



T.C.
Avrasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği Anabilim Dalı

**ARTVİN KAMU HASTANELERİNDE ÇALIŞAN YÖNETİCİLERİN
İLERİ MALİYET YÖNETİMİ YAKLAŞIMLARI KONUSUNDAKİ
ALGILARININ BELİRLENMESİ**

Emel KARAKULLUKÇU

Yüksek Lisans Tezi

Trabzon 2016

**ARTVİN KAMU HASTANELERİNDE ÇALIŞAN YÖNETİCİLERİN İLERİ
MALİYET YÖNETİMİ YAKLAŞIMLARI KONUSUNDAKİ ALGILARININ
BELİRLENMESİ**

Emel KARAKULLUKÇU

Avrasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanları
Yrd. Doç. Dr. Osman YILDIZLAR
Yrd. Doç. Dr. Muhammed ARDIÇ (II. Danışman)

Trabzon 2016

KABUL VE ONAY

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ve Yöneticiliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde, Yrd. Doç Dr. Osman YILDIZLAR ve Yrd. Doç. Dr. Muhammed ARDIÇ danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Emel KARAKULLUKÇU tarafından hazırlanan "Artvin Kamu Hastanelerinde Çalışan Yöneticilerin İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımları Konusundaki Algılarının Belirlenmesi" başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun 24./08./2016 gün ve 2.6.... sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza
Unvanı Adı Soyadı
JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN
Avrasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dekani

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Osman Yıldızlar

Yrd. Doç. Dr. Muhammed Ardiç

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Muhammed Ardiç

Prof. Dr. Mehmet Tufekci

İmza
Unvanı Adı Soyadı
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Enstitü Müdürü

Yrd. Doç. Dr. Osman Yıldızlar

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

TEZ BEYANNAMESİ

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. (05/09/2016)

Emel KARAKULLUKÇU



ÖZET

KARAKULLUKÇU, Emel. Artvin Kamu Hastanelerinde Çalışan Yöneticilerin İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımları Konusundaki Algılarının Belirlenmesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 2016.

Hastanelerde dâhil olmak üzere tüm işletmelerin faaliyet kolları ne olursa olsun var oldukları sektörde devamlılıklarını sürdürme, kaliteli ve zamanında hizmet verebilme, düşük stok bulundurma, israfı önleme, mali disiplini sağlama, işletme verimliliğini takip ve kontrol edebilmeleri için maliyetlerini doğru belirlemeleri gerekmektedir.

Bu çalışmanın temel amacı Artvin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerde görev yapan mali yönetimle ilgili yöneticilerin maliyetlere bakış açıları, ileri maliyet yönetimi yaklaşımları konusunda bilgi düzeyleri ve bu yaklaşımlarının hastanelerde uygulanabilmesi üzerine algılarının belirlenmesidir. Bu amaçla sözkonusu hastanelerin mali işlerden sorumlu yöneticilerin tamamına yüzyüze anket uygulanmıştır.

Çalışmada; katılımcıların tamamına yakınının ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarını daha önceden duydukları, yüksek oranda ileri maliyet yönetimi yaklaşımları hakkında bilgiye sahip oldukları ve ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarının hastanelerinde uygulanabileceğini düşündükleri anlaşılmıştır. Ayrıca katılımcıların hastanelerde etkin maliyet ve performans sisteminin kurulmamasının hastane karlılığını ve maliyetleri olumsuz yönde etkilediği görüşünde oldukları ortaya çıkmıştır. Ancak söz konusu olumsuzluklara idari ve ilgili mevzuatlarda düzenlemeler yapmak suretiyle ileri maliyet yönetimi yaklaşımların çözüm üretilebileceği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Hastane Yöneticileri, Maliyet, İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımları

ABSTRACT

KARAKULLUKÇU, Emel. Artvin Advanced Cost Management Administrators Employees In Public Perception Of Hospital Approaches Concerning, Health Management And Administration, Master's Thesis About, Trabzon, 2016.

Including in hospitals all businesses operating arm maintain their continuity in the sector they are no matter what, to provide service quality and on-time, low stockpile, waste prevention, financial discipline, to be able to monitor and control operational efficiency is necessary to determine accurate costs.

Main purpose of this study is to determine knowledge level about advanced cost management approach of the managers who work in Artvin General Secreteriat of the Association of Public Hospitals affiliated hospitals and the possibility of the using of their approaches in the hospitals. For his purpose, it has been applied the method of negotiating face to face with all fiscal managers of the hospitals in question.

In this study; previously heard that the cost management approaches Almost all of the participants, a high proportion of the cost management approach that they have information about the hospital and advanced cost management approach is understood they think could be implemented. Participants of effective cost and performance of the system is not established hospital profitability and reduce costs so negatively profitability and costs that are determined to be of the opinion that rose. Finally it has been realized that advanced cost management approach could be good solution by making some arrangement in the field of the management.

Keywords: Hospital, Hospital Managers, Cost, Advanced Cost Management Approaches

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
KABUL VE ONAY	i
TEZ BEYANNAMESİ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ÖNSÖZ	x
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	4
1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖZELLİKLERİ	4
1.1. Sağlık Hizmetleri.....	4
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	5
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	8
1.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
1.3.1.1. Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri.....	9
1.3.1.2. Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	10
1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	10
1.3.3. Esenlendirici Sağlık Hizmetleri (Rehabilite Edici)	12
1.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	12
1.4. Hastane Kavramı, Sınıflandırılması Ve Rollerini	12
1.4.1. Hastane Kavramı	12
1.4.2. Hastanelerin Amaçları	14
İKİNCİ BÖLÜM.....	16
2. HASTANELERDE MALİYET VE MALİYET YÖNETİMİ	16
2.1. Maliyet ve Maliyet Yönetimi Kavramları	16
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Yönetimi ve Özellikleri.....	17
2.3. Hastanelerde Maliyetleri Belirleyen Unsurlar	19
2.4. Sağlık Kurumlarında Maliyetleri Etkileyen Faktörler	20
2.4.1. Sağlık İşletmelerinde Sunulan Hizmetin Niteliği.....	20
2.4.2. Sunulan Hizmet Türü	20
2.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Standardize Edilememesi.....	21
2.4.4. Hastanenin Türü Veya Uzmanlaşma Alanı.....	21
2.4.5. Hastane Büyüklüğü.....	22
2.4.6. Hastane Mülkiyeti.....	22
2.4.7. Sağlık Çıktılarının Belirlenmesi ve Ölçümünün Zor Olması	23
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	25
3. İLERİ MALİYET YÖNETİMİ YAKLAŞIMLARI	25
3.1. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme (FTM).....	26

3.2. Kıyaslama (Benchmarking)	29
3.3. Kalite Maliyetleri (KM).....	30
3.4. Dengeli Puan Kartı Yaklaşımı (Balanced Score Card)	34
3.4.1. Dengeli Puan Kartının Uygulanması	34
3.5. Hedef Maliyetleme(HM).....	36
3.6. Tam Zamanlı Üretim Maliyetlemesi(TZÜ)	37
3.7. Kaizen Maliyetleme	38
3.8. Değer Mühendisliği(DM)	40
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	41
4. ARTVİN KAMU HASTANELERİNDE ÇALIŞAN YÖNETİCİLERİN İLERİ MALİYET YÖNETİMİ YAKLAŞIMLARI KONUSUNDAKİ ALGILARININ BELİRLENMESİ	41
4.1. Çalışmanın Amacı.....	41
4.2. Çalışmanın Önemi	41
4.3. Çalışmanın Kısıtları.....	41
4.4. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	42
4.5. Veri Toplama Araçları ve uygulama	42
4.6. Çalışmanın Hipotezleri.....	43
4.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	43
4.8. Bulgular	44
4.9. Tartışma.....	56
SONUÇ	61
ÖZGEÇMİŞ	71
EKLER	72
EK.1. Veri Toplama Formu	72

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Etkili Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri	8
Şekil 2. Tedavi Hizmetleri Veren Kurumlar Ve İlişkileri	11
Şekil 3. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Süreçleri	28
Şekil 4. Faaliyet Tabanlı Maliyetleşmede Bilgi Akışı	29
Şekil 5. Kalite Maliyetinin Üretime Etkisi	31
Şekil 6. Dengeli Puan Kartı Uygulamalarında Etkili Olan Faktörler	35
Şekil 7. Kaizen Şemsiyesi	39
Şekil 8. Kaizen Yaklaşımı Unsurları.....	39



TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hastanelerde Maliyeti Etkileyen Unsurlar	19
Tablo 2. Genel Kalite Maliyet Modelleri ve Maliyet Kategorileri	32
Tablo 3. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4. Katılımcıların Pozisyon-Görev Durumları.....	44
Tablo 5. Katılımcıların Toplam Kıdem Yılı Dağılımları.....	44
Tablo 6. Katılımcıların Son Görevlerinde Mevcut Kıdem Yılı Dağılımları.....	45
Tablo 7. Katılımcıların Mezun Oldukları Bölüm/Programa Göre Dağılımları.....	45
Tablo 8. Çalışmanın Yapıldığı Hastanelerin Yatak Kapasitesi Dağılımı	45
Tablo 9. Katılımcıların İleri Maliyet Yaklaşımları Hakkında Düşünceleri	46
Tablo 10. Katılımcıların İleri Maliyet Yaklaşımları Hakkında Bilgi Edinme Yerlerine Göre Dağılımı.....	48
Tablo 11. İleri Maliyet Yaklaşımlarının Katılımcılar Tarafından Haberdar Olma Durumları.....	50
Tablo 12. İleri Maliyet Yaklaşımlarının Katılımcılar Tarafından Bilinip Bilinmemeye Durumları.....	50
Tablo 13. Katılımcılara Göre Hastanede İleri Maliyet Yaklaşımlarının Uygulanabilirlik Durumu.....	51
Tablo 14. Katılımcıların Hastanelerde Kârhlığı ve Maliyetleri Etkileyen Faktörler Hakkındaki Görüşleri.....	53
Tablo 15. İleri Maliyet Yaklaşımlarının Katılımcılar Tarafından Haberdar Olma Durumu Ortalaması	58
Tablo 16. İleri Maliyet Yaklaşımlarının Katılımcılar Tarafından Haberdar Olma Tek Örneklem T Testi	58
Tablo 17. İleri Maliyet Yaklaşımlarının Katılımcılar Tarafından Bilinme Durumu Ortalaması	58
Tablo 18. İleri Maliyet Yaklaşımlarının Katılımcılar Tarafından Bilinme Durumu Tek Örneklem T Testi	59
Tablo 19. Katılımcılara Göre Hastanede İleri Maliyet Yaklaşımlarının Uygulanabilirlik Durumu Ortalaması	59
Tablo 20. Katılımcılara Göre Hastanede İleri Maliyet Yaklaşımlarının Uygulanabilirlik Durumu Tek Örneklem T Testi	59
Tablo 21. Katılımcıların Hastanelerinde Karlılığı ve Maliyetleri Etkileyen Faktörler Durumu Ortalaması	60
Tablo 22. Katılımcıların Hastanelerinde Karlılığı ve Maliyetleri Etkileyen Faktörler Durumu Tek Örneklem T Testi	60

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DM	: Değer Mühendisliği
DPK	: Dengeli Puan Kartı
Ed	: Editör
FTM	: Faaliyet Tabanlı Maliyetleme
HM	: Hedef Maliyetleme
KM	: Kalite Maliyetleri
Ort.	: Ortalama
s.	: Sayfa
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Std. S.	: Standart Sapma
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TZÜ	: Tam Zamanlı Üretim

ÖNSÖZ

Günümüz piyasa şartlarında işletmelerin sektörde devamlılıklarını sürdürebilmeleri için maliyet yönetimine önem vermeleri gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteli ve zamanında hizmet vermek, düşük stok bulundurmak, israfi önlemek, mali disiplini sağlamak, işletme verimliliğini takip ve kontrol etmek için ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarını tatbik etmeleri gerekmektedir. Bu çalışma ile Artvin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerde görev yapan yöneticilerin ileri maliyet yönetimi yaklaşımları konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemeye çalışılmıştır.

Çalışmalarım sırasında kıymetli vakitlerini bizim için harcayan ve yardımları ile yanımızda bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr. Osman YILDIZLAR'a, yine çalışmamın yürütülmesinde büyük katkıda bulunan, her an desteğini gördüğüm Sayın Yrd. Doç. Dr. Muhammed ARDIÇ'a, sağladıkları imkânlarla, bu zorlu ve uzun süreçte her zaman sabırla, yanımda olan aileme sonsuz teşekkür ederim.

Emel KARAKULLUKÇU
Trabzon 2016

GİRİŞ

Sektörde ayakta kalabilmek, baş döndürücü şekilde gelişen iletişim ve ileri teknolojinin kullanılması, inovasyon ve sürekli değişen rekabet koşullarında sektörde üretim yapan ya da hizmet üreten günümüz işletmelerinin çevresi, sektörü ve iç dinamiklerini senkronize ederek kaynaklarını etkin ve verimli kullanmasını sağlayacak proaktif bir yaklaşımın benimsemesini önemli kılmaktadır. Politika belirleyicileri kamu işletmelerinin finansmanı ile ilgili politikalar geliştirerek, maliyeti düşürürken kaliteyi azaltacak düzenlemelerden kaçınmalıdırlar. Bu bağlamda maliyet yönetimi ile ilgili reel düzenlemeleri içeren politikalar üretilmesi önem arz etmektedir.

Günümüz zorlu rekabet ortamında işletmelerin karşılaştıkları ana sorunların başında kaliteli hizmet ya da mal üretememek, etkin maliyet belirleyememek ve mali yönetim eksikliği gelmektedir (Örnek, 2003:213). Yaşanılan bu sıkıntılar işletmelerin hizmet ya da mal üretiminde katlandıkları maliyetleri düzenlemelerinde ciddi sorunlara sebebiyet vermektedir. Sayılan bu unsurları minimize edilebilmesi için özellikle maliyet odaklı yönetim anlayışının benimsenmesi gerekmektedir.

Daha çok direkt maliyet hesaplamasını içeren geleneksel maliyet muhasebesi, günümüz şartlarına cevap veremez hale geldiği konusunda ciddi eleştirilere maruz kalmaktadır. Bu nedenle yeni maliyet yönetimi yaklaşımlarının değerlendirilmesi gerekmektedir.

1980'li yıllarda başlayıp günümüzde de gittikçe yaygınlaşan ve tercih edilen ileri maliyet yönetimi yaklaşımları işletmelerin mali açıdan etkin yönetilmeleri bağlamında önem arz etmektedir.

Odağında insan ve onun sağlığı olan sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli, adil, erişilebilir, güvenli ve etkin sunumu, toplumsal refahın bir göstergesidir. Bu önemli hizmetin verilmesinde personel ve teknik donanımın nitelik ve nicelik yönünden yeterli olması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri sağlayıcıları olan kamu ve özel sağlık işletmelerinin gerekli donanım ve altyapıya yatırımı yapmaları kaçınılmaz olarak görülmektedir (Altay, 2007:40). Günümüzde tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artan nüfus yoğunluğu nedeniyle artan tüketim çılgınlığının sağlık sektörüne

yansımaları sağlık harcamalarında yaşanan ciddi yükselişle kendini gösterirken; öbür yandan değişik birçok platformlarda sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik tartışmalar, üniversitelerde, politika üreticilerinin yanı sıra hem kamu sektöründe hem de özel sektörde artarak devam etmektedir.

Sağlık sektörü tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de diğer sektörlerle göre hızla büyümektedir. Son 15 yılda ülkemiz ekonomisindeki olumlu gelişmeler ve sağlık politikalarında yapılan yönetsel ve uygulamaya yönelik köklü reformlar sağlık hizmetlerinde hizmete erişebilirliği arttırmış, sağlık hizmetinin daha etkin ve kaliteli halde alınmasını sağlamıştır. Sağlık hizmetlerine talebin ivme kazanarak artış göstermesi, sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetlerin çeşitliliği, yüksek tıbbi teknolojiye ihtiyacın olması, emek yoğun işletmeler olması, personel sayısının artması ve profesyonelleşme oranının yüksek olması gibi unsurlar, sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran en önemli parametreler arasında sayılmaktadır.

Hastaneler; sağlık hizmetlerinde iş yükü anlamında sağlık hizmetinin büyük kısmını karşılayan, emek yoğun ve en karmaşık işletmeler olarak görülmektedir. Toplumların refah seviyesini işaret eden en önemli parametrelerden biride verilen sağlık hizmetinin nitelik ve nicelik açısından üst düzeyde olmasıdır. Teknolojik gelişmeler sağlık hizmeti alıcılarının beklenti düzeyinide yükseltmiştir. Bu durum hizmetin sürekliliği ve kaliteyi devam ettirebilmeleri için hastaneleri yeni mali yüklerin altına girmek zorunda bırakmıştır. Kamu hastaneleri sosyal devlet anlayışı içinde kar amacı hedeflememekte iseler de; verilen hizmetin etkinliği, zamanında sunulması, erişebilirliği ve beklentileri karşılaması için bir maliyete katlanmaları gerekmektedir.

Sağlık maliyetleri arttıkça hastalar için sağlık gittikçe önem kazanmaya devam etmekte ve aynı zamanda sağlık hizmetleri pazarı da bu süreçte çıkış noktası aramaya çalışmakta ve işte bu süreçte pazarlama yönetim ve ileri maliyet hesaplamaları da ön plana çıkmakta, ayrıca hasta memnuniyeti, markalaşma ve hastaların da programa dâhil edilmeleri yaşamsal önem kazanmaktadır (Tatarlı, 2007:6).

Hastanelerde sağlıklı ve doğru maliyetin doğru tespit edilmesi, israfı önleyerek maliyetlerin düşürülmesine, etkin gider planlamasını ve karar verme sürecinde yöneticilere yardımcı olmasını sağlayacağı için özel önem arz etmektedir. Bu durum

hastanelerde mali açıdan bir yönetimin gerekliliğini göstermektedir. Bu çalışma; hastanelerde görev yapan mali ve finans yönetimi ile ilgili yöneticilerin ileri maliyet yönetimi yaklaşımları konusunda bilgi ve algıları düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık hizmetleri ve özellikleri üzerinde durularak, sağlık hizmetlerinin tanımı, kapsamı, amacı ve sınıflandırılması konularında bilgiler verilmektedir.

İkinci bölümde maliyet ve maliyet yönetimi kavramlarına değinilerek, genel anlamda sağlık hizmetlerinde maliyet yönetimi konuları üzerinde durulmuş ve hastanelerde maliyetleri etkileyen faktörler ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde ise, günümüz ileri maliyet yönetimi yaklaşımları hakkında bilgiler verilmiştir.

Son bölüm olan dördüncü bölümde; Artvin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerde görev yapan mali yönetim ile ilgili yöneticilerin ileri maliyet yönetimi yaklaşımları konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik anket sorularına alınan cevapların analizi ve değerlendirilmesi yapılmıştır. Son olarak, çalışmadan elde edilen sonuçlara ve bunlara bağlı olarak geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖZELLİKLERİ

1.1. Sağlık Hizmetleri

Hastalıkların tedavisini ve sağlığın korunmasını sağlamak için kullanılan yöntemler, sağlık hizmetlerinin tanımı olarak kabul edilebilir. Toplumun ve bireyin sağlığının korunması, hastalıkları halinde tedavilerinin yapılması, iyileşmeleri sağlanmadığı durumlarda başkasına bağımlılık duymadan hayatını devam ettirebilmelerini sağlamak ve toplum sağlığının seviyesini yükseltmesini sağlamak için yapılması gereken işlemlerin tümü olarak anlatılmaktadır. Aynı zamanda devlet veya özel kurumların hastalıkların teşhisi tedavisi bakımı kişinin sağlığının korunabilmesi için sundukları hizmetleri de kapsamaktadır (Tatarlı, 2007:6). Bu hizmetin yürütülmesinde bakanlığın yönergesindeki insanların sağlığını bozan faktörlerin ortadan kaldırılması, hastalıkların tedavisinin sağlanması, kişilerin fiziksel ve psikolojik yeteneklerinin bozulması halinde rehabilitasyonun yapılması gibi çalışmaları da kapsayan süreç olarak tanımlanabilmektedir (www.ttb.org.tr, 2015).

Sağlık hizmetlerinin oluşturulmasındaki esas faktörler insanla ilgili olanlardır. Sağlık hizmetlerini sunanların tavır ve davranışları sağlık hizmeti kalitesini etkilemektedir. Sağlık Bakanlığı'na göre uzmanların, uzmanlık eğitimi alanların, eczacıların, psikologların, hemşirelerin, diyetisyenlerin vb. sektörün içinde yer alan mesleklerin birlikte yürüttüğü bir çalışma bütünü olarak, hastalara en üst seviyede, güvenli cihazlarla bakım ve tedavilerinin sağlanması, eğitim hastanesi olan kurumlarında bu görevi yerine getirdikleri yataklı tedavi kurumları olarak tanımlanabilmektedir (Gülmez, 2007:147). Başka kurumlara oranla, hastanelerin daha karışık çalışma yapıları vardır. İkinci ve üçüncü basamak olarak kabul edilen yapılardaki hastanelerin poliklinik hizmeti, laboratuvar hizmeti, görüntüleme ve ameliyat hizmetlerini de verdiği bilinmektedir. Bunun yanı sıra otel hizmetlerini de bu kurumlar vermektedir. Bütün bu hizmetler sağlıktaki yöneticilik hizmetlerini zorlaştırmaktadır (Sevinç, 2012:4).

Sağlık hizmetlerinde amaçlanan, sağlıklı, kaliteli, uzun süreli bir yaşamdır. Bu amaçlar şu şekilde de anlatılabilmektedir(Sözen ve Özdevecioğlu, 2002:2);

- Sağlığa olan talebin oluşmasını sağlamak,
- Nüfusun sağlık standardını yükseltmek,
- Bireyleri hastalıklardan korumak için önlemler almak,
- Hasta bireyleri kısa zamanda iyilik haline ulaştırmak,
- Hasta ve sakat durumdakilerin iyilik haline kavuştuktan sonra rehabilitasyonunu sağlamaktır.

Sağlık hizmetlerinin, sağlık kuruluşları tarafından verildiği bilinmektedir. Kişilerin en önemli haklarından olan sağlık hizmeti alma onun anayasal olarak ta da hakları arasındadır (Şahin vd., 2005:139).

