerin doğruluğunu etkileyen koşullu faktörleri ve sektördeki finansal senaryo modellemesinin özelliklerini belirlemek ve anlamaktır. Bütçelemenin doğruluk düzeyinden genel memnuniyet algısının olduğu bunu sağlayan önemli faktörlerin ise öğrenci sayısı tahmininin doğruluğu olduğu belirlenmiştir. Bütçelemede yaşanan sorunlar hazırlık aşamasında harcanan zaman ve harcanmayan bütçelerin ileriye taşınmasında izin verilme zorluğu olduğu belirtilmiştir. Finansallaşmanın odak noktası olarak maliyet kontrolünden ziyade gelir üzerine olduğu fakat zayıf piyasa pozisyonuna sahip üniversitelerde bunun ne kadar süre daha devam edebileceğinin tartışmalı olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların, bütçeleme sürecinin stratejik hedeflere ulaşılmasıyla bağlantılı olduğu konusunda hemfikir olduğu belirtilmiş, katılımcı bütçenin belirlenmesi katılımcıların kurumun stratejisi hakkında konuşması ve düşünmesine yardımcı olduğu fikrindedirler. Katılımcıların çoğunluğu katılımcı yöneticilerin performansı iyileştirmek için taktik girişimler belirlenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca bütçenin gerçekleştirilememesi stratejik hedeflerde değişikliğe neden olmamakta, uzun dönemde başarısızlık ve hesap verilebilirlikte eksikliklere neden olacağı düşünülmektedir. Katılımcılar gelir gider tahmininde en çok, yıllık bütçe süreci, stratejik planlama, fazla veya açıkların planlanması ve nakit akışı yönetimi için önemli rol oynadığını belirtmişlerdir. Araştırmamızda da en yüksek değeri yıllık bütçe süreci ve uzun vadeli planlama olduğu gözlemlenmiştir. Bütçe süreci hastanenin stratejik hedefleri ile ilişkili olduğu, bütçe sürecinin katılımcıların strateji üzerine düşünmesini sağladığı katılımcıların çoğunluğu tarafından bildirilen görüşlerdir.

Kaynakça

- Akdur, R. (1998). *Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler*, Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara, 11.
- Akyürek Ç.E. (2002). “Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye” . *Sosyal Güvenlik Dergisi*,2(2), 124-153.
- Atasever, M. (2021). *Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Hastane Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Atasever, M., ve Bağcı, H. (2020). *Türkiye Sağlık Sistemi*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Batirel Ö.F. (2007). *Kamu Maliyesi ve Yönetimi*, İstanbul Ticaret Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Bhanu, V. (2007). *Making the Indian Budget: How open and participatory?*, *Economic and Political Weekly*, 1079-1081.
- Bulut, M. (2020). Türkiye’de global bütçe uygulamasının hastane seçme hakkına etkisi, *Turkish Studies - Social*, 15(8), 3403-3417.
- Casto, A. B., and Layman, E. (2006). *Principles of Healthcare Reimbursement*, Michigan: American Health Information Management Association.
- Coşkun, G. (2000). *Devlet Bütçesi Türk Bütçe Sistemi*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Demirci, M. (2010). “Katılımcı Demokrasi Açısından Kent Konseyleri: Eleştirel Bir Değerlendirme”, *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 19(1):21-46.
- Dinçer Ö. (2003). *Stratejik Yönetim Ve İşletme Politikası*, Beta Basım Yayın, İstanbul
- Drury, C. (2012). *Management and Cost Accounting*, Eight Edition, Cengage Learning EMEA, Canada.
- Ekholm, B. and Wallin, J.(2000). Is Annual Budget Really Dead, *The European Accounting Review*, 9(4), 521.
- Ergen, Z. (2021). *Ekolojik Dengeyle Uyumlu Yeşil Bütçeler ve Yerel Yönetim Uygulamaları*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 30 (2), 62-73.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., and Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Gavaz, N. (2010). Türkiye’de ki Sağlık Yönetiminde Hemşirelik Mesleğinin Durumu ve Geleceğinin Analizi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Hançer, N.C. (2018). *Modern Bütçeleme Teknikleri: Vatandaş Bütçesi ve Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye (Kamu Ekonomisi) Anabilim Dalı, Ankara.
- Hope, J. and Fraser, R. (2000). “Beyond Budgeting”, *Strategic Finance*, 82(4), 35.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2011). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1178.
- Kaygusuz, S.Y.(2002). Maliyet Yönetim Aracı Olarak Faaliyet Tabanlı Bütçeleme, *Active Bankacılık ve Finans Dergisi*, 4(24): 76.
- Koç Yalkın, Y.(1989). Yönetim Aracı Olarak İşletme Bütçeleri, 3. bs., Ankara, Turhan Kitabevi.
- Koç, N. (2017). “Katılımcı Bütçe Anlayışının Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Hitit Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1, 443-470..
- Kurtulmuş, S.(1998).Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Odabaşı Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- OECD (2020). Green Budgeting.

- Özen, A. ve Tapıcı, F. (2004). *Çocuklara Yönelik Bütçeleme Anlayışı ve Çeşitli Ülke Uygulamaları*, Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü Prof. Dr. Fevzi Devrim'e Armağan Kitap, İzmir.
- Sevgener, A. S., ve Hacırustemoğlu, R. (2000). *Yönetim Muhasebesi* (7. Baskı), Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Shim, J. K. - Siegel, J.G. and Shim, Allison I. (2001). *Budgeting Basics and Beyond*, Fourth Edition, John Wiley and Sons, Inc., New Jersey, 2001.
- Şeker, M. (2011). *Yerel Yönetimlerde Sosyal Bütçeyi İzleme Raporu*, Tesev Yayınları, İstanbul.
- Şenesen, G. (2008). Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Bütçeleme: Türkiye İçin Bir Değerlendirme, *Bütçe Sürecinde Parlamantonun Değişen Rolü Sempozyumu*, Afyonkarahisar.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 71-204.
- Velicangil S. (1985). *Halk Sağlığı Bilimi*, Gür-Ay Matbaası, İstanbul.