Hastanelerin hizmet sürecini yerine getirirken modern yönetim anlayışını benimsemeleri gerekmektedir (Özkan, 2003:115). Son yıllarda hastaların farklı taleplerine cevap verebilecek doğrultuda çalışmalar yapan birimler oluşturulmaktadır (Özgen ve Öztürk, 1992:29). Hizmetin etkin ve güvenli bir şekilde verilmesi önce hastanelerde yönetim kademesindeki çalışanların proaktif yaklaşımı benimseyen, modern ve yenilikçi olmalarını gerektirmektedir.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerini sürdürülebilirliği için yönetim ve işletme süreçleri farklı ele alınarak bütün birimlerin tam katılımı gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetinin kalitesini birimlerin ekip çalışmalarındaki başarısı belirlemektedir (Sağnak, 2010:48).

Sağlık hizmetlerine ait nitelikler aşağıda sıralanmıştır (Pala, 2008:30).

- Sağlık hizmetlerinde tüketim tesadüfidir.
- Sağlık hizmetlerinin yerini dolduracak bir hizmet yoktur.
- Sağlık hizmetleri ertelenemez özelliktedir.
- Sağlık hizmetlerinde asıl rol hekime düşmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin davranışları değişkendir.
- Hizmeti alanların memnuniyetini önceden belirlemek güçtür.

- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşımakla beraber ve bu hizmet kamu ağırlıklı özelliği gösterir.
- Sağlık hizmetlerinin son ürünü paraya çevrilemez.
- Bunların dışında (garantisinin olmaması, önceden test edilememesi, hata tolere edilmemesi, hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açması, dışsal faydaya da zarar)

İnsanların sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyacağı belli olmaması sağlık hizmetlerini diğer hizmet kollarından ayıran en önemli unsurdur. Ayrıca maliyeti baştan belirlenmemektedir. Sağlık hizmetleri sadece belirli bir gruba ait bir hizmet olmadığı için devlet sağlık hizmetlerinden tamamen kendini soyutlayamaz. Sağlık hizmetlerinin dışında kalan hizmet kollarında alınan bir malın değeri yüksek olunca tüketici bu malın yerine diğer malları kullanabilme şansına sahiptir. Yani ikame etme yoluna(yerine koyma) gidebilir. Ama sağlık hizmetlerinde böyle bir durum söz konusu değildir. Sağlık hizmeti alıcısı doktorun kendisine verdiği hizmeti almak zorundadır.

Sağlık hizmeti alma insanın en temel haklarından birisidir. Sağlık güvencesi olmayan ya da parasal karşılığı aldığı hizmeti ödeyemeyenlere bu hizmetin verilmemesi söz konusu değildir.

Sağlık hizmetlerinde talep edilen hizmet kullanımı ertelenemez. Sağlık hizmetlerinde tedavinin başarısı erken tanı ile doğru orantılıdır. Sağlık hizmetlerine erişim, hizmet alıcılarının tedavi olma oranlarını etkilemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetine erişebilmekte bir engel olmadan kişi sağlık hizmetlerine ulaşabilir olmalıdır (Mutlu ve Işık, 2012:96).

Tam rekabet ortamında kişilerin piyasa hakkındaki bilgilere çok düşük maliyetlerle ve kolaylıkla ulaşabilmeleri mümkündür. Satın alınması ihtimali olan farklı hizmetlerden kendisine ne tür fayda sağlayacağını hesap edilebilmesi kişinin, piyasa hakkında tam bilgiye sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Tüketicinin ilgili ürüne ödemeyi göze aldığı fiyatla bu durum doğrudan ilişkilidir (Kurtulmuş, 1998:52). Fakat böyle bir durum sağlık hizmetlerinde söz konusu değildir.

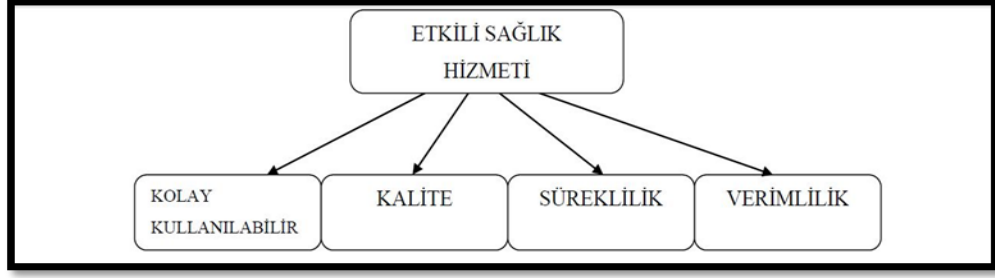
Hekim ile hastasının arasında bilgi asimetrisinin olması sağlık hizmetini diğer hizmet kollarından izole eden önemli unsurlardan birisi olarak karşımıza çıkarmaktadır. Sağlık hizmeti alıcıları aldıkları hizmetlerin içeriği ile ilgili yeterli bilgiye sahip değildirlir. Tedavi sürecinde yaşananlar, yöntem, uzmanlık alanları gibi temel unsurlarda sağlık hizmeti alıcıları yeterli bilgiye sahip olmamaktadırlar. Sağlık hizmetleri birbiri ile organik bağ halinde ilişkili olan birçok sürecin koordineli olarak çalışması gereken hizmet koludur (Kurtulmuş, 1998:52).

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran bir diğer unsur ise fiyat oluşma mekanizmasıdır (Kurtulmuş, 1998:52). Sağlık hizmetinde çıktılarının tamamı, kara çevrilemez. Hizmet alıcısı iyileşebilir, sakat kalabilir ya da hayatını kaybedebilir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya dönüştürülemez. Sağlık hizmetleri evrensel hizmetlerdir, özel sektör sağlık hizmeti sunucuları dışında bu hizmeti veren diğer işletmeler kar amacı gütmeyip sosyal amaçlı kurumlardır (Mutlu ve Işık, 2012:96).

Sağlık hizmeti sunucuları kapasitelerini talebin maksimum olduğu seviyeye göre belirlemek zorunda olmalıdırlar. Sağlık hizmetlerinde talebin oranı belirlenememektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin depolanamaması ve rezerve edilemez özelliğe sahip olması bu sektörde her an hazırlıklı olmayı gerektirmektedir. Bu hazırlık gerek mekânsal gerek donanım, malzeme ve iş gücü alanlarını kapsamalıdır (Menderes, 1995).

Sağlık hizmeti sunucuları ileri teknolojinin kullanıldığı ve emek yoğun işletmelerdir. Bu durum hizmet sunumunu yüksek maliyetli hale getirmektedir. Sağlık hizmetleri hata kabul etmez. Çünkü yaşanacak bir hata doğrudan hastanın ölümüne sebebiyet verebilir. Sağlık hizmetleri sunumunda garantiden söz edilemez (Mutlu ve Işık, 2012:96).

Etkin bir sağlık hizmetinin zellikleri Şekil 1’de gösterilmeye çalışılmıştır.



Şekil 1. Etkili Sağlık Hizmetlerinin Temel zellikleri (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007:65)

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin kabul gören sınıflandırma Şekli aşağıda belirtilmiştir (Somunoğlu vd., 2012:11);

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri,
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,
- Esenlendirici Sağlık Hizmetleri (Rehabilite Edici),
- Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleridir.

Dünyada birçok ülkede daha öncesinde sağlık hizmetleri, hastaların tedavi edilmesi yönünde gelişmiş ve daha çok tedavi edici hizmetlerin ortaya çıktığı görülmüştür. Bu durumun yanı sıra ilerleyen yıllarda hastalığa sebep etkenler araştırılarak çevrenin sağlığı, enfeksiyon ajanları ile mücadele ve bireysel hijyeni de içerisine alan konular da önem kazanmaya başlamıştır. Bu durum sağlık hizmetlerinin farklı yönlerde gelişmesine neden olmuştur. Bu gelişmelere göre sağlık hizmetlerinin tanımı ‘‘sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümü’’ Şeklinde yapabilir (Akdur, 1998:5).

Koruyucu sağlık hizmetleri toplumun bütününe yöneliktir. Sağlık koşulları ve sağlığı bozacak etmenlerin yok edilmesini kapsar. Koruyucu sağlık hizmetini devlet karşılıksız olarak gerçekleştirmektedir. Kişinin sağlığı bozulduğunda kişilere verilen muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon tedavi edici sağlık hizmetleridir. Alınacak sağlık önlemlerine rağmen oluşan hastalık durumunda erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ve hastanın kısa sürede sağlığına kavuşması, tedavi edici sağlık hizmetinin amacıdır (Tengilimoğlu, 2000:14).

1.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Tehlikelerin kendilerine karşı bir mücadele şekli olan koruyucu sağlık hizmetleri, temelde birey ve toplumun güvenliğine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır (Hayran ve Sur, 1998:22). Koruyucu sağlık hizmetleri kamu sosyal devlet anlayışı ile insanların ekonomik seviyesi dikkate alınmadan tüm toplumu kapsayan, toplumda hastalık riskini azaltmayı ve sağlık düzeyi yüksek bir toplum oluşturmak amacıyla, kamu hizmeti olarak verilmektedir. Hastalığa yakalanmadan verilen bütün hizmetler koruyucu sağlık hizmetleri içinde yer almaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:96).

Koruyucu sağlık hizmetlerini iki ana başlık altında inceleyebiliriz. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; bireyin sağlığını korumak, geliştirmek amacını gerçekleştirmek için verilen hizmetler olarak karşımıza çıkmaktadır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise; çevrenin sağlıklı yaşama uygun hale getirilmesi için gerçekleştirilen faaliyetleri kapsamaktadır.

- Tedavi edici hizmetlere göre daha etkili ve ucuzdur.
- Uygulanması daha kolaydır.
- Sunumunda fazla araç-gereç ve personele ihtiyaç yoktur.
- Görevli personelin niteliğinin çok yüksek olması gerekmez.
- Kullanılan teknoloji basit, dolayısıyla ucuzdur.
- Hastanelerin hasta yükünü azaltır.
- İş gücü kaybını en aza indirir.

1.3.1.1. Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri

Hastalıklara erken tanı koymak, zararsız ya da en az zararlı tedavi etme, toplumu ve bireyi hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü olmayı amaçlayan hizmetler bu grup altında toplanmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:96). Bu hizmetler sağlık çalışanları tarafından yapılan ve “doğrudan bireye odaklı” olan hizmetleri içermektedir. Bu hizmetlerden bazıları (Ateş, 2011:22);

- Erken tanı ve uygun tedavi

- İlaçla koruma
- Sağlık eğitimi
- Kişisel hijyen
- Aşılama
- Beslenmenin iyileştirilmesi
- Sağlığa zararlı alışkanlarla mücadele ve ruh sağlığı
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması şeklinde sıralanmıştır.

1.3.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığı olumsuz etkileyebilecek biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal unsurları ortadan kaldırarak çevreyi yaşanabilir hale getiren faaliyetleri kapsar. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen vb. gibi bu konuda özel eğitim görmüş meslek mensupları tarafından yürütülür (Mutlu ve Işık, 2012:96).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin bir kısmı aşağıdaki gibi sıralanabilir (Ateş, 2011:22);

- Güvenilir su kaynaklarının sağlanması ve denetimi,
- Katı atıkların denetimi,
- Zararlı canlılar ile mücadele,
- Besin kontrolü ve güvenliği
- Hava kirliliğinin denetimi,
- Radyolojik zararların denetimi,
- İş sağlığı,
- Gürültü kirliliğinin denetimi,
- Yaşam alanı sağlığıdır.

1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, “kaza veya yaralanma gibi durumların meydana gelmesinden sonra bunların ortadan kaldırılması ve ölümlerin olmasını engellemek amacıyla doktorlar ve diğer sağlık çalışanları tarafından yapılan teknolojiye de

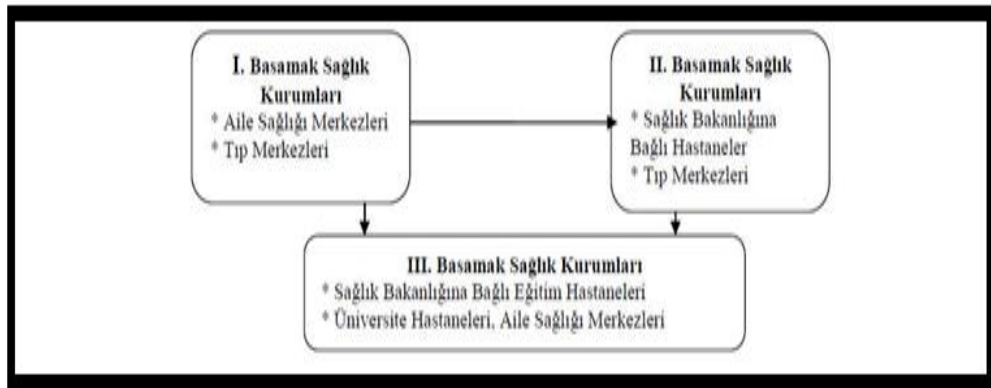
faaydalanılarak verilen tüm sağlık hizmetleri” olarak tanımlanmaktadır (Ateş, 2011:22). Bu hizmetlerin koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli özelliği, “hizmetlerin kişileri direkt ilgilendirmesidir.” (Öztek, 2001:294).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, Şekil 2’de de görüleceği üzere; birinci seviye, ikinci seviye ve üçüncü seviye sağlık hizmetleri olarak ele alınmaktadır (Ateş, 2011:22).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; Kişilerin hastalık esnasında evde ya da ayaktan yapılan sağlık hizmetleri olarak açıklanmaktadır. Aile Hekimlikleri, Toplum Sağlığı Merkezleri vb.

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri; Kişilerin hastalıkları esnasında yataklı tedavi hizmeti veren kuruluşlarda yapılan sağlık hizmetleri olarak açıklanmaktadır. Birinci seviye tedavi edilemeyen ya da doğrudan başvuruda bulunan hasta kişilerin tedavisinin yapılması için gereken hizmetleri kapsamaktadır.

çnc Basamak Sağlık Hizmetleri; İkinci seviye sağlık birimlerinden tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisinde sevk ile ileri teknolojinin kullanıldığı ve belirli dallarda uzmanlaşmış hastane hizmetlerinin verilmesi olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’de ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, onkoloji hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, niversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazılarıdır.



Şekil 2. Tedavi Hizmetleri Veren Kurumlar ve İlişkileri (Şahin ve Demircan, 2008:38)

1.3.3. Esenlendirici Sağlık Hizmetleri (Rehabilitasyon)

Hastalık, sakatlık, yaralanma gibi durumlarda hastalarda tam iyileşme gerçekleşmemektedir. Bu durumda kişinin tekrardan fiziksel ve mental yönden kendi işini yapabilir hale getirilmesi gerekmektedir. Esenlendirici sağlık hizmetlerine bu gibi durumlarda gerek duyulmaktadır (Ateş, 2011:22). Diğer taraftan esenlendirici sağlık hizmetleri bireylerin tekrar topluma kazandırılması, ekonomik ve sosyokültürel yönden desteklenmesi açısından son derece önem taşımaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007:65).

1.3.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Kavuncubaşı sağlık geliştirilmesi hizmetlerini, “fiziksel ve mental sağlık durumunun geliştirilmesine yönelik verilen ve sağlıkla ilgili yaşam şartlarının artırılmasını hedefleyen hizmetler” olarak tanımlamaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007:65).

Bu konuda ana sorumluluk kişiye verilmekte olup, sağlık geliştirilmesi için yapılan bütün faaliyetlerin nihayetinde topluma doğru sağlık davranışlarının benimsenmesi amaçlanmaktadır.

1.4. Hastane Kavramı, Sınıflandırılması Ve Roller

1.4.1. Hastane Kavramı

Tıp tarihinin başlaması insanlık tarihinin başlaması ile eş zamanlıdır. Hastalıkların tarihi geçmişine bakıldığında, insanların hastalıklara doğaüstü güçlerin yol açtığına inandıkları ve hastalıkların tedavisinde kullanılan yöntemlerin dini özellikler gösterdiği görülmüştür. Hastanelerin, “...dinler etkisiyle kimsesiz ve miskinlerin gönüllü bakıldığı kuruluşlar olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Bu alanlar hastane olmamalarına rağmen, sağlığı bozuk insanlara bakım hizmetinin verildiği yerler olarak kabul edilmişlerdir.” (Akay, 2007:8). Hastalıkların tedavisinde dinsel törenler, büyü, sihir gibi yöntemlere başvurulmuş, hastalıkların tedavisi için bitkiler kullanılmıştır. Hastaneler dini nitelikli hayır evi veya düşkünler evi şeklindeki kurumlar olarak hizmet vermiştir. İnsanoğlunun bilgi birikiminin ve teknolojinin artması ile hastaneler, dinsel sistemlerin sınırlarını aşarak, bilimsel yöntemlerin uygulandığı kurumlar haline

alabilmiştir. Hastanenin kelime anlamı "...latince hostel, hotel, host, hospica köklerinden gelmektedir." (Sözen, 2003:100). Adında da anlaşıldığı gibi hastanelerde hoşgörü anlayışı egemendir. Hastanede çalışan sağlık personeli görevini kutsal sayarak maddi çıkarlar gözetmeksizin hastalarına şefkatle yaklaşmaktadırlar. Hastaların acılarının dindirilmesi çalışanlar için en büyük güdüleme kaynağı olmaktadır.

Günümüz hastanelerinde, hastaların bakım ve tedavileri bilimsel yöntemler ışığında yapılmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde ifade edildiği gibi yataklı tedavi kurumları "Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır." şeklinde tanımlanmaktadır (www.mevzuat.gov.tr, 2016). Hastaneler sadece hastalıkların tedavi edildiği yerler değildir. Ayrıca hekim ve sağlık personelinin yetiştirildiği, tıbbi araştırmalarının yapıldığı bir eğitim ve araştırma merkezidir. "Dünya Sağlık Teşkilatı hastaneleri, müşahede teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır." (Seçim:2016) Son yıllarda hastaneler, bulunduğu bina içinde hizmet vermekten öteye gitmiş, evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan yatalak, felçli hastalarla, ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara tıbbi bakım, rehabilitasyon ve psiko-sosyal destek sağlamak için evde ve aile ortamında hizmet vermeye başlamıştır.

Hastaneler, çok sayıda profesyonel, yarı profesyonel ve profesyonel olmayan meslek grubunun sağlık hizmeti sunmak için bir araya geldiği kurumlardır. Bu meslek grupları, kendi faaliyet alanı içindeki görevleri yerine getirmektedir. Laboratuarda çalışan bir laborantın doğru tahlil yapmaması neticesinde, hekimin hastanın teşhisini yanlış koyması, hekim tarafından order edilen tedavinin hemşire tarafından zamanında yapılmaması durumunda hastanın tedavisinin uzaması, diyetisyenin hastaya uygun diyet programı yapmaması neticesinde, hastanın şekerinin çıkması, hastane müdürünün zamanında tıbbi malzeme temin etmemesi durumunda tedavinin aksaması gibi birbirine bağlı hastane süreçlerinden herhangi birinde kopukluk olması durumunda, sunulan sağlık hizmeti aksayabilmektedir (Çakır, 2014:15).

Hastaneler sağlık hizmeti sunan kurumlar içerisinde en kompleks ve en karmaşık kurumlardır. Dış evre ve diğer sistemlerle sürekli etkileşim halindedirler. Hasta ve hasta çevresinin tutum, davranış ve alışkanlıkları, eğitim ve bilinç düzeyi, sağlık politikaları, sosyal güvenlik sistemi, sağlık alanında yapılan hukuki düzenlemeler, mevzuatlar ve personel durumu hastanede sunulan sağlık hizmetlerini etkileyebilmektedir. Hastaneleri "...her türlü sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak kesintisiz üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yrtldği, kr gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında vreden etkilenen ve vreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip, yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendine göre değişik özellikler gösteren bir hizmet işletmesi eşitdi veya hastalara hizmet vermeye yönelmiş bir otel türü olarak tarif etmek mümkündür." (Ak,1990). Genel olarak hastaneler, hastalara tıbbi tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren, çok sayıda meslek grubunun bir arada çalıştığı tedavi, eğitim ve araştırma merkezi, aynı zamanda, otelcilik hizmetlerinin verildiği bir işletme ve sosyal kurum olarak tanımlanmaktadır (akır, 2014:15).

1.4.2. Hastanelerin Amaçları

Hastaneler hastalıkların teşhis ve tedavi edildikleri kurumlardır. Bunun yanında hastanelerin birçok amacı bulunmaktadır. " R.E.Brown, hastaneleri belli amaçları yerine getirebilmek için dokuz ayrı kuruluş yanından oluşturulmuş bir örgüt biçiminde tanımlayarak, onların; tedavi hizmetlerini gerçekleştirdikleri için tıbbi bir kuruluş, yöntemlerinde ekonomilerinin asıllarının geçerli olması nedeniyle ekonomik bir işletme... sağlık personelinin eğitimlerindeki rolleri nedeniyle eğitim kurumu, araştırmaya olan katkıları nedeniyle bir araştırma kurumu, belli meslek gruplarından kişilerin çalıştığı ve bu gruplar arasında amaç ayrıcalıkları bulunması nedeniyle mesleki bir örgüt... gereksinimi olan her kişiye hizmet sunmaları nedeniyle sosyal bir kurum, belirli bir coğrafi bölgeye hizmet götürmesi nedeniyle toplumsal bir girişim, devletin... denetiminden ötürü bir kamu kuruluşu... toplumun yardımlarıyla çalışmalarını sürdürmelerine göre bir hayır kurumu niteliklerini taşıdığını savunmaktadır." (Alpugan, 1995:158). Bu tanıma göre hastanelerin, çok sayıda meslek grubunun bir arada olduğu karmaşık ve i içe geçmiş hizmetleri sunduğu kompleks yapılar olduğu söylenbilir.

Hastanelerin en önemli amacı, hastalara düzenli bakım ve tedavi sağlayarak onların beklentilerini karşılamaktır. Ayrıca topluma sunduğu koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri nedeniyle sosyal sorumluluk amacı olan kurumlardır. "...hastanelerin esas amaç fonksiyonu, belirli düzeydeki sağlık hizmetlerini en düşük maliyetle ve maksimum nicelikte üretebilmek" olarak tanımlanmaktadır (Menderes, 1995). İşletmelerin kuruluş amaçlarından olan kârlılık, sosyal sorumluluk, süreklilik hastanelerin genel amaçlarındandır. Sağlık hizmetleri vazgeçilmezdir ve toplumun tüm fertlerine ulaştırılması gerekir. Hastanelerin sağlık hizmeti üretirken, işletmeler gibi finansal açıdan dengede olması gerekmektedir. Bu da hastanelerin sağlık hizmetini üretirken, en az maliyetle maksimum hizmet üretmesine bağlıdır. Hastanelerin sosyal sorumluluk bilincinden uzaklaşmadan, işletme yönetim bilimi esaslarına göre işletilmesi gerekmektedir. Çünkü hastanelerin genel amaçlarından birisi de sosyal sorumluluktur. Sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve ertelenemez oluşu nedeniyle hastanelerin, ihtiyacı olan her bireye adalet ve hakkaniyet ilkeleriyle sağlık hizmeti sunması gerekmektedir. Ülkemizde uygulanan sağlık politikaları sonucunda engelli, kimsesiz, yoksul, yaşlı ve mülteci her vatandaş, sosyal güvencesinin olup olmadığına bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden faydalandırılmaktadırlar (Çakır, 2014:15).

İKİNCİ BÖLÜM

2. HASTANELERDE MALİYET VE MALİYET YÖNETİMİ

Bu bölümde maliyet ve maliyet yönetimi kavramlarına değinilecek, genel anlamda sağlık hizmetlerinde maliyet yönetimi konuları üzerinde durulacak ve hastanelerde maliyetleri etkileyen faktörlere değinilecektir.

2.1. Maliyet ve Maliyet Yönetimi Kavramları

Maliyet, bir malın temin edilmesi ya da bir hizmetin yerine getirilmesi için, doğrudan doğruya yahut dolaylı olarak katlanması gereken masrafların toplamıdır. Genel anlamda maliyet, mal ya da hizmet üretiminde amaçlanan hedefe varmak için işletme tarafından karşılanması gereken parasal fedakârlıkların toplamıdır (Özdemir, 2016).

Bu tanımlar bize sahip olunmak istenen her mal ya da hizmet için ayrı ayrı maliyetin olması gerektiğini belirtmektedir (Büyükmirza, 2012). Bu tanımlara göre bir maliyetten söz edebilmek için mal ya da hizmete sahip olunmasına yönelik faaliyetin gösterilmesi ve parasal olarak da bir değerin belirlenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Maliyet kavramını “bir malın ya da hizmetin üretilmesi için yapılan tüm harcamaların toplamı” olarak da tanımlayabiliriz.

Sağlık hizmetlerinde maliyet kavramı da benzer şekilde tanımlanabilmektedir. Sağlık hizmetleri içindeki maliyet kavramını daha iyi anlamak için ilgili maliyetlerin gruplandırılarak yapılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerindeki maliyet 3 grupta değerlendirilir (Özgen ve Tatar, 2007:111): Bunlar sırası ile doğrudan maliyetler, dolaylı maliyetler ve maddi olmayan maliyetlerdir. Doğrudan maliyetler; verilen sağlık hizmeti ile doğrudan ilgilidir ve çoğunlukla piyasa fiyatları üzerinden hesaplanır. Örneğin ayaktan hasta başvuruları, konsültasyonlar, medikal ilaç ve sarf malzemeleri, görüntüleme vb.

Dolaylı maliyetler; sağlık hizmetlerinde tıbbi hizmetlerle doğrudan ilgili olmayan ve hastanın veya refakatçisinin işgücü kaybı nedeniyle meydana gelen maliyetlerdir. Bu gibi maliyetlerde çoğunlukla piyasa fiyatları oluşmadığı için maliyetlerinin tespit edilmesini zorlaştırmaktadır. Maddi olmayan maliyetlere; hasta ve yakınlarının hizmete erişiminde ödedikleri nakit ödemeler ve diğer kamusal harcamalar girmektedir. Bu maliyet türünün tespiti de oldukça güçtür (Özgen ve Tatar, 2007:112).

Maliyet yönetimi, bir işletmede ürün ve işlemleri geliştirmek amacıyla organizasyon yapmak, ölçmek, değerlendirerek analiz edip geri bildirim yapmak için seçilen yöntem ya da teknik olarak ifade edilebilir (<http://muhasebeturk.org>,2016). Maliyet yönetimi genel anlamda ürün ve hizmet maliyetlerini doğru bir şekilde belirlemek, işlemleri geliştirmek, israfın önüne geçmek, ilgili faaliyetleri planlama ve tanımlama süreçlerini içine alan bir yönetim tekniğidir (Yüzbaşıoğlu, 2004;Özkan vd., 2013).

Yapılan tanımlara bakıldığında maliyet yönetimi günümüz klasik muhasebe işlemlerinden oldukça farklılaşarak işlevsel bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Maliyet yönetimi, ham madde tedarikinden üretime, arge çalışmalarından depolama vb bir işletmede olması gereken ana süreçlerin etkin bir organizasyon yapısı ile yönetimi şeklinde değerlendirilmektedir (Ardıç, 2010:14).

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Yönetimi ve Özellikleri

Rekabet tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de önemini hissettirmektedir (Özkan vd., 2013). Bu sektörden hizmet alanların hizmet kalitesi ve etkinliği açısından sürekli ve hızlı bir değişim içinde olması, sağlık hizmetlerinin bilişim ve teknolojik gelişmelere kısa manada ayak uydurması, yeniliklere açık bir sektör olması ve organizasyonun yönetimi yönünden kendine has özellikleri olması diğer sektörlerden kendini açık ara ön plana çıkarmaktadır. Bu özelliklere sahip olan sağlık hizmetleri ve bu alanda hizmet veren hastanelerin sektörde devamlığını sürdürebilmesi oldukça güç görünmektedir. Kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti vermek için kurumsal finansal sürdürülebilirliğin sağlanması gerekmektedir.

Hastanelerin sektörde ayakta durabilmesi için etkili bir maliyet yönetimi sergilemeleri zorunlu kılmaktadır. Ayrıca bu yönetim hastane yönetimi tarafından da önemsenmesi ve özümsemi gerekmektedir (Özgener,2008:346).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde lokomotif görevi gören hastanelerin kendine özgü bir dizi özellikleri bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (Özgülbaş ve Tarcan, 2013:42);

- Hizmet üretimi ve tüketimi aynı anda gerçekleşmektedir.
- Hizmetin depolanması (stoklanması) mümkün değildir.
- Müşteriye özgü hizmet verilir.
- Müşteri üretim sürecine katılır.
- Üretim (hizmet) soyuttur, elle tutulmaz ve gözle görülmez niteliktedir.
- Emek yoğun teknoloji kullanılmaktadır.
- Teknoloji yoğundur.

Sağlık hizmetleri ve hastanelerin özelliklerine kısaca değinmek gerekirse, sağlık hizmetleri teknoloji ve emek yoğun işletmeler olmasının yanı sıra, verilen hizmetin insan faktörüne dayanması nedeniyle arzı pahalı bir özelliği vardır. Sağlık hizmetlerinde teknolojinin kullanımı hem çeşitlilik hem de oransal olarak oldukça fazladır. Ayrıca kullanılan teknoloji oldukça pahalıdır. Kullanılan teknolojinin takip edilmesi sektörde sürekliliği sağlama açısından ve rekabet unsuru olası açısından önemlidir.

Hastaneler sadece tedavi hizmetleri vermemekte, bunun yanında koruyucu sağlık hizmetlerini, araştırma ve geliştirme çalışmalarının yapmalarından dolayı hizmet alanında kendi için de farklılaşmaktadırlar. Örneğin eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri, dal hastaneli, vakıf hastaneleri, özel hastaneler gibi sıralanabilir. Bu sınıflandırılma hastanelerin farklı mali profillerini de ortaya çıkarmaktadır. Görüleceği üzere sağlık hizmetlerinde verilen hizmet çeşitliği ve kullanılan malzeme ve iş gücünün fazlalığı maliyetlerin doğru hesaplanmasını ve minimize edilmesini zorlaştırmaktadır.

Yukarıda sayılan farklı grup sağlık işletmeleri kaçınılmaz olarak farklı sayıda ve özellikte iş gücüne gerek duymaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin her aşmasında sağlık

profesyonellerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sektörde uzmanlaşma oldukça yüksektir. Bu durum verilen hizmetin doğal olarak maliyetini de artmasına neden olmaktadır.

2.3. Hastanelerde Maliyetleri Belirleyen Unsurlar

Hastanelerde dâhil olmak üzere tüm işletmeler ne tür faaliyete bulunuyorlarsa bulunsunlar var oldukları sektörde devamlılıklarını sürdürebilmek için maliyetlerini etkin bir şekilde denetlemeleri ve kontrol altında tutmaları gerekmektedir. Ülkemizde kamu hastaneleri doğrudan kar amacı gütmeyen hizmet vermektedirler ancak, özel hastanelerin kar amacı güderek hizmet vermeleri maliyetlerin kontrolü açısından verilen hizmetin sürekliliği sağlamak için önemli olarak değerlendirilmektedir. Bu durum hastanelerde maliyetlerin somut şekilde belirlenmesini ve etkin bir şekilde yönetilmesini gerektirmektedir.

Hastanelerde maliyetleri belirleyen unsurlar tablo 1 de belirtilmiştir (Karşlıoğlu ve Çam, 2008:16).

Tablo 1. Hastanelerde Maliyeti Etkileyen Unsurlar

Maliyet Unsurları	Maliyetler
Direkt personel	Sağlık profesyonellerin maaşları ve döner sermayeden aldıkları paylar
Endirekt personel	Temizlik, güvenlik, hasta bakıcı, tıbbi sekreter, idari işler, şoför ve benzeri diğer personelin giderleri
Tıbbi sarf malzeme	Tıbbi ilk madde ve malzemeler
Genel sarf malzeme	Genel ilk madde ve malzemeler
İlaç	Her türlü ilaç ve benzeri malzemeler
Isınma	Her türlü ısınma cihazları giderleri
Enerji	Kullanılan makine ve teçhizat enerji giderleri, her türlü aydınlatma giderleri
Yolluklar	Hastane tarafından görevlendirilmiş personel ait süreli ve gezici yolluk giderleri
Endirekt üretim	Bina, makine ve teçhizat amortismanları, düzenli bakım onarım giderleri, haberleşme giderleri ve diğer çeşitli giderler
Dış kaynak kullanımı	Hastane yapısına göre yemekhane giderleri, temizlik ihtiyacı veya dışardan sağlanan güvenlik hizmetleri ve benzeri giderler
Yatak hizmetleri	Hasta ve refakatçisi için her türlü yatak maliyetleri (yataklı sağlık hizmeti veren hastaneler için geçerli)

2.4. Sağlık Kurumlarında Maliyetleri Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetleri odağında insan olan ve bu insanlara hizmet üreten emek yoğun işletmelerdir. Sağlık hizmeti veren işletmelerin diğer işletmelerden farklı olarak kendine özgü özelliklere sahiptir. Sağlık işletmeleri hizmet verirken birçok iç ve dış faktörlerden etkilenmektedirler. Bu etkileşim işletmelerin maliyet yönetimini de etkilemektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin lokomotif gücü olan hastanelerde maliyet yönetimimi etkileyecek faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz.

2.4.1. Sağlık İşletmelerinde Sunulan Hizmetin Niteliği

Hastaneler, gerek koruyucu gerekse de tedavi edici, eğitim ve araştırma faaliyetlerini bir arada sunabilen işletmelerdir. Verilen hizmetin çeşitliliği ve birbirleriyle olan yakın ilişkili olması ve bu ilişkinin kesin olarak ayrılmasını maliyetlerin yönetimini zorlaştırmaktadır.

Hastanelerde verilen hizmetlerin odağında insan olması ve bu insanların sağlık sorunlarının çeşitlilik göstermesi, özellikle de tedavi sürecinde hastalığın seyri, operasyonun çeşidi, komplikasyonlar, yapılan laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri gibi hususlar maliyet yönetimini zorlayan nedenler olmaktadır (Garan, 2016).

2.4.2. Sunulan Hizmet Türü

Hastaneler genellikle verdikleri tedavi hizmetinin türüne, hastaların hastanede kalış sürelerine, mülkiye türüne ve yatak kapasitelerine göre sınıflandırılabilir. Ayrıca verdikleri hizmetin türüne göre de genel ve özel dal hastaneleri olarak iki gruba ayrılmaktadır. Görüleceği üzere hastanelerin çeşitlilik göstermesi kullanılan girdi türünün ve çıktılarının farklılık arz etmesinden dolayı maliyet yönetiminde güçlüklerin yaşanmasına neden olmaktadır (Seçim:2016).

2.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Standardize Edilememesi

Üretim faaliyeti gösteren herhangi bir işletmede üretim sürecinin standardize edilebilmesi üretim çıktısının maliyetinin belirlenmesi oldukça kolay olmasına rağmen, sağlık işletmelerinden hizmet alan hastaların her biri ayrı bir üretim çıktısı gibi düşünülmelidir.

Sağlık hizmeti alıcılarını hizmetten talepleri farklılık göstermektedir. Bir sağlık işletmesine başvuran hizmet alıcı, farklı şikâyet ve sağlık durumu ile başvuracağından verilen hizmetin standardize edilmesi de oldukça güç olmaktadır. Bu durum işletme maliyetlerin hesaplanmasında ve yönetiminde sorunlara sebebiyet vermektedir (Seçim:2016).

2.4.4. Hastanenin Türü Veya Uzmanlaşma Alanı

Sağlık işletmelerinde insan kaynakları planlaması için geniş yelpazede meslek grubunda yetişmiş sağlık profesyonellerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sağlık kurumlarında özellikle de hastanelerde yüksek derecede uzmanlaşmayı gerektirmektedir. Teknolojinin ve tıp bilimindeki hızlı değişim, uzmanlaşma düzeyini pozitif yönde artıran faktörlerin başında sayılmaktadır (Garan, 2016). Bu durum, sağlık hizmetlerinde kullanılan yüksek girdi çeşitliliğine neden olmakta ve uzman iş gücü ihtiyacını artırmaktadır. Bu gibi durumlar maliyetin artmasına sebebiyet vermektedir.

Maliyetlerin artmasına sebep olan bir diğer faktör ise hastane türüdür. Hastaneler hizmet verme türüne göre genel ve özel dal hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır. Genel hastaneler her türlü sağlık şikâyetini değerlendiren, yaş, cinsiyet, vaka ayrımı yapmadan tüm hastalara hizmet veren hastanelerdir. Özel dal hastanelerinde ise durum biraz farklılaşmaktadır. Özel dal hastaneleri hasta kabulünde birtakım özelliklere sahip olan hastaları kabul etmektedirler. Yani vaka (kalp damar, onkoloji, dermatoloji) ya da cinsiyete (kadın doğum, çocuk) dayalı hastaları kabul ederek hizmet verirler. Özel dal hastanelerinde girdi çeşitliliği genel hastanelere nazaran daha azdır. Bu durum onları maliyetlerde farklı kılmaktadır (Özgülbaş ve Tarcan, 2013:42). Örneğin; kadın doğum

hizmeti veren bir hastane ile bir genel hastanenin maliyetleri birbirinden farklıdır. Bu durumun asıl sebebi işletme girdilerindeki farklılıklardır.

2.4.5. Hastane Büyüklüğü

Maliyeti etkileyen faktörlerin başında işletmelerin fiziksel olarak büyüklükleri etkili olacağı belirtilmektedir. Fiziksel büyüklük işletmelerin gerek personel gerekse cihaz ve malzeme olarak donanımlarını nicelik ve nitelik olarak ciddi şekilde şekillendirmektedir. İşletmelerin büyümesi maliyetlerinin değişmesine neden olmaktadır. Özellikle yatak sayısı yüksek olan hastanelerde ileri sağlık teknolojilerinin kullanılması ve personelin bu nedenle profesyonelleşmesinin arttığı düşüldüğünde bu durumun maliyetleri düşürücü etki yaptığı görülmektedir. Sağlık tesisinin büyüklüğü ile birim maliyetleri arasında ilişki ters orantılıdır. Bu durumda hastanelerin kapasitesi arttıkça birim maliyetlerinin de azalması beklenmelidir (Çakır, 2014:15; Özgülbaş ve Tarcan, 2013:42).

Ancak bazen kapasite artırımı maliyetleri artırıcı etkide yapabilmektedir. İşletmenin büyümesi bölümler arasındaki uyumu zorlaştırmakta ve beraberinde kontrol sorunlarına neden olmaktadır. Bu sorunlar maliyetleri artırıcı etkiye neden olabilmektedir (Özgülbaş ve Tarcan, 2013:42).

2.4.6. Hastane Mülkiyeti

Mülkiyet durumuna bakılarak hastaneler, mülkiyet sahibinin kuramsal kimliğine göre sınıflandırılabilir. Sağlık Bakanlığı bünyesine hizmet veren, çeşitli büyüklükte ve donanımdaki hastaneler, Milli Savunma Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerini kamuya mülkiyetine tabi hastaneler olarak sıralayabiliriz. Özel mülkiyete tabi hastaneleri ise; vakıf, dernek, azınlık, yabancılara ait ve özel sermaye ile kurulan özel hastaneler şeklinde sıralayabiliriz. Bu gruba giren hastaneler için sermaye, insan gücü, malzeme, cihaz ve diğer gider kalemler yönünden farklılık gösterdiğinden hastane maliyetleri de bir- birlerine göre farklılık gösterebilmektedirler.

Sağlık sektöründe maliyetlerin yüksekliği hizmetin sürdürülebilirliğine engel olan en önemli unsurların başında gelmektedir. Sektörün emek yoğun insan gücüne dayanması nedeniyle insan kaynaklarına ayrılan bütçelerin yüksek olması maliyeti büyük oranda arttırdığı yapılan araştırmalar ile belirlenmiştir. Araştırmalarla özellikle kamu mülkiyetine tabi hastanelerde personel giderleri maliyeti ortalama % 70, özel mülkiyete sahip hastanelerde ise bu oran %60 olarak belirlenmiştir (Büyükmirza, 2012; Özgülbaş ve Tarcan, 2013:42);

2.4.7. Sağlık Çıktılarının Belirlenmesi ve Ölçümünün Zor Olması

Sağlık hizmetlerinde bir standardizasyonu sağlamak kadar çıktıları oluşturan koruyucu ve tedavi edici hizmet sonuçlarına kısa zamanda ulaşmak, ölçmek ve analiz etmek oldukça güç tür. Bu sebeple hastanelerdeki tedavi sürecinin maliyetini belirleyebilmekte zordur (Özgülbaş ve Tarcan, 2013:42; Garan, 2016). Hastalara ait birçok bilgiyi, günümüz bilgisayarlar aracılığı ile depolamak ve bu bilgileri uygun şekilde kaydetmek önem arz etmektedir. Bu bağlamda bu bilgilerin sağlıklı olarak kullanılabilmesi için, hastanelerin özelliklerine göre hastane bilgi yönetim sistemlerine(HBYS) yatırım yapmaları gerekmektedir. Bu yatırımın hastaneden hastaneye değişiklik göstermesi maliyetlerin belirlenmesini güçleştirmektedir.

2.4.8. Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing)

Dış kaynak kullanımı, bir işletmenin asıl görev alanı dışında kalan işlerin bu işlerde uzman, hizmetin etkin ve verimli olmasını sağlayacak başka bir işletmeden karşılanmasıdır (Özbay, 2016).

Dış kaynak kullanımında amaç, ihtiyacı hasıl olan hizmetin yada ürünün işletme dışından tedarik edilmesiyle maliyetlerin düşürülmesidir. Hastanelerdeki dış kaynak kullanımında temelde maliyet bakılır. Daha doğrusu eğer alınan hizmet, hastane tarafından kendi insan gücü ve diğer kaynakları kullanılarak verilerek daha ucuza ve kaliteli verilebiliyor ise dış kaynak kullanımına gerek duyulmaz. Tam tersi hizmet dış kaynak kullanılarak daha ucuza ve uygun koşullarda verilebilecekse dış kaynak

kullanımı tercih edilir. Bütün bunların yanında hastanenin dış kaynak kullanımı yapmadan önce eldeki kaynakların verimli kullanılıp kullanılmadığında emin olunduktan sonra karar verilmelidir (Karahana, 2009:188).

Günümüzde sıkça kullanılan dış kaynak kullanımının olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Dış kaynak kullanımı ile hastanelerde verimliliğin arttığı, yönetime esneklik sağladığı, rekabeti güçlendirdiği, hasta ve çalışan memnuniyetini artırdığı ve maliyetleri azalttığı gibi birçok yönden fayda sağlandığı söylenebilir (Ekin vd., 2012:8). Bunun yansira işten çıkarmaların yaşanması, sözleşmeye uymama, kontrol ve yaptırımında zorluklar gibi sorunlarda yaşanabilmektedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. İLERİ MALİYET YÖNETİMİ YAKLAŞIMLARI

Günümüz dünyasında yaşanan baş döndürücü değişim ve küreselleşme, sermayenin hızlı hareket etmesi ve yoğun rekabet ortamında işletmeler geleneksel maliyet yönetim anlayışından ve tekniklerinden uzaklaşmalarına neden olmaktadır. Bu durum yöneticileri daha doğru ve sağlıklı karar almalarını sağlayacak, kaynak kullanımını azaltan, işletme etkinliğini ve verimliliğini artıracak, mamul ve hizmetin kalitesini yükseltecek ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarını benimsemeğe ve uygulamaya yöneltmiştir (Peker, 1983).

Tüm sektörler için geçerli olan bu durum, sağlık hizmeti veren hastaneler içinde geçeli bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım ile hastaneler verdikleri hizmetin doğru değerlendirmesine, ileriye yönelik planlama yapılmasına ve hizmet süreçlerinin etkinliği ve verimliliğini belirleme olanağı bulabileceklerdir.

Hastane işletmelerinde performans ölçütleri, nesnelerin, olayların ve sonuçların, kalite, miktar ve zaman açısından gözle görülebilen özelliklerini bulma sürecinin araçlarıdır. Bu araçlar, maliyetleri tespit etme, kaynakların etkin kullanımını sağlama, iç ve dış kontrol, başarıyı belirleme, müşteri istek ve ihtiyaçlarını belirleme, kıyaslama olanağı ve teknolojik gelişmelere ve değişen koşullara ayak uydurmak gibi amaçlar etrafında toplanmışlardır (Foker vd., 2001:61).

İşletmeler karar alma aşamasında kendilerine faydalı olabilecek farklı yöntemlerle yapılan maliyet hesaplama yöntemlerini kullanabilmektedirler.

Geleneksel yaklaşıma göre muhasebe;

- Genel Muhasebe,
- Maliyet Muhasebesi
- Yönetim Muhasebesi,

olmak üzere 3 alt sisteme ayrılmaktadır.

Bugün dünyada inovasyon ve küreselleşme hareketleri, yönetim anlayışındaki değişim ve işletmelerin rekabet ortamında ayakta kalmaları açısından yeni yaklaşımlar olarak;

- Finansal (Genel) Muhasebe,
- Maliyet ve Yönetim Muhasebesi olarak 2 alt sisteme ayrılmaktadır (Şakrak, 1997).

Maliyetlemede yeni yaklaşımlar arasında şunlar sayılabilir (Kırlı ve Kayalı, 2010:98):

- Hedef Maliyetleme (Target Costing),
- Ürün Yaşam Dönemi Maliyetlemesi (Product Life Cycle Costing),
- Faaliyet Tabanlı Maliyetleme (Activity Based Costing),
- Dengeli Puan Kartı (Balanced Scorecard),
- Tam Zamanlı Maliyetleme (Just-in-Time Production and Costing),
- Kaizen Maliyetleme (Kaizen Costing),
- Kalite Maliyetleri (Quality Costing),
- Kıyaslama (Benchmarking),
- Değer Mühendisliği (Value Engineering),
- Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması,
- Yalın Üretim ve Yönetim (Lean Production and Management),
- Stratejik Maliyet Yönetimi (Strategic Costing Management),
- Kısıtlar Teorisi (Theory of Constraints),
- Dönüşüm Muhasebesi (Throughput Accounting),
- Stratejik Yönetim Muhasebesi.

3.1. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme(FTM)

Bilineceği üzere, direkt ilk madde ve malzeme giderleri ile direkt işçilik giderleri, üretilen mamullerin maliyetine direkt eklenebilmektedir. Ancak, genel üretim giderlerinde böyle direkt ekleme imkânı olmadığından, bu giderler bir “iş ölçüsü” yardımı ile mamullere dağıtılmaktadır. İş ölçüsü, mamullerin genel üretim giderlerinden faydalanma derecesini belirleyen gösterge ya da ölçüsü anlamındadır (Büyükmirza, 2003:280).

FTM'nini geleneksel maliyetleme yaklaşımlarından ayrıldığı temel unsur şudur: Geleneksel maliyetlemede üretim giderlerinin üretilen maliyetler için yapıldığı kabul edilerek, bu giderler ile mamuller arasında ilişki kurulur.

Bu maliyetleme yaklaşımını işletmeler, bütçeleme, ürünün ücretlendirme ve karlılık analizini içeren faaliyetlere yönelik bilgiye gereklilik nedeniyle faaliyet tabanlı maliyetleme yöntemini tercih etmektedirler.

FTM uygulamaları arasında; maliyet düşürme, ücretleme, performans geliştirme, değer zinciri analizi, stratejik ve konumlandırma analizleri, ürün kaynağı belirleme, kıyaslama ve atıl kapasite yönetimi de sayılmaktadır (Hacıüstemoğlu ve Şakrak, 2002).

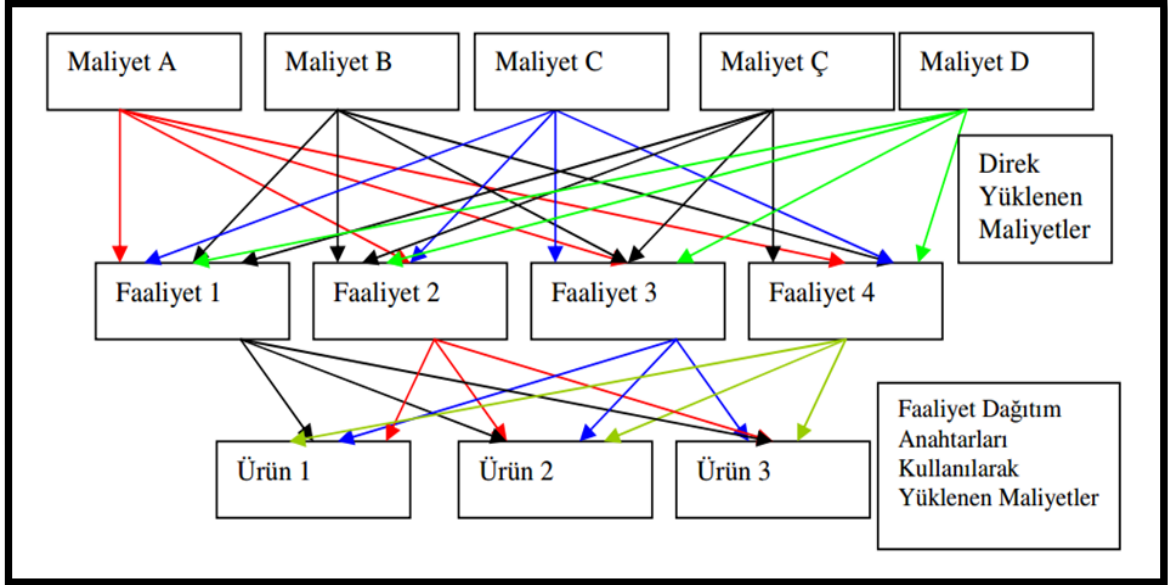
FTM yöneticilerin işletmeyi değişik yönlerden değerlendirmesine olanak sağlamaktadır. Birden fazla ürün çeşidiyle çalışan işletmeler için genel üretim giderlerinin, ürünlere yükleme zorluğunun ortadan kaldırılması amacıyla geliştirilmiş bir sistemdir (Karcıoğlu, 1994).

FTM yaklaşımının aşamaları şu şekilde sıralanabilir (Pakdemir, 1998;Bengü ve Arslan, 2009);

- Faaliyetlerin belirlenmesi,
- Maliyet anahtarlarının tespiti,
- Faaliyet maliyetlerinin hesaplanması,
- Faaliyet havuzlarının belirlenmesi,
- Maliyetlerin faaliyet merkezlerine (havuzlara) aktarılması,
- Maliyetlerin mamul ya da hizmetlere yüklenmesi olarak sıralanmaktadır.

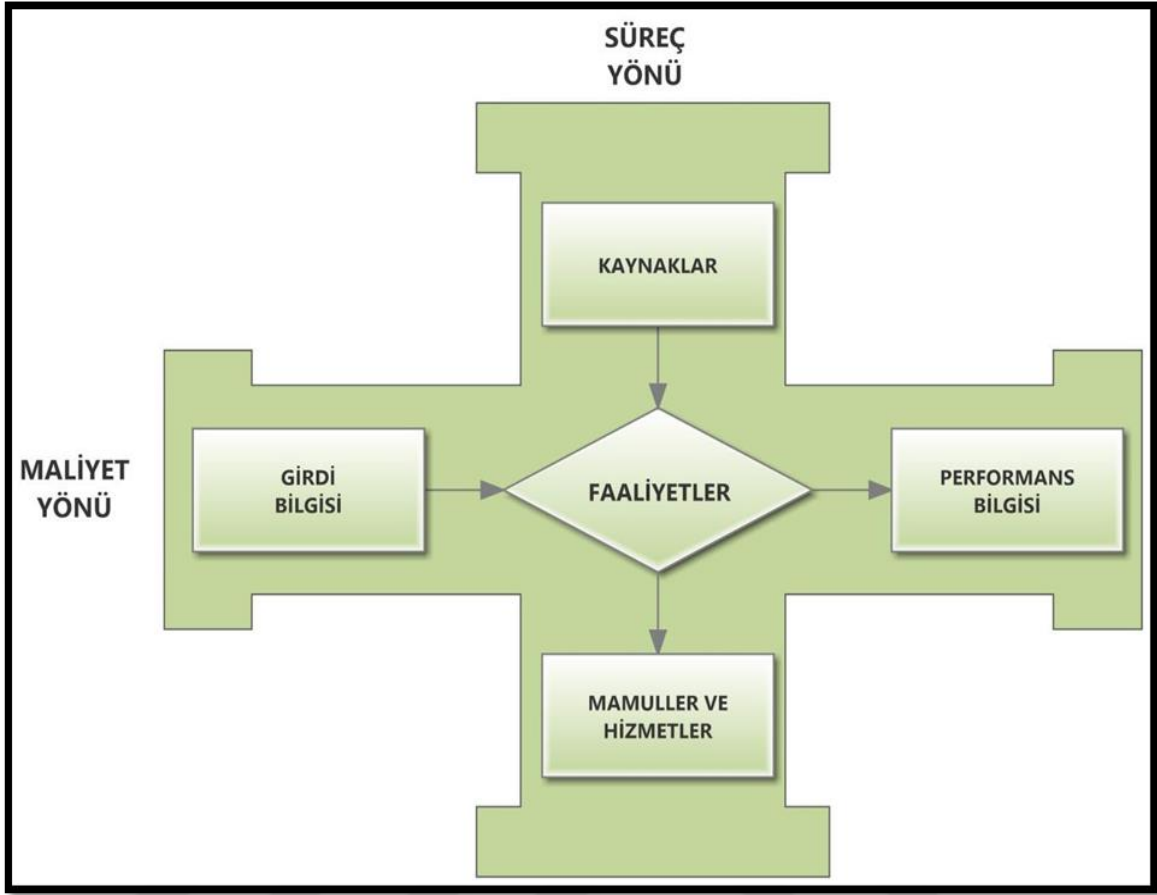
Genellemek gerekirse FTM sürecinin iki boyut üzerinden işlediğini söyleyebiliriz (Şekil 3). İlk boyutunu üretim faaliyetlerini amaca uygun olacak biçimde belirlemek, daha sonra faaliyetleri ortak gruplandırmalarla toplanma ve faaliyet

maliyetlerinin hesaplanması oluşturmaktadır. İkinci boyut ise bu maliyetlerin ürünlere aktarılmasını kapsamaktadır.



Şekil 3. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Süreçleri (Öker, 2007:36)

FTM de süreç değerlendirme analizi de uygulanmaktadır. Süreç değerlendirme analizi; mamulün ya da hizmetin üretimini yapabilmek için gereken faaliyetlerin belirli, kurallar dâhilinde analiz edilmesidir. Bu süreçte malın ya da hizmetin üretimiyle alakalı kaynak tüketen bütün faaliyetler belirlenerek, faaliyetlerin değer yaratan ya da yaratmayan şeklinde gruplandırılır. Analiz aşamasından sonra mamulün ya da hizmet için gereken faaliyetler bir proses şemasıyla ayrıntılı bir şekilde belirlenir. Faaliyetlerin sayıca çokluğu ihtimaline göre belirlenecek olan faaliyetler odak faaliyetlere dönüştürülerek merkeze alınması gerekmektedir (Erden, 2004). Faaliyet Tabanlı Maliyetlemede bilgi akışı iki yönlü ilerler (Şekil 4).



Şekil 4. Faaliyet Tabanlı Maliyetleşmede Bilgi Akışı (Erden, 2004)

3.2. Kıyaslama (Benchmarking)

Kıyaslama yaklaşımı, bir işletmede faaliyetlerin veya içsel süreçlerin sektördeki ya da sektör dışındaki en iyi işletmelerle karşılaştırılması ve ölçüm yapılması sürecidir. Bu yaklaşım toplam kalite yönetimi sürecinin bir parçası olarak da değerlendirilmektedir. Literatürde 1980'lerden itibaren görülmeye başlayan Kıyaslama yaklaşımı son yıllarda kullanım alanı genişleyerek yayılmaya devam etmektedir (Goetsch ve Davis, 2010).

Kıyaslama yaklaşımını, işletmelerin yüksek performans seviyesini kısa sürede yakalamak, verimliliği artırmak ve rekabet gücü kazanmak amacıyla uygulamaktadırlar. Hangi kıyaslama çeşidinin uygulanacağı işletmenin ihtiyaç duyduğu konulara göre belirlenmektedir (Demirdöğen ve Küçük, 2003:310).

Kıyaslama uygulamaları işletmeleri sürekli dinamik, inovatif (yenilikçi) ve araştırmacı olmaya itmektedir. Kıyaslamayı bir süreç yönetimi şeklinde sürdürüp, en iyi uygulamaları transfer etmek isteyen bir işletme çevresini yoğun biçimde analiz etmek ve sektördeki en iyi uygulamalara odaklanmak durumundadır. İşletme bu sayede kendi zayıf ve güçlü yönlerini de belirlemektedir (Saraç, 2005:58). Bu sayede, işletmede yaşanan üretim ya da hizmet süreçleri düzenli bir şekilde analiz edilebilmekte, en faydalı uygulamalar alınmakta, işletmedeki tüm personelde bir öğrenme kültürü gelişmekte, ürün ve hizmet sürecinde kalite artmaktadır.

Kıyaslamada, önce hangi süreç kıyaslanacak ise o süreç tespit edilir. Kıyaslama yapılacak olan işletmenin seçimine geçilir. Bu seçimde kıyaslanacak olan işletmenin sektöründe en iyi performans gösteren bir işletme olması gerekir. İkinci aşamada ise, kıyaslanan işletme hakkında veri toplaması gelmektedir. Üçüncü aşamada, toplanan veriler analiz edilerek karşılaştırma yapılır. Karşılaştırma sonuçları değerlendirilerek, işletmelerin birbirlerinden farklı yanlar ve uygulamalar nedensellik bağı kurularak yorumlanır (KalDer, 1997).

Kıyaslama uygulamasının başarılı olmadığı durumlarda yaşanabilmektedir. Daha doğrusu bu yaklaşımın işe yaramadığı durumlarla da karşılaşılabilir. Seçilen kıyaslama işletmesinin iyi etüt edilememesi, süreç analizlerinin değerlendirilememesi, kıyaslama yapan ekibin profesyonellik düzeyinin düşüklüğü gibi durumlar başarısızlığın nedenleri arasında sayılabilmektedir (Goetsch ve Davis, 2010).

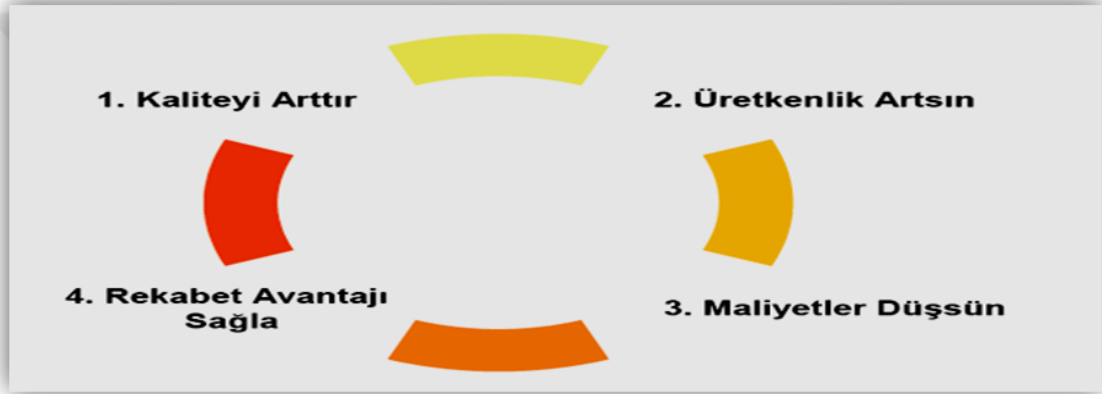
3.3. Kalite Maliyetleri (KM)

Kalite "Bir ürün veya hizmetin, belirlenen veya olabilecek ihtiyaçlarını karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır" (www.standartkalite.com, 2016)

İşletmelerde özellikle hizmet sektöründe müşteri memnuniyeti, tatmin ve beklentileri ön planda tutan sürekli iyileştirme ve geliştirme düşüncesini benimsemiş yönetim anlayışına geçiş giderek artan bir oranda kabul görmektedir (Kırlioğlu, 1998;İncesu, 2013).

KM kalitenin ölçüsüdür. Toplam kalite yönetiminin yerleşebilmesi, uygulanabilmesi ve sürekli kılınabilmesi için kalitedeki gelişmelerin ölçülmesi ve açık bir şekilde raporlanması gerekir. Verimli, etkin ve tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılayabilme özelliklerine sahip mal ve hizmetlerin üretilmesini sağlamak veya kaliteyi üretmek amacıyla yapılan yatırımlar nedeniyle maruz kalınan giderler, kalite maliyetlerini oluşturmaktadır (Kırılıoğlu, 1998).

Dr. W. Deming'in de belirttiği gibi kalite maliyeti, üretimde ve sonunda bir dizi zincirleme etkide bulunmaktadır.



Şekil 5. Kalite Maliyetinin Üretime Etkisi (Ömürgönülşen, 2008)

Kalite hedeflerinin belirlenmesinde kalite-maliyeti ilişkisini görebilmek ve uygun bir fiyat tespit edebilmek için, maliyet hedeflerinin tespiti ve kalite maliyetlerinin hesaplanması gerekmektedir.

Kalite yönetimiyle (Alkan, 2002:100);

- İsrafın önlenmesi,
- Kalitenin arttırılması,
- İşlem zamanının kısaltılması,
- Maliyetlerin düşürülmesi,
- Moral ve verimliliğinin artırılması,
- Sürekli iyileşme ve gelişmenin sağlanması amaçlanmaktadır.

Kalite problemleri, bir yandan toplam maliyetleri arttırarak, diğ er yandan da müşteri memnuniyetsizliğine yol açarak hem işletme gelirlerini hem de rekabet gücünü azaltmaktadır. Bu nedenle, maliyetlerin en aza indirilmesi için kalite maliyetlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Kırılıoğlu, 1998).

İngiliz Standartları Enstitüsü tarafından yayınlanan ‘BS 6143 Guide to the economics of quality’ adlı kitapta kalite maliyet verileri toplamının ve kalite maliyet modelleri kurmanın iki yönteminin olduğunu ifade etmektedir (Ömürgönüşen, 2008).

Fakat kalite maliyetlerinin ölçülebilmesi amacıyla kalitenin günümüze kadarki tarihi boyunca birçok kalite maliyet modelleri geliştirilmiştir. Bu modeller ve maliyet kategorileri Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Genel kalite maliyet modelleri ve maliyet kategorileri (Schiffauerova ve Thomson, 2006)

Kalite Maliyet Modeli	Faaliyet / Maliyet Kategorisi
Paf(Prevention-Apprasial-Failure) Modeli	Önleme+Ölçme - Değerlendirme+Başarısızlık
Crosby'nin Modeli	Uygunluk+Uygunsuzluk
Fırsat ve Maddi Olmayan Maliyet Modeli	Önleme+Ölçme - Değerlendirme+Başarısızlık
	Uygunluk+Uygunsuzluk+Fırsat
	Maddi+Maddi Olmayan
Süreç Maliyet Modeli	Uygunluk+Uygunsuzluk
FDMS Modeli	Değer Ekleyen+Değer Eklemeyen

KM dört kategoride ele alınabilir. Bunlar (Basık, 2012:367);

- Önleme maliyetleri,
- Değer biçme maliyetleri,
- İçsel başarısızlık maliyetleri,
- Dışsal başarısızlık maliyetleridir.

Kalite maliyet modelleri incelendiğinde önleme, ölçme, değerlendirme, başarısızlık ve değerlendirme maliyetleri kategorileri göze çarpmaktadır.

Önleme maliyet kalemleri, kalite maliyetlerinin hesaplanmasında kullanılan ve alt çeşitliliği olan bir maliyet kalemidir. Bu nedenle diğer maliyet kalemlerine göre fazla sayıda çeşitlilik göstermektedir (İncesu, 2013).

Önleme maliyetleri denildiğinde hizmet ya da üretim sırasında sorunlar ya da hatalar meydana gelmeden önce proaktif yaklaşımla alınan önlemler düşünülmektedir. Önleme maliyetlerinde üretim öncesi değerlendirilmektedir. Düşük kalitede hizmet ya da üretimi önleme amacıyla alınan tedbirlerin maliyetini kapsamaktadır (Büyükmirza, 2003:286). Bu maliyetin kapsamını ürün tasarımının yapımı, çalışanların eğitimi, önleyici bakım faaliyetleri, kontrol süreçleri, kalibrasyon, kalite raporlama, süreç denetimleri, tedarikçi denetimi ve değerlendirmesi, arge çalışmaları, yönetsel yapı harcamaları ve kaliteyi geliştirme çalışmaları için harcanan maliyetler girmektedir kapsamaktadır (Büyükmirza, 2003:286; Sharma vd., 2007; İncesu,2013) Değerleme maliyetleri ise, standarda uymayan mamullerin tespitini içermektedir. Muayene, numune alma, test ve ölçme maliyetleri değerlendirme maliyetleri içerisine girmektedir. Ürünün tüketiciye ulaşmadan önceki sürece ait denetleme maliyetleri de bu kapsama dâhil edilmektedir. İç başarısızlık maliyeti, ürün sevkiyatı veya hizmet verilme öncesinde, uygun olmayan ürün veya hizmetlere katılan maliyetleri yanı sıra tasarım düzeltme, değişiklik, yenileme, tamir, hurda maliyetlerini de kapsamaktadır (Hacırüstemoğlu ve Şakrak, 2002; Superville vd., 2003).

Dış başarısızlık maliyetleri kapsamına; mal veya hizmetin müşteriye ulaşmasının ardından gerçekleşen maliyetler girmektedir. Dış başarısızlık maliyetini, yetersiz, eksik ve hatalı hizmetten dolayı müşteriye yüklenen maliyetler olarak da tanımlanmak mümkündür. Dış başarısızlık maliyetlerine örnek olarak garanti kapsamındaki giderler, servis, iade alınan ürünler, müşteri şikâyetleri, kaybolan satışlar ve kurum itibarı verilebilir. Çizim hatası veya yanlış spesifikasyonlar gibi mühendislik hatalarının neden olduğu malzeme değiştirmeye ilişkin maliyetler ile fabrika veya tesisat hataları yüzünden değiştirilen malzemelere ait maliyetler de dış başarısızlık maliyetleri kapsamındadır (Hacırüstemoğlu ve Şakrak, 2002; İncesu, 2013).

KM belirlenirken ilk adım kalite maliyetlerinin tanımlanmasıdır. İkinci aşamada ise kalitenin ölçülmesi; faaliyetlerin rapor süreci ve yönetim tarafından faaliyetler

hakkında bilgi sahibi olunması gerekmektedir. Son olarak ise, işletmeye en yüksek faydayı getirecek maliyetlerin tespiti yapılarak, maliyetleri aza indirmek gelmektedir.

3.4. Dengeli Puan Kartı Yaklaşımı (Balanced Score Card)

Geleneksel muhasebe uygulama sürecinde geçmiş zaman verileri baz alınarak yapılırken, müşteri memnuniyeti, ürün ve hizmetin kalitesi gibi veriler kullanılmamaktadır. Yöneticiler üretim süreçleri ve hizmetin verilmesinde yaşanan olumlu ya da olumsuz unsurları bilmek isterler. Burada Dengeli Puan Kartı(DPK) Yaklaşımı işletmenin kullanabileceği yaklaşım olarak seçilebilmektedir. Dengeli Puan Kartı; işletmenin stratejisini anlaşılabilir şekle dönüştürerek ifade edilmesini sağlayan bir uygulamadır (Ölçer, 2005:94).

DPK; işletme stratejilerini uygulamaya yönelik hedeflerle ilişkilendirmek ve bu ilişkileri temsilen göstergeleri takip ederek stratejilerin beklenen sonuçlara ulaşım ulaşımadığını kontrol etmek ana fikrine dayanmaktadır (Koçel, 2003).

DPK; uzun vadeli stratejiler ile kısa vadeli işletme performansı arasındaki eş güdümü ve dengeyi sağlamaya katkı sağlamaktadır.

3.4.1. Dengeli Puan Kartının Uygulanması

DPK'nın temel amacı, işletmelerin uzun vadeli hedef ve stratejilerini gerçekleştirmek; bunlara ulaşılması için yapılan planları ilişkilendirerek hedefe ulaşmaya çalışılmaktadır. Pazar ve müşteri odaklı stratejiler oluşturulmasına yardımcı olmak, bu stratejilerle finansal ölçütleri ilişkilendirmek, uygulama ile ilgili iletişim ve işbirliği ortamı hazırlamak da amaçlar arasında sayılmaktadır (Tarım, 2004). Bu bağlamda DPK uygulamalarında etkili olan faktörler şekil 6'da belirtilmiştir.



Şekil 6. Dengeli Puan Kartı Uygulamalarında Etkili Olan Faktörler

DPK uygulamalarında etkili olan ilk faktör işletmenin kendini tanıma düzeyidir. İşletme kendi yetkinlik ve potansiyelinin farkında olmalı, yetersizliklerini bilmelidir. Etkili ikinci faktör DPK öğrenme döngüsünün bilinmesidir. DPK uygulamalarına başarılı olan işletmelerin çoğu daha hızlı öğrenen, öğrenme döngüsü daha hızlı olan işletmelerdir. Başarıyı etkileyen üçüncü faktör yol haritasıdır. Yol haritasının süreç, kişi ve teknoloji alanlarına odaklanması gerekmektedir.

DPK uygulamalarının başarılı olabilmesi için bir proje olarak değerlendirilmeleri gerekmektedir. DPK işletme kültürünün bir parçası olmalı ve bir ürün olarak nitelendirilmelidir. Bunun yanı sıra teknolojik altyapı yeterli olmalıdır. Son olarak, puan kartının kademelendirilmesi de süreci etkiler. Bu aşamada pilot çalışma yapılması önemlidir. İlk veriler alındıktan sonra düzeltmeler ve uyumlaştırma çalışmaları yapılabilir. Ayrıca bazı kaynaklarda üst yönetimin desteği de etkili faktör olarak değerlendirilmektedir. DPK uygulamaları bazen başarısız da olabilir. İlgili verileri zamanında toplayamamak, DPK'yı yönetim sürecinin kritik parçası yapamamak, kullanıcıların ve yöneticilerin eğitimine önem vermemek, süreçleri rastlantılara teslim etmek, değişime direnenlerle mücadele etmemek, kısa vadeli çözümlerin peşinde koşmak, gizli maliyetler olmayacağını varsaymak, üst yönetimin faaliyet alanlarına inmemesi, değerler, vizyon ve misyon gibi kavramları önemsememek DPK uygulamalarının başarısını engeller (Ölçer, 2005:98).

3.5. Hedef Maliyetleme(HM)

Hedef Maliyetleme; bir hizmetin ya da ürünün alıcı tarafından ödenen ücretin kâr elde edilmesini sağlayacak düzeyde maliyet belirleme süreci olarak tanımlana bilmektedir. Bu maliyetlemeye uzun dönemli maliyet tahmini de denilmektedir (Gürdal, 2007).

Bu yaklaşımda temel felsefe, ürün ya da hizmet alıcılarının istek ve taleplerine dayanmasıdır. Bu yaklaşımla işletmeler ürün veya hizmetin maliyetlerini belirler ve bunun üzerine de kar payını ekleyerek satış bedenilini hesaplamış olurlar. Bu yöntemde müşteri yönünden bir anlam ifade etmemektedir. Alıcı burada sahip olacağı hizmetin ya da ürün için ne kadar ödemek istediğidir. Alıcı ürün ya da hizmeti verenin ne kadar kar edeceğini düşünmemektedir. Özetle Hedef Maliyetleme hizmet ya da ürün alıcısının işletmeden beklentisine ve o pazarda fırsatlara eğilen bir ürün ve hizmet geliştirme stratejisi gibi de değerlendirilebilir. Bu şekilde düşünüldüğünde işletmenin, karlılığın ve maliyetlemenin stratejik olarak planlanmakta olduğu görülecektir (Yükçü, 2007).

Görüleceği üzere hedef maliyetlemede nihai hedef tahmini maliyet ile maliyet arasındaki farkın kapatılmasıdır.

Hedef maliyetleme altı ana ilke üzerine inşa edilmiştir. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz (Aksoylu ve Dursun, 2001):

- Fiyata göre maliyetleme,
- Tüketiciler üzerinde yoğunlaşma,
- Ürün tasarımı üzerinde yoğunlaşma,
- Geniş kapsamlı katılım,
- Yaşam döneminde maliyet azaltma ve
- Değerler zinciriyle ilgilenme.

İşletmeler tarafından verilen hizmetin devamlılığı açısından fiyat belirleme önem arz etmektedir. Doğru ve gerçekçi fiyat belirleme için işletmelerin fiyat belirleme politikalarının olması gerekmektedir. Fiyatlandırma politikasının oluşturulmasında fiyatlandırma amaç ve talepleri belirleme, piyasa rakiplerinin maliyet ve fiyatlarını

inceleme, yaklaşık maliyet tahminlerinin yapılması, gerçekçi ve uygun fiyatlandırma metodunun belirlenmesi ve nihai olarak son fiyatın belirlenmesi gerekmektedir (Can, 2004).

3.6.Tam Zamanlı Üretim Maliyetlemesi(TZÜ)

Müşterilerin güvenilir, kaliteli, ucuz ve hızlı mal ya da hizmet almalarında işletmeler yeni üretim anlayışı içine girmişlerdir (Hacırüstemoğlu ve Şakrak, 2002). Bunlardan biride tam zamanlı üretimdir.

TZÜ; İlk kez Japonya’da bir otomobil firması tarafından uygulanarak başarılı olduğu bir üretim organizasyondur. TZÜ gereken zamanda, gerektiği miktarda ürünü satmak için, satılabilecek ürünün gereken miktar ve zamanda üreten bir sistem olarak tanımlayabiliriz (Yörükçü, 2007). Kısaca TZÜ neyi, ne zaman ne kadar ihtiyaç duyuluyorsa o kadar üretilmesi prensibine dayanan bir üretim sürecidir (Goetsch ve Davis, 2010). Bu sistemde iş gücü, hammadde ve enerji kullanımını minimize edildiği için israfı da önlemektedir.

Bu yaklaşım işletmelere, kurumsal amaçlarına erişmelerinde, üretimde etkinlik, maliyet minimizasyonu, etkili stok kontrol, inavasyon ve iyileşme sağlamanın yanında maliyet ve yönetim muhasebesinin de başarılı bir şekilde yürütülmesine katkı sağlamaktadır (Alkan, 2001:180).

TZÜ muhasebe sistemlerine etkisi, tam zamanlı üretim sistemleri alt süreçlerine inildikçe farklılaştığı görülmektedir. Bu süreçlerden satın alma süreci; maliyetlerin doğrudan izlenebilirliği ve kontrolünü artırmakta, dolaylı maliyetlerin esas üretim yerlerine dağıtılmasında kullanılan unsurları değiştirerek, tedarik zamanlarının ayrı ayrı olmasından kaynaklanan maliyet sapmalarını azaltarak, satın alma raporlarının sıklığı ve detaylarını azaltarak muhasebe sistemleri üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca tam zamanlı üretim sistemi açısından, bazı maliyet unsurlarının direkt izlenebilirliğinin artması, endirekt maliyetler için maliyet havuzlarının ortadan kalkması veya azalması, işçilik ve genel üretim maliyetlerinde bölümler arası ayrı hesaplamanın kaldırılması muhasebe sistemlerini etkilemektedir.

TZÜ sisteminde sıfır stok hedefi ile çalışma stok maliyetlerini azaltılmasına neden olmaktadır. Stok maliyelerine bağılı olarak ortaya çıkan fon maliyetleri, stokların yönetimi ve nakledilmesine ilişkin harcamalar, depo kiralari ve amortisman maliyetleri, stokla ilgili sigorta primleri, stok kayıt ve personel maliyetleri, kırtasiye giderleri vb. maliyetler de böylece azalmaktadır. Ayrıca sıfır stok hedefi ile üretim için gerekli fiziksel alandan da tasarruf sağlanmaktadır. Tedarikçi sayısının azalması ve tedarikçi kontrol sisteminin geliştirilmiş olması tedarik kalitesini artırmakta, iskonto maliyetlerinin düşmesine sebep olmaktadır.

TZÜ sisteminde stokların minimizasyonu veya sıfır stok prensibi ile çalışılması nedeniyle stoklara sermaye aktarılmasına gerek duyulmasını engellemektedir. Bu durum atıl kalan sermaye başka yatırım kanallarında değerlendirilebilmesine olanak sağlamaktadır. Aynı zamanda işletme bu sayede hammadde ve malzemenin bozulma, çürüme, taşıma, sigorta, enerji ve depolama vb. nedenlerle katlandığı maliyetlerden de kurtulmaktadır (Dursun, 2001:21).

3.7. Kaizen Maliyetleme

Kaizen kavramsal olarak, Japonca'da değişim anlamına gelen "kai" ve iyi anlamına gelen "zen" kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır. Kaizen kısaca sürekli gelişme ve daha iyiye ulaşmayı ifade etmektedir. Kaizen yaklaşımı, işletmenin tüm süreç ve birimlerini içine alan, yatay ve dikey organizasyon içinde yöneticilerden işçilere tüm çalışanları kapsayan, majör değişikliklerin yerine minör sürekli değişiklikleri yapmayı amaçlayan bir yönetim yaklaşımı ya da felsefesidir (Karcioğlu, 2000).

Kaizen yaklaşımında işletmenin rekabet gücü ve ürün hizmet kalitesi sürekli ivmelenerek artarken maliyetlerin de düşürülmesi hedeflenir. Bu amaçla hiç ara vermeden süreç geliştirme ve iyileştirme amaçlanır. Kaizen yaklaşımının odağında insan vardır. Bu sebeple Kaizen felsefesinin öncelikle çalışanlar tarafından kanıksanması gerekir(Şekil 7).



Şekil 7. Kaizen Şemsiyesi (Imai, 2003)

Kaizen yaklaşımı; iş gücünü temsil eden çalışanların ve yönetimin işbirliğini, takım çalışmasını, kalite çemberlerini, iyi çalışan otomasyon sistemini, müşteriye odaklanmayı ve tam zamanında üretimi ön görmektedir (Şekil 8).



Şekil 8. Kaizen Yaklaşımı Unsurları (Goetsch ve Davis, 2010)

Kaizen maliyetleme, ürün maliyetinin önceden belirlenen oranda indirmek için kaizen tekniklerinin uygulanmasını içerir. Başka bir ifade ile devamlı iyileşme yoluyla

israfın önlenmesi ve maliyetlerin düşürülmesi hedeflenir. Maliyetleme sistemlerinde ürün maliyetlerinin belirlendiği ve raporlanma sırasında karlı olmayan ya da kar riski olan ürünler tanımlanır. Bu tanımlanmayla kaizen maliyetleme devreye girmiş olur (Kavrakoğlu, 2012). En önemli ölçüt çalışan başına üretilen proje miktarıdır (Acar, 1999). Kaizen sürekli gelişme ve değişim amacı nedeni ile hedef maliyetlemeye nazaran daha dinamik bir yapı göstermektedir. Ayrıca, yaklaşım olarak, hedef maliyetlemenin aksine, faaliyetlerden yola çıkılarak maliyet belirleme ve maliyeti bu yolla indirme düşüncesi vardır.

3.8. Değer Mühendisliği(DM)

İkinci Dünya savaşının ardından kısıtlı kaynakların verimli olarak kullanmayı amacı ile geliştirilmiş bir maliyetleme yaklaşımıdır. Değer Mühendisliği; “bir ürün, hizmet ya da sistem maliyetini geliştirmek ve iyileştirmek için kullanılan takım işbirliğini yönetmek, bu yönetimi belirli kurallara bağlı olarak sistematikleştirmek ve geliştirme işlevidir (Acar ve Durmuş, 2003:61).

İşletmeler günümüzde buldukları yoğun rekabet ortamında ayakta kalabilmeleri ve diğer işletmelerden farklılıklarını ortaya koyabilmeleri için değer mühendisliği yaklaşımını tercih etmektedirler (Acar, 1999). Değer mühendisliği; işletmelerin, hizmetin ya da ürünün amaca yönelik kullanılması ve üretilmesi amacını gerçekleştirebilmesi için gerekli faaliyetlerin geliştirilmesine odaklanan, yoğun ve yorucu bir problem çözme faaliyeti olarak tanımlanabilir (Acar, 2005; Ögüt vd., 2008).

Değer mühendisliği yaklaşım olarak maliyet yönetiminde de kullanılan bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. Değer mühendisliğinde işletmeler yönetimden üretime kadar geçen süreçte yaşanan tüm değerlerin her biri birer mühendislik faaliyeti olarak ele alınır ve analiz edilir (Acar, 1999).

Değer mühendisliğinde başarıya ulaşmak için bir takım maliyet, üretim ve yönetim tekniklerinden faydalanılması gerekmektedir. Değer mühendisliğinin temelinde analiz süreci yatmaktadır. Değer mühendisliğinin temel amacı, maliyetleri minimize etmek için işletmenin işlevini yerine getirirken ortaya çıkacak maliyetlerin analizi yapmaktır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. ARTVIN KAMU HASTANELERİNDE ÇALIŞAN YÖNETİCİLERİN İLERİ MALİYET YÖNETİMİ YAKLAŞIMLARI KONUSUNDAKİ ALGILARININ BELİRLENMESİ

4.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada: Artvin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerde görev yapan yöneticilerin ileri maliyet yönetimi yaklaşımları konusunda bilgi ve düşüncelerini belirlemek amaçlanmaktadır.

4.2. Çalışmanın Önemi

Günümüz sağlık hizmetlerinde önde gelen ve en aktif rolü üstlenmiş olan hastanelerin maliyet kalem çeşitliliği oldukça yüksek düzeyde olduğu bilinmektedir. Ayrıca kaliteli hizmet verme ve müşteri memnuniyetini üst düzeyde tutulması en önemlisi de hizmetin devamlılığı için ciddi oranlarda kaynak ayrılması gerekmektedir. Hastanelerde sunulan hizmetlerin etkili ve etkin bir şekilde verilebilmesi ve aktarılan maddi kaynakların verimli bir şekilde kullanılması için, belirlenecek olan bir ya da daha fazla maliyet yönetimi yaklaşımının başarıyla tatbik edilmesi önem arz etmektedir. Hastane yöneticileri, ellerinde kullandıkları mali kaynakları başarılı bir şekilde yönetebilmeleri şüphesiz onların maliyet yönetimi hakkında bilgi, beceri ve tecrübeye sahip olmalarını gerektirmektedir. Bu nedenle bu çalışma, hastane yöneticilerinin ileri maliyet yönetimi hakkında bilgi ve becerileri açısından ne durumda olduklarını tespit açısından önemli olarak değerlendirilmektedir.

4.3. Çalışmanın Kısıtları

Bu çalışmaya Artvin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerde maliyet yönetimi açısından bilgili ve yetkiye sahip yöneticiler dahil edilmiş, bu yöneticilerin dışında kalanlar çalışma dışında tutulmuştur. Çalışmanın

çıktıları sadece araştırmaya dâhil edilen hastane yöneticileri için genelleme yapılabilir. Tüm ülke hastanelerinde çalışan yöneticiler için genellenemez.

4.4. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2016 yılı itibariyle faaliyet gösteren Artvin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı 6 hastane oluşturmaktadır. Tamsayım yönetimi dâhilinde örneklem seçimine gidilmeyerek evreni oluşturan 6 hastanenin mali yönetim ile ilgili toplam 14 yöneticisinin tamamına ulaşılmıştır.

4.5. Veri Toplama Araçları ve Uygulama

Çalışmanın verileri, Çarıkçı tarafından oluşturulan soru seti kullanılmıştır (Çarıkçı, 2014) (Ek 1). Araştırmada kullanılan soru setleri üç bölümden oluşmaktadır. Soru setinin ilk bölümünde, katılımcılara ait demografik özelliklerini belirlemeye yönelik;

- Katılımcıların eğitim seviyesi,
- Katılımcının pozisyon ya da görev durumu,
- Katılımcının toplam kıdem yılı,
- Katılımcının şu anki görevde kıdem yılı,
- Katılımcının mezun olunan bölüm ya da program, şeklinde oluşturulan toplam

6 soruya yer verilmektedir.

Soru setinin ikinci bölümü ise katılımcıların hastanelerde karlılığı etkilen faktörler konusunda tutumlarını belirlemeye yönelik toplam 28 sorudan oluşan ve beşli likert ölçeğine göre hazırlanmış sorular şeklindedir. Ankete cevap verenlerin ifadelerine katılma düzeyleri aşağıdaki gibi ölçeklendirilmiştir;

- 1= Kesinlikle Katılmıyorum
- 2= Katılmıyorum
- 3= Kısmen Katılıyorum
- 4= Katılıyorum
- 5= Kesinlikle Katılıyorum

Son bölüm olan üçüncü bölüm ise katılımcıların on iki maliyetleme yaklaşımı hakkında önceden haberdar olma, ilgili maliyetleme yaklaşımı hakkında bilgiye sahip olma, maliyet yaklaşımı hakkında alınan bilginin nereden alındığı ve ilgili maliyet yaklaşımının hizmet verilen hastanede uygulanabilirliği hakkında düşüncelerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Soru seti ilgili hastanelerin maliyet yönetimi ile ilgili yönetim kadrolarından önceden randevu alınarak araştırmacı tarafında yüz yüze anket uygulama yönetimi ile 21 Nisan- 15 Mayıs 2016 tarihleri arasında uygulanmıştır. Ancak bazı yöneticilere makamlarında ulaşamamış olup soru setleri daha sonra doldurtularak elektronik ortamda (e posta) teslim alınmıştır.

4.6. Çalışmanın Hipotezleri

Amacı hastanelerde görev yapan yöneticilerin ileri maliyetleme yaklaşımları konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik bu çalışmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir;

H₁: Katılımcılar ileri maliyetleme yaklaşımları konusunda haberdar değildirler.

H₂: Katılımcılar ileri maliyetleme yaklaşımları hakkında bilgi sahibi değildirler.

H₃: Katılımcılar ileri maliyetleme yaklaşımlarının hastanelerde uygulanabilir olduğunu düşünmemektedirler.

H₄: Katılımcılar hastanelerinde karlılığı ve maliyetleri etkileyen faktörler konusunda olumsuz düşüncelere sahiptirler.

4.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler (frekans, aritmetik ortalama, standart sapma ve yüzdeler) ve kurulan hipotezlerin doğrulanmasında hipotez doğrulama testlerinden tek örneklem t testi(One-Sample T Test) ile analiz edildi.

4.8. Bulgular

Bu bölümde katılımcılara ait demografik özellikleri, katılımcıların hastanelerde kârlılığı etkileyen faktörler hakkındaki tutumları ve ilgili maliyet yaklaşımlarına ait bilgi ve görüşleri hakkında çeşitli istatistikî analiz yöntemleri kullanılarak bilgi verilecektir.

Tablo 3. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Sıklık(N=14)	Yüzde(%)
Lisans	6	42.9
Yüksek Lisans	3	21.4
Doktora	5	35.7
Toplam	14	100.0

Tablo 3 katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımlarını göstermektedir. Yükseköğrenimli katılımcı sayısı(yüksek lisans ve doktora) %57 olarak belirlenmiştir. Geriye kalan %43 ise lisans mezunu düzeyindedir.

Tablo 4. Katılımcıların Pozisyon-Görev Durumları

Pozisyon-Görev	Sıklık(N=14)	Yüzde(%)
Hastane Yöneticisi	6	42.9
İdari Mali İşler Müdürü	6	42.9
İdari Mali İşler Müd. Yrd.	2	14.3
Toplam	14	100.0

Katılımcılar sıklıkla %42.9'u hastane yöneticisi ve idari mali iler müdürü, %14.3 ise idari mali işler müdür yardımcısı pozisyonunda faaliyet göstermektedirler (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların Toplam Kıdem Yılı Dağılımları

Kıdem Yılı	Sıklık(N=14)	Yüzde(%)
5-10	7	50.0
10-20	3	21.4
20>	4	28.6
Toplam	14	100.0

Tablo 5 katılımcıların yarısı 5-10 yıl arası hizmet süresini olduğu, diğer yarısının ise 10 yıl ve üzeri hizmeti olanlarının oluşturduğu görülmektedir. Genel anlamda katılımcıların hastane tecrübelerinin olduğu değerlendirilebilir.

Tablo 6. Katılımcıların Son Görevlerinde Mevcut Kıdem Yılı Dağılımları

Son Görevde Kıdem Yılı	Sıklık(N=14)	Yüzde(%)
<1	6	42.9
1-3	5	35.7
3-7	2	14.3
10>	1	7.1
Toplam	14	100.0

Katılımcılar dan 6'si (%42.9) bir yıldan az, 5'i(%35.7) ise 1-3 yıl arası hastanede yönetici olarak görev yapmaktadır. Tabloya bakılacak olursa hastanede yönetici pozisyonunda çalışan 11(%78.6) çalışanın mevcut görevlerine yeni başladıklarını göstermektedir. Bu durum yönetici pozisyonu devir hızının yüksek olduğunu işaret etmektedir (Tablo 6).

Tablo 7. Katılımcıların Mezun Oldukları Bölüm/Programa Göre Dağılımları

Bölüm/Programa	Sıklık(N=14)	Yüzde(%)
Tıp	6	42.9
İşletme	6	42.9
İktisat	1	7.1
Kamu Yönetimi	1	7.1
Toplam	14	100.0

Tablo 7 katılımcıların mezun oldukları bölüm/programa göre dağılımlarını göstermektedir. Tıp ve işletme bölüm mezunu katılımcıların oranı her ikisinde de en sıklıkla %42.9 olarak belirlendi. Bu durum çalışmaya katılan katılımcıların ağırlıklı olarak tıp mezunu hastane yöneticileri ile işletme mezunu hastane idari mali işler müdürlerinin olduğunu göstermektedir. Diğer bölümler(iktisat ve kamu yönetimi) ise %7.1 ile sıralanmıştır.

Tablo 8. Çalışmanın yapıldığı hastanelerin yatak kapasitesi dağılımı

Yatak Sayısı	Sıklık(N=14)	Yüzde(%)
25-50	8	57.1
50-100	3	21.4
100>	3	21.4
Toplam	14	100.0

Çalışmanın yapıldığı hastanelerin yatak sayıları tablo 8 de görüldüğü gibidir. Hastanelerin yarısından fazlası(%57.1) 25-50 yatak sayısı aralığına sahip küçük ölçekli hastanelerin olduğu görülmektedir. Diğer hastanelerin 3'ü 50-100, yine 3 hastanede bir diğeri grup olan 100 yatak ve üzeri olan hastane olarak belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Katılımcıların İleri Maliyet Yaklaşımları Hakkında Düşünceleri

Maliyet Yaklaşımları	Maliyet Yaklaşımları Hakkında Düşünceler	Cevaplar	N=14	%
Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması	Maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?	Evet	14	100
	Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?	Evet	14	100
	Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	11	78.6
		Kısmen	2	14.3
Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme	Maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?	Evet	13	92.2
	Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?	Hayır	1	7.1
		Evet	12	85.7
	Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	1	7.1
		Evet	7	50.0
		Kısmen	5	35.7
Hedef Maliyetleme	Maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?	Evet	14	100
	Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?	Evet	14	100
		Evet	7	50.0
	Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?	Kısmen	6	42.9
		Hayır	1	7.1
Değer Mühendisliği	Maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?	Evet	14	100
	Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?	Evet	13	92.9
		Hayır	1	7.1
	Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	1	7.1
		Kısmen	10	71.4
Hayır		3	21.4	
Kalite Maliyetleri	Maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?	Evet	14	100
	Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?	Evet	14	100
		Evet	13	92.9
	Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?	Kısmen	1	7.1
Stratejik Maliyet Yönetimi Ve Analizi	Maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?	Evet	14	100
	Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?	Evet	14	100
		Evet	8	57.1
	Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?	Kısmen	6	42.9

Tablo 9. Devamı

Maliyetleme Yaklaşımları	Maliyet Yaklaşımları Hakkında Düşünceler	Cevaplar	N=14	%
Faaliyet Tabanlı Maliyetleme	Maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?	Evet	12	85.7
		Hayır	2	14.3
	Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?	Evet	10	71.4
		Hayır	2	14.3
	Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	7	50.0
		Kısmen	2	14.3
Hayır		1	7.1	
Kaizen Maliyetleme	Maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?	Evet	13	92.2
		Hayır	1	7.1
	Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?	Evet	12	85.7
		Hayır	1	7.1
	Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	8	57.1
		Kısmen	2	14.3
Hayır		2	14.3	
Kıyaslama (BENCHMARKIN G)	Maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?	Evet	14	100
		Evet	14	100
	Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	10	71.4
		Kısmen	3	21.4
		Hayır	1	7.1
Kısıtlar Teorisi (Theory Of Constraints)	Maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?	Evet	14	100
		Evet	14	100
	Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	12	85.7
		Hayır	2	14.3
Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)	Maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?	Evet	14	100
		Evet	14	100
	Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	10	71.4
		Kısmen	4	28.6
Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi	Maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?	Evet	14	100
		Evet	14	100
	Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	7	50.0
		Kısmen	4	28.6
		Hayır	3	21.4

Katılımcıların maliyet yaklaşımları hakkında tutumları tablo 9’da verilmiştir. Tablo 9 genel olarak değerlendirildiğinde katılımcıların maliyetleme yaklaşım modellerini daha önce duydukları ve hakkında bilgiye sahip oldukları anlaşılmıştır. Ancak ilgili maliyet yaklaşımlarının bazılarını kendi hastanelerinde uygulanabilirliği konusunda karasız kaldıkları belirlenmiştir. Bu yaklaşımlar şu şekilde sıralanabilir;

- Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme
- Hedef Maliyetleme
- Kaizen Maliyetleme
- Stratejik Maliyet Yönetimi Ve Analizi
- Faaliyet Tabanlı Maliyetleme
- Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi

Tablo 10. Katılımcıların İleri Maliyet Yaklaşımları Hakkında Bilgi Edinme Yerlerine Göre Dağılımı

Maliyetleme Yaklaşımları Hakkında Bilgi Edinme Yerleri	Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması		Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme		Hedef Maliyetleme		Kaizen Maliyetleme		Değer Mühendisliği		Kalite Maliyetleri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs.	7	23.3	5	20.8	8	29.6	9	37.5	8	27.6	12	22.2
Almış olduğum üniversite eğitimi vs.	8	26.7	7	29.2	7	25.9	5	20.8	9	31.0	8	14.8
Meslektaşlarımdan	2	6.7	1	4.2	5	18.5	2	8.3	3	10.3	8	14.8
Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	7	23.3	6	25.0	4	14.8	6	25.0	7	24.1	11	20.4
Hastanedeki uygulamalar sırasında	5	16.7	4	16.7	3	11.1	2	8.3	1	3.4	11	20.4
Diğer	1	3.3	1	4.2		0.0		0.0	1	3.4	4	7.4
Toplam	30	100	24	100	27	100	24	100	29	100	54	100

Tablo 10. Devamı

Maliyetleme Yaklaşımları Hakkında Bilgi Edinme Yerleri	Stratejik Maliyet Yönetimi Ve Analizi		Faaliyet Tabanlı Maliyetleme		Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi		Kıyaslama (Benchmarking)		Kısıtlar Teorisi (Theory Of Constraints)		Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs.	6	22.2	5	23.8	7	25.0	9	30.0	8	25.0	9	24.3
Almış olduğum üniversite eğitimi vs.	9	33.3	6	28.6	8	28.6	1	33.3	7	21.9	8	21.6
Meslektaşlarımdan	1	3.7	1	4.8	1	3.6	4	13.3	4	12.5	5	13.5
Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	9	33.3	4	19.0	1	35.7	3	10.0	9	28.1	6	16.2
Hastanedeki uygulamalar sırasında	1	3.7	5	23.8	2	7.1	3	10.0	4	12.5	8	21.6
Diğer	1	3.7		0.0		0.0	1	3.3		0.0	1	2.7
Toplam	27	10	21	100	28	100	30	100	32	100	37	100

Çalışmada kullanılan soru seti içinde her bir maliyetleme yaklaşımı için altı seçenekli ve katılımcıların birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri “...maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?” sorusu sorulmuştur. Bu soruya verilen cevapların oransal dağılımı Tablo 10’da verilmiştir. Tablo 10’a bakıldığında, katılımcının aldığı kurs, hizmet içi eğitim seminer gibi kaynaklardan öğrenilen en yaygın yaklaşım %37.5 oranla “Kaizen Maliyetleme”, üniversite eğitimi sırasında %33.3’lük oranla “Stratejik Maliyet Yönetimi Ve Analizi” ve “Kıyaslama (Benchmarking)”, meslektaşlar tarafından %18.5 ile “Hedef Maliyetleme”, yazılı, görsel dokümanlardan veya internet kaynağından %35.7 oranla “Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi” ve hastanedeki uygulamalar sırasında %23.8 oranla “Faaliyet Tabanlı Maliyetleme” yaklaşımıdır. Katılımcıların maliyetleme yaklaşımları konusunda bilgi edinme yolları ilk üç sırayı sırasıyla; hizmet içi eğitim seminerler, üniversite eğitimi sırasında ve yazılı, görsel dokümanlardan veya internet kaynağı oluşturmaktadır.

Tablo 11. İleri Maliyet Yaklaşımlarının Katılımcılar Tarafından Haberdar Olma Durumları

Maliyet Yaklaşımı	Cevaplar	N=14	%
Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması	Evet	14	100
Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme	Evet	13	92.9
	Hayır	1	7.1
Hedef Maliyetleme	Evet	14	100
Kaizen Maliyetleme	Evet	13	92.9
	Hayır	1	7.1
Değer Mühendisliği	Evet	14	100
Kalite Maliyetleri	Evet	14	100
Stratejik Maliyet Yönetimi Ve Analizi	Evet	14	100
Faaliyet Tabanlı Maliyetleme	Evet	12	85.7
	Hayır	2	14.3
Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi	Evet	14	100
Kıyaslama (Benchmarking)	Evet	14	100
Kısıtlar Teorisi (Theory Of Constraints)	Evet	14	100
Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)	Evet	1	100

Maliyetleme yaklaşımlarının katılımcılar tarafından haberdar olma durumlarını gösteren tablo 11 incelendiğinde, katılımcıların tamamına yakını yüksek oranlarda maliyetleme yaklaşımlarını daha önceden duydukları anlaşılmaktadır. Katılımcıların, Maliyetleme yaklaşımlarından “Faaliyet Tabanlı Maliyetleme” yaklaşımını diğer yaklaşımlara nazaran çok az bir oranla daha az haberdar oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 12. İleri Maliyet Yaklaşımlarının Katılımcılar Tarafından Bilinip Bilinmeme Durumları

Maliyet Yaklaşımı	Cevaplar	N=14	%
Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması	Evet	14	100
Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme	Evet	12	85.7
	Hayır	1	7.1
Hedef Maliyetleme	Evet	14	100
Kaizen Maliyetleme	Evet	12	85.7
	Hayır	1	7.1
Değer Mühendisliği	Evet	14	100
Kalite Maliyetleri	Evet	14	100
Stratejik Maliyet Yönetimi Ve Analizi	Evet	14	100
Faaliyet Tabanlı Maliyetleme	Evet	10	71.4
	Hayır	2	14.3
Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi	Evet	14	100
Kıyaslama (Benchmarking)	Evet	14	100
Kısıtlar Teorisi (Theory Of Constraints)	Evet	14	100
Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)	Evet	14	100

Tablo 12 incelendiğinde yine katılımcıların maliyetleme yaklaşımlarından haberdar olma durmalarındaki gibi yüksek oranda maliyetleme yaklaşımlarını bildikleri anlaşılmaktadır. Yine “Faaliyet Tabanlı Maliyetleme” yaklaşımı diğer yaklaşımlara nazaran daha düşük oranla bilgi sahibi oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 13. Katılımcılara Göre Hastanede İleri Maliyet Yaklaşımlarının Uygulanabilirlik Durumu

Maliyet Yaklaşımı	Cevap	N=14	%
Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması	Evet	11	78.6
	Kısmen	2	14.3
	Hayır	1	7,1
	Toplam	14	100.0
Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme	Evet	7	50.0
	Kısmen	5	35.7
	Hayır	2	14.3
	Toplam	14	100.0
Hedef Maliyetleme	Evet	7	50.0
	Kısmen	6	42.9
	Hayır	1	7,1
	Toplam	14	100.0
Kaizen Maliyetleme	Evet	8	57.1
	Kısmen	2	14.3
	Hayır	2	14.3
	Toplam	12	85.7
Değer Mühendisliği	Evet	1	7.1
	Kısmen	10	71.4
	Hayır	3	21.4
	Toplam	14	100.0
Kalite Maliyetleri	Evet	13	92.9
	Kısmen	1	7.1
	Toplam	14	100.0

Tablo 13. Devamı

Maliyet Yaklaşımı	Cevap	N=14	%
Stratejik Maliyet Yönetimi Ve Analizi	Evet	8	57,1
	Kısmen	6	42,9
	Toplam	14	100,0
Faaliyet Tabanlı Maliyetleme	Evet	7	50,0
	Kısmen	2	14,3
	Hayır	1	7,1
	Toplam	10	71,4
Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi	Evet	7	50,0
	Kısmen	4	28,6
	Hayır	3	21,4
	Toplam	14	100,0
Kıyaslama (Benchmarking)	Evet	10	71,4
	Kısmen	3	21,4
	Hayır	1	7,1
	Toplam	14	100,0
Kısıtlar Teorisi (Theory Of Constraints)	Evet	12	85,7
	Kısmen	2	14,3
	Toplam	14	100,0
Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)	Evet	10	71,4
	Kısmen	4	28,6
	Toplam	14	100,0

Katılımcıların maliyet Yaklaşımlarını hastanede uygulanabilme durumu hakkında düşünceleri tablo 13’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, maliyet yaklaşımlarının hastanede uygulanabilirliği hakkında “evet” cevabı alan ilk 3 yaklaşım;

- Kalite Maliyetleri(%92,9)
- Kısıtlar Teorisi (Theory Of Constraints)(% 85,7)
- Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması(%78,6)

Katılımcılar hastanelerinde en fazla “Kalite Maliyetleri” yaklaşımını uygulanabilir bulmaktadırlar.

Maliyet yaklaşımlarının hastanede uygulanabilirliği hakkında sıklıkla“hayır” cevabı alan yaklaşımlar;

- Tam Zamanında Üretim Ortamında ve Değer Mühendisliği Maliyet Yönetimleri (%21,4)
- Kaizen, Kısıtlar Teorisi, Faaliyet Tabanlı ve Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme (%14,3)

Maliyet yaklaşımlarının hastanede uygulanabilirliği hakkında “kısmen” cevabı alan ilk 3 yaklaşım;

- Değer Mühendisliği (%71.4)
- Hedef Maliyetleme ve Stratejik Maliyet Yönetimi Ve Analizi (%42.9)
- Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme (%35.7)

Tablo 14. Katılımcıların Hastanelerde Kârlılığı Ve Maliyetleri Etkileyen Faktörler Hakkındaki Görüşleri

Hastanelerde Kârlılığı Ve Maliyetleri Etkileyen Faktörler	N=14	Ort.	Std. S.
Sağlık hizmetlerinin Fiyatlarının Tek Taraflı Belirlenmesi (SGK) karlılığı olumsuz etkilemektedir	14	2.57	.755
Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) hastanelerin kendine özgü maliyetlerini dikkate almadan belirlemesi karlılığı olumsuz etkiler	14	2.71	.611
Tıbbi Malzeme maliyetlerine gerçek maliyetinin dikkate alınmaksızın ilave edilen kar paylarının düşük olması karlılığı olumsuz etkilemektedir	14	2.28	.825
Ayaktan Hastalarda Vakanın içeriğine bakılmaksızın vaka başı ödeme yöntemi uygulanması karlılığı olumsuz etkilemektedir	14	2.78	.578
Tam Gün Yasası ile hekimlerin kişisel hizmet üretimi yapamamaları karlılığı olumsuz etkilemektedir	14	2.07	.730
Sosyal Güvenlik Kurumunun maliyet kısıtlayıcı politikaları karlılığı olumsuz etkilemektedir	14	2.71	.825
Hastanelerde özel bütçe/ve veya genel bütçeden çok az ödenek verilmesi karlılığı olumsuz etkilemektedir	14	3.14	.534
Hastanelerde etkin bütçe kontrol mekanizmasının olmayışı karlılığı olumsuz etkilemektedir	14	2.78	.801
Hastanelerde stratejik karar alma ve planlamada her bir hizmetin maliyetini hesaplayacak sistemin olmaması karlılığı olumsuz etkilemektedir	14	2.71	.825
Tıbbi cihaz yatırımlarının kamu ihale kanununa göre yapılması maliyetleri artırmaktadır	14	2.35	.633
Hastanenizde ki personelin önemli bir kısmının devlet memurları yasası kapsamında çalıştırılması maliyetleri artırmaktadır	14	2.14	.770
Hastane yönetiminin kaynak planlamasını doğrudan kendisinin yapamaması maliyetleri artırır (tıbbi sarf malzemesi, sağlık vb.)	14	2.71	.611
İlaç ve tıbbi malzeme alımlarında hastane yönetimlerinin doğrudan inisiyatif kullanamaması ve ödeme süresinin uzaması dolayısıyla maliyetlerin artmasına neden olmaktadır	14	4.21	.578

Tablo 14. Devamı

Hastanelerde Kârlılığı Ve Maliyetleri Etkileyen Faktörler	N=14	Ort.	Std. Sapma
Hastanelerde fazla ilaç ve malzeme stoku yapılması maliyetleri artırmaktadır	14	4.35	.744
Hastanelerde etkin bir maliyet ve performans sisteminin kurulmaması maliyetlerin kontrol edilememesine neden olmaktadır	14	4.00	.679
Hastanede fiziki mekan ve tıbbi donanımın ihtiyaçtan fazla bulundurulması maliyetleri artırır	14	3.92	.997
Hizmet Kalite standartlarını artırmak için yapılan giderler maliyetleri artırır (hasta güvenliği)	14	3.21	.801
SGK'nın hizmet birim maliyetlerini düşürmek için maliyet sınırlama stratejisi geliştirmesi kalitesizlik maliyetine neden olmaktadır	14	3.42	.513
SGK'nın hasta faturalarında kesinti yapması hizmet kalitesini etkilemekte ve dolayısıyla hizmet maliyetlerini artırmaktadır	14	2.92	.730
Hastalardan farklı sağlık kuruluşlarında farklı katkı paylarının alınması hastaneye başvuran hasta sayısını düşürdüğü için sağlık hizmeti üretim maliyetlerini artırmaktadır.	14	2.57	.755
Bilimsel araştırma projeleri fonuna döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	14	4.35	.744
Hazineye döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	14	4.42	.646
Performansa dayalı ek ödeme sistemi gereksiz hizmet kullanımını artırdığından dolayı hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	14	2.21	.892
Ülkemizde uygulanan sağlık hizmetleri fiyat tarifesi (SUT) hastanenin sağlık hizmeti üretim maliyetlerini karşılamaktadır	14	2.35	.744
Ülkemizde uygulanan çekirdek kaynak yönetim sistemi (ÇKYS) ve diğer uygulamalar hizmet maliyetini düşürmektedir	14	3.57	.089
Hastanemizde stratejik karar alma ve planlamada herhangi bir finansal yönetim bilgi sistemi uygulaması mevcuttur	14	2.05	.646
Hastanemizde dışarıdan hizmet satın alınması maliyetler düşürmektedir	14	4.21	.699
Tıbbi malzeme tedarikçilerinin kendi aralarında anlaşmaları malzeme maliyetlerinin yüksek olmasına neden olmaktadır	14	3.42	.851

Katılımcıların hastanelerde kârlılığı ve maliyetleri etkileyen faktörler hakkındaki görüşleri tablo 14 incelendiğinde, en yüksek ve en düşük ortalama değerleri alan ilk 5 faktör aşağıda sıralanmıştır.

En yüksek ortalama değer alan ilk beş faktör;

- Hazineye döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır(ort=4.42±.646)
- Bilimsel araştırma projeleri fonuna döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır(ort=4.35±.744)
- İlaç ve tıbbi malzeme alımlarında hastane yönetimlerinin doğrudan insiyatif kullanamaması ve ödeme süresinin uzaması dolayısıyla maliyetlerin artmasına neden olmaktadır (ort=4.21±.578)
- Hastanemizde dışarıdan hizmet satın alınması maliyetler düşürmektedir (ort=4.21±.699)
- Hastanelerde etkin bir maliyet ve performans sisteminin kurulmaması maliyetlerin kontrol edilememesine neden olmaktadır (ort=4.00±.679)

En düşük ortalama değer alan ilk beş faktör;

- Tam Gün Yasası ile hekimlerin kişisel hizmet üretimi yapamamaları karlılığı olumsuz etkilemektedir (ort=2.07±.730)
- Hastanenizde ki personelin önemli bir kısmının devlet memurları yasası kapsamında çalıştırılması maliyetleri artırmaktadır (ort=2.14±.770)
- Performansa dayalı ek ödeme sistemi gereksiz hizmet kullanımını artırdığından dolayı hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır (ort=2.21±.892)
- Tıbbi Malzeme maliyetlerine gerçek maliyetinin dikkate alınmaksızın ilave edilen kar paylarının düşük olması karlılığı olumsuz etkilemektedir (ort=2.28±.825)
- Tıbbi cihaz yatırımlarının kamu ihale kanununa göre yapılması maliyetleri artırmaktadır (ort=2.35±.633)

4.9. Tartışma

Hastanelerde sunulan hizmetlerin etkili, etkin ve sürdürülebilir bir şekilde verilebilmesinin yanında eldeki kaynakların gereken şekilde etkin ve verimli kullanılabilmesi özellikle mali kaynakların yönetilmesini organize eden ve planlayanlar açısından önem arz etmektedir. Bu bağlamda sözü edilen çalışanların maliyet yönetimi hakkında bilgi, beceri ve tecrübeye sahip olmalarını gerektirmektedir. Bu sebeple bu çalışma, hastane yöneticilerinin maliyet yönetimi hakkında bilgi ve becerileri açısından ne durumda olduklarını tespit edilerek hastanelerde yönetici görevinde bulunan çalışanların istihdamında maliyet yönetimi açısından değerlendirilmelerinin gerekliliği açısından önemli olarak değerlendirilmektedir.

Maliyetleme yaklaşım modellerinin önceden duyulup duyulmadığı, bu yaklaşımlar hakkında bilgiye sahip olunup olunmadığı ve ilgili yaklaşımların katılımcıların aktif olarak görev aldıkları kurumlarında uygulanabilirliği hakkındaki düşünceleri değerlendirildiğinde katılımcıların maliyetleme yaklaşım modellerini daha önce duydukları ve hakkında bilgiye sahip oldukları anlaşılmıştır. 2014 yılında yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar edildiği (Çarıkçı, 2014) bu çalışmada ise ağırlıklı olarak tüm yaklaşımların daha önce duyulduğu ve bilgiye sahip olunduğu görüşmüştür.

Bu çalışmada ilgili maliyet yaklaşımlarının bazılarını katılımcılar kendi hastanelerinde uygulanabilirliği konusunda karasız kaldıkları görülmüştür (Tablo 13). Bu yaklaşımlara en düşük evet cevabının verildiği yaklaşımlar aşağıda sıralanmıştır.

- Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme (%50)
- Hedef Maliyetleme (%50)
- Faaliyet Tabanlı Maliyetleme (%50)
- Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi (%50)
- Kaizen Maliyetleme (%57.1)
- Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizi (%57.1)

Görüleceği üzere cevapların yüzde dağılımı 50-57 arasında değişmektedir. Katılımcıların ileri maliyet yaklaşımlarını daha önceden duydukları ve bilgiye sahip

oldukları düşünüldüğünde (Tablo 11,12) yaklaşımların uygulanmasında hastanelerin yatak kapasitelerini ve performanslarının etkili olduğu düşünülmektedir. Çarıkçı'nın çalışmasında benzer sonuçlar çıkmasına karşın bu çalışmadan farklı olarak "Hedef Maliyetleme Yaklaşımı" en düşük yaklaşım olarak belirlenmiştir (Çarıkçı, 2014).

Katılımcıların Maliyetleme Yaklaşımları Hakkında Bilgi Edinme Yerlerine Göre Dağılımı konusunda (Tablo 10) katılımcının aldığı kurs, hizmet içi eğitim seminer gibi kaynaklardan öğrenilen en yaygın yaklaşım "Kaizen Maliyetleme", üniversite eğitimi sırasında "Stratejik Maliyet Yönetimi Ve Analizi" ve "Kıyaslama (Benchmarking)", meslektaşlar tarafından "Hedef Maliyetleme", yazılı, görsel dokümanlardan veya internet kaynağından "Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi" ve hastanedeki uygulamalar sırasında "Faaliyet Tabanlı Maliyetleme" yaklaşımı olarak belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların maliyetleme yaklaşımları konusunda bilgi edinme yolları ilk üç sırayı sırasıyla; hizmet içi eğitim seminerler, üniversite eğitimi sırasında ve yazılı, görsel dokümanlardan veya internet kaynağı oluşturmaktadır.

Çarıkçı'nın çalışmasında katılımcının aldığı kurs, hizmet içi eğitim seminer gibi kaynaklardan öğrenilen en yaygın yaklaşım "Kalite Maliyetleri", üniversite eğitimi sırasında "Faaliyet Tabanlı Maliyetleme", meslektaşlar tarafından "Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması", hastanedeki uygulamalar sırasında ve yazılı, görsel dokümanlardan veya internet kaynağından "Kıyaslama (Benchmarking)" yaklaşımı olarak belirlenmiştir (Çarıkçı, 2014). Görüleceği üzere bu çalışma ile Çarıkçı'nın çalışması arasında benzerlik görülmemektedir.

Bu çalışma için 4 adet hipotez kurulmuş olup bunlardan ilki;

H₁:Katılımcılar ileri maliyetleme yaklaşımları konusunda haberdar değillerdir.

Bu hipotez için aşağıda çeşitli istatistikî analiz çalışmalarına yer verilecektir.

Tablo. 15 İleri Maliyet Yaklaşımlarının Katılımcılar Tarafından Haberdar Olma Durumu Ortalaması

Ortalama	n	Ort.	Std.S.
	14	.023	.039

H₁ hipotezinin doğrulaması için ortalama değerinin karşılaştırılması gerekmektedir. Bunun için tek örneklem t testi (One-Sample T Test) yapılmıştır(Tablo16).

Tablo 16. İleri Maliyet Yaklaşımlarının Katılımcılar Tarafından Haberdar Olma Tek Örneklem T Testi

Ortalaması	Ortalama fark için %95 güven aralığı				
	t	sd	p	Alt	Üst
	-572.368	13	.000	-5.976	-5.998

Maliyetleme yaklaşımlarının katılımcılar tarafından haber dar olma tek örneklem T Testi sonuçları % 95 güven aralığında ($p < .05$) farklılaşmaktadır. Yani ortalama değer ($ort=.023 \pm .039$) sıfır(0) a yakın çıkmıştır. Bu değer ışığında “Katılımcıların ileri maliyetleme yaklaşımları konusunda haberdar değillerdir” H₁ hipotezi reddedilir.

Çalışmanın ikinci hipotezi;

H₂:Katılımcılar ileri maliyetleme yaklaşımları hakkında bilgi sahibi değillerdir.

Tablo 17. İleri Maliyet Yaklaşımlarının Katılımcılar Tarafından Bilinme Durumu Ortalaması

Ortalama	n	Ort.	Std.S.
	14	.024	.040

H₂ hipotezinin doğrulaması için ortalama değerinin karşılaştırılması gerekmektedir. Bunun için tek örneklem t testi (One-Sample T Test) yapılmıştır(Tablo18).

Tablo 18. İleri Maliyet Yaklaşımlarının Katılımcılar Tarafından Bilinme Durumu Tek Örneklem T Testi

Ortalaması	Ortalama fark için %95 güven aralığı				
	t	sd	p	Alt	Üst
	2.278	13	.040	.02435	.0013

Maliyetleme yaklaşımlarının katılımcılar tarafından bilinme durumu tek örneklem T Testi sonuçları % 95 güven aralığında ($p < .05$) farklılaşmaktadır. Yani ortalama değer ($ort = .024 \pm .040$) sifıra yakın çıkmıştır. Bu değer ışığında “Katılımcıların ileri maliyetleme yaklaşımları hakkında bilgi sahibi değillerdir” H_2 hipotezi reddedilir.

Çalışmanın üçüncü hipotezi;

H_3 : Katılımcılar ileri maliyetleme yaklaşımlarının hastanelerde uygulanabilir olduğunu düşünmemektedirler.

Tablo 19. Katılımcılara Göre Hastanede İleri Maliyet Yaklaşımlarının Uygulanabilirlik Durumu Ortalaması

Ortalama	n	Ort.	Std.S.
	14	2.622	.243

H_3 hipotezinin doğrulaması için ortalama değerinin karşılaştırılması gerekmektedir. Bunun için tek örneklem t testi (One-Sample T Test) yapılmıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcılara Göre Hastanede İleri Maliyet Yaklaşımlarının Uygulanabilirlik Durumu Tek Örneklem T Testi

Ortalaması	Ortalama fark için %95 güven aralığı				
	t	sd	p	Alt	Üst
	9.579	13	.000	.62251	.4821

Maliyetleme Yaklaşımlarının Katılımcılar maliyetleme yaklaşımlarını hastanelerinde uygulanabilirliği durumu Tek Örneklem T Testi sonuçları % 95 güven aralığında ($p < .05$) farklılaşmaktadır. Bu değer ışığında “Katılımcıların ileri maliyetleme yaklaşımları hakkında bilgi sahibi değillerdir” H_3 hipotezi reddedilir.

Çalışmanın dördüncü hipotezi;

H₄:Katılımcılar hastanelerinde karlılığı ve maliyetleri etkileyen faktörler konusunda olumsuz düşüncelere sahiptirler.

Tablo 21. Katılımcıların Hastanelerinde Karlılığı Ve Maliyetleri Etkileyen Faktörler Durumu Ortalaması

Ortalama	n	Ort.	Std.S.
	14	2.4658	.20806

H₄hipotezinin doğrulaması için ortalama değerinin karşılaştırılması gerekmektedir. Bunun için tek örneklem t testi (One-Sample T Test) yapılmıştır(Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların Hastanelerinde Karlılığı Ve Maliyetleri Etkileyen Faktörler Durumu Tek Örneklem T Testi

Ortalaması	t	sd	p	Ortalama fark için %95 güven aralığı	
				Alt	Üst
	11,974	13	.000	.66582	.5457

Katılımcıların hastanelerinde karlılığı ve maliyetleri etkileyen faktörler konusunda durumu tek örneklem t testi sonuçları % 95 güven aralığında ($p < .05$) farklılaşmaktadır. Yani ortalama değer ($ort=2.465 \pm .208$) sifira yakın çıkmıştır. Bu değer ışığında “Katılımcıların ileri maliyetleme yaklaşımları hakkında bilgi sahibi değillerdir” H₄ hipotezi reddedilir.

SONUÇ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artan nüfus yoğunluğu nedeniyle artan tüketim çılgınlığının sağlık sektörüne yansımaları sağlık harcamalarında yaşanan ciddi yükselişle kendini göstermektedir. Sağlık sektörü tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de diğer sektörlere göre hızla büyümektedir. Son 15 yılda ülkemiz ekonomisindeki olumlu gelişmeler ve sağlık politikalarında yapılan yönetsel ve uygulama yönelik köklü reformlar sağlık hizmetlerinde hizmete erişebilirliği artırmış, sağlık hizmetinin daha etkin ve kaliteli halde alınmasını sağlamıştır. Sağlık hizmetlerine talebin ivme kazanarak artış göstermesi, sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetlerin çeşitliliği, yüksek tıbbi teknolojiye ihtiyacın olması, emek yoğun işletmeler olması, personel sayısında ve profesyonelleşme oranının yüksek olması gibi unsurlar sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran en önemli parametreler arasında sayılmaktadır. Böylesi bir sektörün finansmanı elbet güç olmaktadır. Politika belirleyicilerinin özellikle kamu sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili etkin politikalar geliştirerek, bu alanda maliyeti düşürürken hizmetin kalitesini ve etkinliğini azaltacak düzenlemelerden kaçınılmaktadırlar. Bu durumda sağlık hizmetlerinde maliyet yönetimi ile ilgili etkin düzenlemeleri içeren politikaların üretilmesi önem arz etmektedir.

Hastaneler sağlık hizmetleri sektöründe iş yükü anlamında sağlık hizmetini büyük kısmını karşılayan, emek yoğun ve en karmaşık işletmelerin başında gelmektedir. Bu karmaşık organizasyonun gerek organizasyonel anlamda yönetimi gerekse mali açıdan yönetilmesi karmaşık ve güç olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin odağında insanın olması verilen hizmetin önemini bir kez daha gösterir niteliktedir. Bu denli önemli hizmetin devamlılığı için etkili ve etkin bir maliyet yönetiminin sağlanması özel önem arz etmektedir. Hizmetin sürekliliği ve kalitesinde düşüşe sebep olmadan hastanede mali yönetimle ilgili olana yöneticilerin maliyetleme yaklaşımlarının hangisini uygulayacakları üzerinde durulması gereken bir konu olarak değerlendirilmelidir.

Bu sebeple Artvin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerinde görev yapan mali yönetimle ilgili yöneticilerin ileri maliyet yönetimi yaklaşımları konusunda bilgi ve algıları belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla, Artvin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı 25-100 yatak kapasitesine sahip 14

hastanede yönetici pozisyonunda hastanenin mali işlerle ilgilenen yöneticilere hazırlanan soru seti uygulanmıştır. Çalışma için 4 hipotez oluşturulmuştur. Bunlar;

H₁: Katılımcılar ileri maliyetleme yaklaşımları konusunda haberdar değildir.

H₂: Katılımcıları ileri maliyetleme yaklaşımları hakkında bilgi sahibi değildir.

H₃: Katılımcılar ileri maliyetleme yaklaşımlarının hastanelerde uygulanabilir olduğunu düşünmemektedirler.

H₄: Katılımcılar hastanelerinde karlılığı ve maliyetleri etkileyen faktörler konusunda olumsuz düşüncelere sahiptirler, şeklinde sıralanan hipotezlerdir.

Çalışmada güncel olan 12 ileri maliyetleme yaklaşımının yöneticiler tarafından değerlendirmesi üzerinde durulmuştur. Bu yaklaşımlar sırası ile şu şekildedir;

- Hedef Maliyetleme (Target Costing),
- Mamul Yaşam Dönemi Maliyetlemesi (Product Life Cycle Costing),
- Faaliyet Tabanlı Maliyetleme (Activity Based Costing),
- Dengeli Puan Kartı (Balanced Scorecard),
- Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetim(Just-in-Time Production and Costing),
- Kaizen Maliyetleme (Kaizen Costing),
- Kalite Maliyetleri (Quality Costing),
- Kıyaslama (Benchmarking),
- Değer Mühendisliği (Value Engineering),
- Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması,
- Stratejik Maliyet Yönetimi (Strategic Costing Management),
- Kısıtlar Teorisi (Theory of Constraints),

Çalışma sonuçları katılımcıların tamamına yakınının maliyet yönetimi yaklaşımlarını daha önceden duydukları anlaşılmaktadır. Katılımcıların, maliyet yönetimi yaklaşımlarının tamamına yakınından haberdar olma seviyelerinin yüksek olması, hastanelerde bu yaklaşımları uygulanması sürecinde yaşanacak olan sorunların çözülmesine yardımcı olacaktır. Ayrıca yöneticilerin ileri maliyet yönetimi hakkında

önceden haberdar olmaları, ulusal sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve dünya ile entegrasyonda itici güç olarak fayda sağlayacaktır.

Çalışmadan çıkarılacak bir diğer sonuç ise; yine katılımcıların maliyetleme yaklaşımlarından haberdar olma durumlarındaki gibi yüksek oranda maliyetleme yaklaşımlarını bildikleri anlaşılmaktadır. Ancak yaklaşımlardan “Faaliyet Tabanlı Maliyetleme” yaklaşımı, katılımcıların diğer yaklaşımlara nazaran da az bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Günümüzde sektörde ayakta kalmak ve devamlılığı sağlamak işletmeler açısından hayati öneme sahiptir. Bu bağlamda yöneticilerin ileri maliyetleme yaklaşımları konusunda bilgi sahibi olmaları onların kaliteli, sürekli iyileşme ve gelişme, verimlilik ve etkinliği üst düzeyde tutma ve proaktif yaklaşımla stratejik kararlar verebilme gibi işletmeyi özel ve değerli kılacak uygulamaları yapmasını sağlayacaktır.

Katılımcıların ileri maliyetleme yaklaşımlarını katılımcının aldığı kurs, hizmet içi eğitim seminer gibi kaynaklardan öğrenilen en yaygın yaklaşım “Kazien Maliyetleme”, üniversite eğitimi sırasında “Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizi” ve “Kıyaslama (Benchmarking)”, meslektaşlar tarafından “Hedef Maliyetleme”, yazılı, görsel dokümanlardan veya internet kaynağından “Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi” ve hastanedeki uygulamalar sırasında “Faaliyet Tabanlı Maliyetleme” yaklaşımıdır. Katılımcıların maliyetleme yaklaşımları konusunda bilgi edinme yolları ilk üç sırayı sırasıyla; hizmet içi eğitim seminerler, üniversite eğitimi sırasında ve yazılı, görsel dokümanlardan veya internet kaynağı oluşturmaktadır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarının hastanelerinde uygulanabileceğini düşünmektedirler. Özellikle “Kalite Maliyetleri”, “Kısıtlar Teorisi (Theory Of Constraints)” ve “Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması” yaklaşımlarını diğer yaklaşımlara oranla daha uygulanabilir görmektedirler. Bunların yanı sıra “Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme” yaklaşımı ise en az uygulanabilir olarak değerlendirmişlerdir.

Çalışmada katılımcılar, hazineye döner sermayeden kaynak aktarılmasını, bilimsel araştırma fonuna kaynak aktarılmasını, ilaç ve tıbbi malzeme alımlarında yönetimin doğrudan inisiyatif kullanmaması ve ödeme süresinin uzaması, hastanenin

dışarıdan hizmet alımı(Outsourcing) yapması ve hastanede etkin bir maliyet ve performans sisteminin kurulmaması gibi durumları hastane karlılığını ve maliyetleri olumsuz yönde yani karlılığı düşürdüğü ve maliyetleri, yükselttiği görüşündedirler. Tüm bu olumsuz unsurların ileri maliyet yaklaşımı yöntemleri kullanılarak çözüm üretilebileceği görülmektedir. Bu nedenle günümüzde ileri maliyet yaklaşımlarının yöneticiler tarafından kaçınılmaz olarak benimsenerek değerlendirilmesi ve hastanelerde uygulanması önem arz etmektedir.



KAYNAKÇA

- Acar, Durmuş. 1999, Maliyet Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar ve Tekstil Sektörü İşletmelerinin Uygulamaları İle ilgili Bir Araştırma, Doçentlik Tezi, Isparta
- Acar, Durmuş. Alkan Hasan. 2003, Mamul Maliyetlerinin Yönetiminde Etkin Bir Araç: Değer Mühendisliği, Selçuk üniversitesi, iktisadi ve idari bilimler fakültesi Y.2003,C.8,S.1,s.59-77
- Acar, Durmuş. 2005, Küresel Rekabette Maliyet Yönetimi ve Yaklaşımları, Asil Yayın Dağıtım, Şubat.
- Ak, Bilal. 1990, Hastane Yöneticiliği, Özkan Matbaası, Ankara
- Akay, Mustafa. 2007, Bir Kamu Hastanesinde İşletme Performansının Makroergonomik Açından Değerlendirilmesi: Boyabat 75. Yıl Devlet Hastanesi Örneği, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi , Ankara, s.
- Akdur, Recep. 1998, Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler. Ankara: Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, s. 5-14
- Aksoylu, Semra. Dursun Yunus 2001, Pazarda Rekabetçi Üstünlük Aracı Olarak Hedef Maliyetleme, Erciyes Üniversitesi Sosyal B.E. Dergisi, Sayı: 11, s. 356-371
- Alkan, Hasan. 2002, Kalitesizliğin Önemli Bir Boyutu: Maliyet Artışı, Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi, Seri: A, Sayı:2:97-118
- Alkan, Hasan. 2001, İşletme Başarısında Maliyet Yönetiminin Rolü Ve Maliyet Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar, Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi Seri: A, Sayı: 2, Yıl: 2001, ISSN: 1302-7085, Sayfa:177-192.
- Alpugan, Oktay. 1995, Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler” Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar, Eskişehir, s. 158
- Altay, Asuman. 2007, Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi Sayı: 64, ss.33-58
- Ardıç, Muhammed. 2010, Maliyet Yönetimi Yaklaşımları Ve Devlet Orman İşletmelerinde Uygulanabilirliklerinin Araştırılması, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi Erzurum, s.14
- Ateş, Metin. 2011, Sağlık Sistemleri, Beta Yayıncılık, İstanbul, s. 2
- Basık, Orhon Feryal. 2012, Rekabet Stratejisinde Maliyet Yönetimi, Türkmen Kitabevi, İstanbul. s. 364-367
- Bengü, Haluk. Arslan Seçkin. 2009, Hastane İşletmesinde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Uygulaması, Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi, C:XI, Sayı: II. s. 55-78
- Büyükmirza, Kamil. 2003, Maliyet ve Yönetim Muha-sebesi, Gazi kitabevi, 9.baskı, Ankara, Ağustos 2003, s.280

- Büyükmirza, Kamil. 2012, Maliyet ve Yönetim Muhasebesi, Tekdüzen'e Uygun Bir Sistem Yaklaşımı, Gazi Kitabevi, 17. Baskı, Ankara.
- Can, Ahmet Vecdi. 2004, Hedef Maliyetleme Kuram ve Uygulama, Sakarya Kitabevi, Mart.
- Çakır, Nesrin. 2014, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Sağlık Çalışanları Açısından Değerlendirilmesi (Sarayköy Devlet Hastanesi Örneği, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, s.15
- Çarıkcı, Oğuzhan 2014, İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Hastane Yöneticileri Tarafından Algılanma Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Doktora Tezi.
- Demirdöğen, Osman. Küçük Orhan. 2003, Kıyaslama (Benchmarking) Süreci ve ürün Odaklı Kıyaslamaların İmalatçı İşletmelerde Uygulanmasının Verimliliğe Etkisi, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 17, Ekim, Sayı:3-4, s. 303-320
- Dursun, Adem. 2001, Tam Zamanında Üretim (TZÜ) Sisteminde Standart Maliyet Fark Analizleri, Muhasebe ve Denetime Bakış, Yıl: 1, Sayı:3, s. 19-30
- Ekin, Aslı. Yanık Aygül. Kıyak Mithat. 2012, Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dışarıdan Satın Alınan Hizmetlerin Ekonomik Değerlendirmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:15, Sayı:1, s. 1-23
- Erden, Selman Aziz. 2004, Üretim Ortamları Maliyet Yönetim Sistemleri İlişkisi ve Stratejik Maliyet Yönetimi, Türkmen Kitabevi, İstanbul
- Forker, LB. Mendez D. Hershauer JC. 2001, Total Quality Management in the Supply Chain: What is the Impact on Performance?, International Journal of Production Research, Vol: 35, No: 61
- Garan, Mustafa. Sağlık Kurumlarında Maliyetleri Etkileyen Faktörler, <https://prezi.com/7wf9vaejvn3q/saglik-kurumlarinda-maliyetleri-etkileyen-faktorler/>, Erişim:14.04.2016
- Goetsch, DL. Davis BS. 2010, Quality Management for Organizational Excellence Introduction to Total Quality, Upper Saddle River, Sixth Edition, N.J., Prentice Hall.
- Gülmez, Mustafa. 2007, Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, C:6, S:2, s.147
- Gürdal, Kadir. 2007, Maliyet Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar, Siyasal Kitabevi, Şubat, Ankara.
- Hacırüstemoğlu, Rüstem. Şakrak Münir. 2002, Maliyet Muhasebesinde Yeni Yaklaşımlar, Türkmen kitabevi, İstanbul
- Hayran, Osman. Haydar Sur. 1998, Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat, Yüce Yayın, İstanbul, s. 22
- IMAI, Masaaki; Kazien Japonya'nın Rekabetteki Başarısının Anahtarı, İstanbul, Kalder Yayınları, 2003

- İncesu, Emrullah. 2013, Hastane İşletmelerinde Kalite Maliyet Analizi: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama, Sağlıkta Performans Ve kalite Dergisi, Sayı:6,s:113-141
- KalDer. 1997, Kıyaslama (Benchmarking) Başkalarından Öğrenmek TKY, Kalder Yayınları, Benchmarking Uzmanlık Grubu, No:15
- Karahan, Atila. 2009, Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma), Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 12, Sayı 21, s. 185-199
- Karasioğlu, Fehmi. Çam Alper Veli. 2008, Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması, Niğde Üniversitesi, İİBF Dergisi, cilt:1, sayı: 1,s.16
- Karçıoğlu, Reşat. 1994, Yeni bir Maliyet ve Yönetim Muhasebesi Sistemi Olarak Faaliyet Esasına Dayalı Maliyetleme, Verimlilik Dergisi, Sayı:2
- Karçıoğlu, Reşat. 2000, Stratejik Maliyet Yönetimi, Maliyet ve Yönetim Muhasebesinde Yeni Yaklaşımlar, Aktif Yayınevi, Erzurum.
- Kavrakoğlu, İbrahim. 2012, Toplam Kalite Yönetimi , Kalder Yayınları No:2
- Kavuncubaşı, Şahin. Adnan Kısa. 2007, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2007, s. 65
- Kırlı, Mustafa. Kayalı Nilgün. 2010, Stratejik Maliyet Yönetimi ve Kısıtlar Teorisi: Bir Uygulama, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 8, Sayı:2, s. 93-115
- Kırlioğlu, Hilmi. 1998, Kalite Maliyetleri Muhasebesi, Değişim Yayınları
- Koçel, Tamer. 2003, İşletme Yöneticiliği: Yönetici Geliştirme, Organizasyonu ve Davranışı, Beta Yayınları, İstanbul.
- Kurtulmuş, Sevgi. 1998, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları, s.52
- Maliyet Yönetimi nedir, ne demek? <http://muhasabeturk.org/ecopedia/396-m/26431-maliyet-yonetimi-nedir-ne-demek.html>, Erişim:01.07.2016
- Menderes, Münevver. 1995, Sağlık Kurumlarında Muhasebenin Önemi. Hastane İşletmeciliği: Seçme yazılar, s.311-327
- Mutlu, Ayşegül. Işık Kadir. 2012, Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Basım Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ekim, Bursa, s.96
- Öğüt, Adem. İraz Rıfat. Zerenler Muammer. 2008, Değer Mühendisliği (Value Engineering) Uygulamalarının Fonksiyonel Etkinlik Açısından İşletmelerin Somut Ve Soyut Varlıklarına Yönelik Olası Etkileri. SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 3:51-68
- Ömürgönülşen, Mine. 2008, Kalite Maliyetlerinin Ölçümü: Gıda Sektöründe Bir Araştırma, Milli Produktivite Merkezi Yayınları, No: 703

- Ölçer, Ferit. 2005, Dengeli Stratejik Performans Ölçüm ve Yönetim Sistemi'nin (Balanced Scorecard) Tasarımı ve Uygulanması, Amme İdaresi Dergisi, Cilt:38, Sayı:2, s. 89-134
- Öker, Figen. 2007, Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Üretim ve Hizmet İşletmelerinde Uygulamalar, Literatür Yayıncılık, s.36
- Özbay, Tanju. Sorularla Dış Kaynak Kullanımı, <http://www.ito.org.tr/itoyayin/0023185.pdf>, Erişim: 01.05.2016
- Özdemir, Kürşat. Maliyet Muhasebesi Genel Bilgiler http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0_3lmqU96IcJ:img.eba.gov.tr/542/14d/6ae/11e/6d1/c84/4fa/b99/dc2/075/9e7/7cc/63a/c9c/001/54214d6ae11e6d1c844fab99dc20759e77cc63ac9c001.pdf%3Fname%3DMaliyet%2520muhasebesi.pdf+%cd=1&hl=tr&ct=clnk&gl=tr, Erişim:04.06.2016
- Özgen, Hüseyin. Öztürk Azim. 1992, Türkiye'deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma, Sosyal Siyaset Dergisi, C:1,S:8, s: 27-37
- Özgen, Hacer. Tatar Mehtap. 2007, Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet-Etkinlik Analizi ve Türkiye'de Durum, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, Sayı:2, s. 109-137
- Özgener, Şevki. Küçük Fatma. 2008, Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler E. Dergisi, Sayı: 20., s. 341-358
- Özgülbaş, Nermin. Tarcan Menderes. 2013, Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi, AÖF Yayınları, Eskişehir, Ocak, s. 42
- Özkan, Azzem. 2003, Hastane İşletmelerinde Maliyetleme Yaklaşımları, Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:22, Sayı: 2, s.113-130
- Özkan, Muhittin. Turgut Namigar. Ay Asime. Uslu Kamil. 2013, Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması, Okmeydanı Tıp Dergisi, Cilt:29, Sayı:1., s. 26-32
- Öztek, Zafer. 2001, Sağlık Kavramı Ve Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye Dergisi, C:39, s.294
- Pala, Kayıhan. 2008, Sağlık Hizmetleri İçinde İşyeri Hekimliğinin Yeri, İşyeri Hekimliği Ders Notları. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, s.29-32
- Pekdemir, Recep. 1998, Faaliyet Tabanlı Maliyetleme ve Genel İmalat Maliyetleri, İstanbul: Tesmer Yayın No:17
- Peker, Alparsalan. 1983, Modern Yönetim Muhasebesi, Filiz Kitabevi, Geliştirilmiş 3. Baskı, s.9-14, İstanbul 1983
- Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yatakl%C4%B1%20tedav>, Erişim:22.05.2016

- Sağlık hizmetleri, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240, Erişim: 01.04.2015
- Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Hizmet Kalite Standartları, http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm, Erişim:14.06. 2016
- Sağnak, Pınar. 2010, Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi Ve Müşteri Tatmini Yaratılmasındaki Rolü Ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; Gata Hastanesi'nde Bir Araştırma, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, s.48
- Saraç, Osman. 2005, Benchmarking ve Stratejik Yönetim, Sayıştay Dergisi, Sayı:56, s. 53-77
- Schiffauerova A. Thomson V. 2006, A Review Of Research On Cost Of Quality Models And Best Practices". International Journal Of Quality and Reliability Management, Vol:23, No:4, s.1-23
- Seçim, Hikmet. Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri, <http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm>, Erişim: 15.07.2016
- Sevinç, Mutlu. 2012, Akredite Edilmiş Hastanelerde Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması: İki (Özel) Hastane Uygulaması, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği, Yüksek Lisans Tezi, s.4
- Sharma RK, Kumar D, Kumar P. 2007, Quality costing in process industries through QCAS: a practical case. International Journal of Production Research, August, Vol. 45, No. 15, s.3381-3403
- Superville CR, Jones SF, Boyd JL. 2003, Quality Costing: Modeling with Suggestions for Managers. International Journal of Management, September, Vol.20, No.3, s.346- 352
- Somunoğlu, Sinem. Ağırbaş İsmail. Tengilimoğlu Dilaver. Erdem Ramazan. Akbulut Yasemin. Eriğüç İsmail. 2012, Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemleri, Sağlık Kurumları Yönetimi-I, 1.Baskı, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, s. 11
- Sözen, Cemil. Özdevecioğlu, Mahmut. 2002, Sağlık Hizmetlerinde Ve İşletmelerinde Yönetim, Nobel, Ankara, s. 2
- Sözen, Cemil. 2003, Sağlık Yönetimi, Palme Yayıncılık, Ankara, s.100
- Şahin, Tahir Kemal. Bakıcı Hacer. Bilban Sezgin. Dinçer Şaduman. Yurtçu Müslüm. Günel Engin. 2005, Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması, Genel Tıp Dergisi, C:15, S:4, s. 139
- Şahin, Ümit. Demircan Nejat. 2008, Ülkemizde Sağlık Sisteminin Reorganizasyonu İçin Bir Araç Olarak ISO 9001:2000, VI. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bildirileri, s.37-41
- Şakrak, Münir. 1997, Maliyet Yönetimi Maliyet ve Yönetim Muhasebesinde Yeni Yaklaşımlar , Yasa Yayınları Yayın No: 080,ISBN 975-367-028-4
- Tarım, Mehveş. 2004, Sağlık Sektöründe Performans Ölçme ve Balanced Scorecard, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Sayı: 2, Cilt: 7,s. 233-248

Tengilimoğlu, Dilaver. 2000, Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar ve Czm nerileri. Modern Hastane Yönetim Dergisi, Mayıs-Haziran, (3), s.12-15

Yükçü, Süleyman. 2007. Yöneticiler İçin Muhasebe Yönetim Muhasebesi, Birleşik Matbaacılık, Nisan, İzmir.

Yzbaşioğlu, Nedim. 2004, İşletmelerde Stratejik Yönetim ve Planlama Açısından Stratejik Maliyet Yönetimi Enstrümanları, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı:12, s. 387-410



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Emel KARAKULLUKÇU
Doğum Tarihi ve Yeri : 23.01.1979/ Artvin
Yabancı Dil : İngilizce, Gürcüce
E Mail :emelkarakullukcu_@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Önlisans Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği
Lisans Anadolu Üniversitesi İşletme Bölümü

MESLEKİ DENEYİM

Borçka Devlet Hastanesi Ameliyathane Servisi-1998 (Devam etmekte)

EKLER

EK.1. Veri Toplama Formu

Değerli katılımcı;

“Artvin Kamu Hastanelerinde Çalışan Yöneticilerin İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımları Konusundaki Algılarının Belirlenmesi” başlıklı bir çalışma için hazırlanan soru setini eksiksiz ve doğru doldurmanız, çalışmanın doğru sonuçlar vermesi açısından için önemlidir. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Emel KARAKULLUKÇU
Yüksek Lisans Öğrencisi

Maliyet Yönetimi

(* İşareti ile biten sorular zorunludur.)

1. Eğitim Durumu

- Lisans
 Yüksek Lisans
 Doktora

2. Pozisyon-Görev

- Hastane Yöneticisi
 İdari Mali İşler Müdürü
 İdari Mali İşler Müdür Yardımcısı

3. Toplam Kıdem Yılı

- 1-5 yıl
 5-10 yıl
 10-20
 20 yıl ve üzeri

4. Mevcut Görev Kıdem Yılı

- 1 yıldan az
 1-3 yıl
 3-7 yıl
 10 yıl ve üzeri

5. Hastanenizin yatak kapasitesi

- 25-50
 50-100
 100 ve üzeri

6. Mezun Olduğunuz Bölüm/Program(tıp, işletme, iktisat, kamu yönetimi vb.)

.....

7- Hastanelerde kârlılığı etkileyen faktörler

<i>Aşağıdaki Konularda HASTANENİZ açısından size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz...</i>					
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Sağlık hizmetlerinin Fiyatlarının Tek Taraflı Belirlenmesi (SGK) karlılığı olumsuz etkilemektedir	()	()	()	()	()
Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) hastanelerin kendine özgü maliyetlerini dikkate almadan belirlemesi karlılığı olumsuz etkiler	()	()	()	()	()
Tıbbi Malzeme maliyetlerine gerçek maliyetinin dikkate alınmaksızın ilave edilen kar paylarının düşük olması karlılığı olumsuz etkilemektedir	()	()	()	()	()
Ayaktan Hastalarda Vakanın içeriğine bakılmaksızın vaka başı ödeme yöntemi uygulanması karlılığı olumsuz etkilemektedir	()	()	()	()	()
Tam Gün Yasası ile hekimlerin kişisel hizmet üretimi yapamamaları karlılığı olumsuz etkilemektedir	()	()	()	()	()
Sosyal Güvenlik Kurumunun maliyet kısıtlayıcı politikaları karlılığı olumsuz etkilemektedir	()	()	()	()	()
Hastanelerde özel bütçe/ve veya genel bütçeden çok az ödenek verilmesi karlılığı olumsuz etkilemektedir	()	()	()	()	()
Hastanelerde etkin bütçe kontrol mekanizmasının olmayışı karlılığı olumsuz etkilemektedir	()	()	()	()	()
Hastanelerde stratejik karar alma ve planlamada her bir hizmetin maliyetini hesaplayacak sistemin olmaması karlılığı olumsuz etkilemektedir	()	()	()	()	()
Tıbbi cihaz yatırımlarının kamu ihale kanununa göre yapılması maliyetleri artırmaktadır	()	()	()	()	()
Hastanenizde ki personelin önemli bir kısmının devlet memurları yasası kapsamında çalıştırılması maliyetleri artırmaktadır	()	()	()	()	()
Hastane yönetiminin kaynak planlamasını doğrudan kendisinin yapamaması maliyetleri artırır (tıbbi sarf malzemesi, sağlık vb.)	()	()	()	()	()
İlaç ve tıbbi malzeme alımlarında hastane yönetimlerinin doğrudan inisiyatif kullanamaması ve ödeme süresinin uzaması dolayısıyla maliyetlerin artmasına neden olmaktadır	()	()	()	()	()
Hastanelerde fazla ilaç ve malzeme stoku yapılması maliyetleri artırmaktadır	()	()	()	()	()
Hastanelerde etkin bir maliyet ve performans sisteminin kurulmaması maliyetlerin kontrol edilememesine neden olmaktadır	()	()	()	()	()

Hastanede fiziki mekan ve tıbbi donanımın ihtiyaçtan fazla bulundurulması maliyetleri artırır	()	()	()	()	()
Hizmet Kalite standartlarını artırmak için yapılan giderler maliyetleri artırır (hasta güvenliği)	()	()	()	()	()
SGK'nın hizmet birim maliyetlerini düşürmek için maliyet sınırlama stratejisi geliştirmesi kalitesizlik maliyetine neden olmaktadır	()	()	()	()	()
SGK'nın hasta faturalarında kesinti yapması hizmet kalitesini etkilemekte ve dolayısıyla hizmet maliyetlerini artırmaktadır	()	()	()	()	()
Hastalardan farklı sağlık kuruluşlarında farklı katkı paylarının alınması hastaneye başvuran hasta sayısını düşürdüğü için sağlık hizmeti üretim maliyetlerini artırmaktadır.	()	()	()	()	()
Bilimsel araştırma projeleri fonuna döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	()	()	()	()	()
Hazineye döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	()	()	()	()	()
Performansa dayalı ek ödeme sistemi gereksiz hizmet kullanımını artırdığından dolayı hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	()	()	()	()	()
Ülkemizde uygulanan sağlık hizmetleri fiyat tarifesi (SUT) hastanenin sağlık hizmeti üretim maliyetlerini karşılamaktadır	()	()	()	()	()
Ülkemizde uygulanan çekirdek kaynak yönetim sistemi (ÇKYS) ve diğer uygulamalar hizmet maliyetini düşürmektedir	()	()	()	()	()
Hastanemizde stratejik karar alma ve planlamada herhangi bir finansal yönetim bilgi sistemi uygulaması mevcuttur	()	()	()	()	()
Hastanemizde dışarıdan hizmet satın alınması maliyetler düşürmektedir	()	()	()	()	()
Tıbbi malzeme tedarikçilerinin kendi aralarında anlaşmaları malzeme maliyetlerinin yüksek olmasına neden olmaktadır	()	()	()	()	()

DEĞER YARATMAYAN MALİYETLERİN ORTADAN KALDIRILMASI: Mamul ve hizmet üretimlerinde fonksiyon, kalite, performans gibi sunulacak olan hizmetin özelliklerin de bir gerilemeye neden olmaksızın bazı faaliyetlerin ortadan kaldırılmasıdır. Temel amaç ortadan kaldırılan faaliyetlerin hastaneye olan maliyetlerini tasarrufa dönüştürmektir. (Bu açıklama 8-11 sorularını kapsamaktadır.)

8.Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 9. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 11. soruya geçiniz

Evet ()
Hayır ()

9.Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 10. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 11. soruya geçiniz.

Evet ()
Hayır ()

10.Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs ()
Almış olduğum üniversite eğitimi vs ()
Meslektaşlarımdan ()
Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet ()
Hastanedeki uygulamalar sırasında ()
Diğer ()

11.Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet ()
Kismen ()
Hayır ()

MAMUL YAŞAM DÖNEMİ BOYUNCA MALİYETLEME: Yöneticilere ve karar alıcılara bir ürün ya da hizmetin tüm yaşamı boyunca karşılaştığı maliyetleri yönetme ve anlama konusunda bilgi sağlayan bir süreçtir. Temel amaç bir hizmet ya da mamülün yaşam sürecinin her aşamasında katlanılacak olan maliyetlerin hesaplanması, analiz edilmesi, tahmin edilmesi, raporlanması ve yönetme imkanının sağlanmasıdır. (Bu açıklama 12-15 sorularını kapsamaktadır.)

12.Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 13. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 15. soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

13.Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 14. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 15. soruya geçiniz.

Evet ()

Hayır ()

14.Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs ()

Almış olduğum üniversite eğitimi vs ()

Meslektaşlarından ()

Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet ()

Hastanedeki uygulamalar sırasında ()

Diğer ()

15.Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet ()

Kismen ()

Hayır ()

HEDEF MALİYETLEME: Hedef bir pazar payına ulaşabilmek için kullanılan satış fiyatına göre hesaplanan, pazar bazlı maliyeti ifade eder. Sunulacak hizmetin maliyetini gerçekleştikten sonra azaltmak yerine, maliyetler gerçekleşmeden önlemeyi amaçlayan bir yöntemdir. (Bu açıklama 17-20 sorularını kapsamaktadır.)

17.Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 18. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 20. soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

18.Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 19. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 20. soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

19.Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs ()
Almış olduğum üniversite eğitimi vs ()
Meslektaşlarından ()
Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet ()
Hastanedeki uygulamalar sırasında ()
Diğer ()

20.Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet ()
Kismen ()
Hayır ()

KAİZEN MALİYETLEME: Bir mamül ya da hizmetin üretim safhasında küçük ama sürekli olarak iyileştirmeler yapılması yolu ile maliyetlerinin düşürülmesidir. Temel amaç sürekli iyileştirme çalışmalarının daima olması, rekabetçi gücün sağlanarak daha iyiye gidilmesidir. (Bu açıklama 21-24 sorularını kapsamaktadır.)

21.Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 22. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 24. soruya geçiniz

- Evet ()
Hayır ()

22.Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 23. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 24. soruya geçiniz

- Evet ()
Hayır ()

23.Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs ()
Almış olduğum üniversite eğitimi vs ()
Meslektaşlarından ()
Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet ()
Hastanedeki uygulamalar sırasında ()
Diğer ()

24.Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet ()
Kismen ()
Hayır ()

DEĞER MÜHENDİSLİĞİ: Düşük maliyetle, gerekli fonksiyonelliğe sahip optimum değerde ürün, hizmet veya sisteme ulaşmayı sağlayan organize çabalarının bütünüdür. DM de amaç; müşteri gözü ile gereksiz olan süreçleri elemek, önemli olanlara yoğunlaşmak, varolan hizmetleri geliştirmek, yeni hizmetler ortaya çıkarmak, proje planlar yapmak ve ekip çalışmaları ile maliyetleri düşürme verimliliği artırma tekniğidir. (Bu açıklama 25-28 sorularını kapsamaktadır.)

25.Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 26. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 28. soruya geçiniz

- Evet ()
Hayır ()

26.Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 27. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 28. soruya geçiniz

- Evet ()
Hayır ()

27.Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs ()
Almış olduğum üniversite eğitimi vs ()
Meslektaşlarımdan ()
Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet ()
Hastanedeki uygulamalar sırasında ()
Diğer ()

28.Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet ()
Kismen ()
Hayır ()

KALİTE MALİYETLERİ: Bir mamul ya da hizmetin istenen koşullarda üretilmesini ve tüketiciye ulaştırılması için yapılması zorunlu olan faaliyetlerin maliyetleri ile üretimin herhangi bir aşamasında aranan koşullara uymayan malzeme veya hizmetin yol açtığı maliyetlerdir. Kalite maliyetleri kalite sisteminin tasarımı, uygulanması, korunması, iyileştirilmesi maliyetlerinden oluşur. (Bu açıklama 29-32 sorularını kapsamaktadır.)

29.Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 30. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 32. soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

30.Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 31. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 32. soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

31.Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs ()

Almış olduğum üniversite eğitimi vs ()

Meslektaşlarından ()

Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet ()

Hastanedeki uygulamalar sırasında ()

Diğer ()

32.Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet ()

Kismen ()

Hayır ()

STRATEJİK MALİYET YÖNETİMİ VE ANALİZİ: İşletme yönetiminin alacağı stratejik kararlarda maliyet analizlerinden ve buna bağlı tahminlerden faydalanılması yolu ile rekabetçi gücü etmeye ve sürdürmeye çalışmasıdır. Stratejik unsurların ön planda, kesin, açık ve biçimsel olduğu bir yöntemdir. (Bu açıklama 33-36 sorularını kapsamaktadır.)

33.Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 34. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 36. soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

34.Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 35. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 36. soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

35.Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs ()

Almış olduğum üniversite eğitimi vs ()

Meslektaşlarından ()

Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet ()

Hastanedeki uygulamalar sırasında ()

Diğer ()

36.Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet ()

Kismen ()

Hayır ()

FAALİYET TABANLI MALİYETLEME: Herhangi bir mamül ya da hizmetin maliyetinin hesaplanmasında faaliyetlerin temel maliyet objesi olarak dikkate alındığı bir maliyet hesaplama yöntemidir. İşletmelerin üretim sürecinde karşılaştıkları faaliyetlerin üzerine yoğunlaşması ile maliyetlerin azaltılıp verimliliğin sağlanması amaçlanır. (Bu açıklama 37-40 sorularını kapsamaktadır.)

37.Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 38. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 40. soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

38.Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 39. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 40.

soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

39.Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs ()

Almış olduğum üniversite eğitimi vs ()

Meslektaşlarından ()

Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet ()

Hastanedeki uygulamalar sırasında ()

Diğer ()

40.Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet ()

Kismen ()

Hayır ()

TAM ZAMANINDA ÜRETİM ORTAMINDA MALİYET YÖNETİMİ:
Hammadde ve malzemenin satın alınmasından sağlık hizmetlerin sunulmasına kadar olan üretim sürecindeki tüm israfın ortadan kaldırılması, kalite ve verimliliği artırarak hizmet üretim maliyetlerini azaltmak şeklinde tanımlanan bir yöntemdir. (Bu açıklama 41-44 sorularını kapsamaktadır.)

41.Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 42. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 44. soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

42.Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 43. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 44. soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

43.Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs ()
Almış olduğum üniversite eğitimi vs ()
Meslektaşlarımdan ()
Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet ()
Hastanedeki uygulamalar sırasında ()
Diğer ()

44.Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet ()
Kismen ()
Hayır ()

KIYASLAMA (BENCHMARKİNG): İşletmelere rekabet avantajı sağlayan bu yöntem; ölçülebilen ve gözlemlenebilen her şeyin kıyaslama çalışmasına temel olabileceğinden hareketle, en iyi uygulamaların araştırılması ve işletmelere uyarlanması süreci olarak tanımlanmaktadır. (Bu açıklama 45-48 sorularını kapsamaktadır.)

45.Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 46. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 48. soruya geçiniz

- Evet ()
Hayır ()

46.Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 47. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 48. soruya geçiniz

- Evet ()
Hayır ()

47.Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs ()
Almış olduğum üniversite eğitimi vs ()
Meslektaşlarımdan ()
Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet ()
Hastanedeki uygulamalar sırasında ()
Diğer ()

48.Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet ()
Kismen ()
Hayır ()

KISITLAR TEORİSİ (THEORY OF CONSTRAINTS): İşletmenin ürün veya hizmet hızını yavaşlatan, kar yapma hedefini engelleyen, (üretim sürecindeki en zayıf halka) kısıtların yönetilmesi yoluyla sürekli gelişmeye ve sistemin bütününde verimliliği maksimize etmeye odaklanan bir yönetim yaklaşımıdır. (Bu açıklama 49-52 sorularını kapsamaktadır.)

49.Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 50. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 52. soruya geçiniz

- Evet ()
Hayır ()

50.Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 51. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 52. soruya geçiniz

- Evet ()
Hayır ()

51.Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs ()
Almış olduğum üniversite eğitimi vs ()
Meslektaşlarından ()
Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet ()
Hastanedeki uygulamalar sırasında ()
Diğer ()

52.Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet ()
Kismen ()
Hayır ()

DENGELİ PUAN CETVELİ (BALANCED SCORECARD): Sürekli olarak iş ve müşteri gereksinimleri ile misyon ve vizyonu sıralama, işletme stratejilerini yönetme ve değerlendirme, iş verimindeki gelişmeleri izleme, organizasyon kapasitesini oluşturma, bütün çalışanlarla bağlantı kurma amacıyla her büyüklükteki organizasyonda kullanılabilen yönetim sistemidir. (Bu açıklama 53-56 sorularını kapsamaktadır.)

53.Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 54. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 56. soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

54.Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?

Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 55. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 56. soruya geçiniz

Evet ()

Hayır ()

55.Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vs ()

Almış olduğum üniversite eğitimi vs ()

Meslektaşlarından ()

Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet ()

Hastanedeki uygulamalar sırasında ()

Diğer ()

56.Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet ()

Kismen ()

Hayır ()