



**T.C.**

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN İLERİ  
MALİYET YÖNTEMLERİ VE KARLILIK  
HAKKINDAKİ DEĞERLENDİRMELERİ: 8.  
SAĞLIK HİZMET BÖLGESİNDE BİR  
UYGULAMA**

**MUSTAFA ORHAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ**

**ANA BİLİM DALI**

**SIVAS-2019**

T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN İLERİ MALİYET YÖNTEMLERİ  
VE KARLILIK HAKKINDAKİ DEĞERLENDİRMELERİ: 8.  
SAĞLIK HİZMET BÖLGESİNDE BİR UYGULAMA

MUSTAFA ORHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ

ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI  
DOKTOR ÖĞRETİM ÜYESİ  
ENİS BAHA BİÇER

**“Hastane Yöneticilerinin İleri Maliyet Yöntemleri ve Karlılık Hakkındaki Değerlendirmeleri: 8. Sağlık Hizmet Bölgesinde Bir Uygulama”** adlı Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Sağlık Yönetimi** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkun Doç. Dr. Ramazan YANIK

Üye Dr.Öğr.Üyesi Yüksel AYDIN

Üye (Danışman) Dr.Öğr.Üyesi Enis Baha BİÇER



ONAY

Bu tez çalışması, 16.04.2019 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## ÖZET

# SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN İLERİ MALİYET YÖNTEMLERİ VE KARLILIK HAKKINDAKİ DEĞERLENDİRMELERİ: 8. SAĞLIK HİZMET BÖLGESİNDE BİR UYGULAMA

Mustafa ORHAN

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Enis Baha Biçer

2019, 156 sayfa

Bu araştırma, Hastane yöneticilerinin İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımları hakkındaki bilgi düzeylerini ve buldukları hastanelerde uygulanabilirliğini saptamak için yapılmıştır.

Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Bu araştırmanın evrenini 8. Sağlık Hizmet bölgesi illeri olan Tokat ve Sivas'ta görev yapan yöneticiler oluşturmaktadır. Evrenden örneklem seçimine gidilmeyerek bütün evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Veri toplama aracı olarak "Kişisel Bilgi Formu, Hastanelerde Karlılığı etkileyen faktörler ölçeği" ve "İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımları" anketinden oluşmaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hastane yöneticilerinin ileri maliyet yönetim yaklaşımlarını duyup bilgi sahibi olduğu ve hastanelerde karlılığı etkileyen faktörlere ilişkin olarak ise anketlerde verilen ifadelerle ortalama olarak katıldığı saptanmıştır.

Katılımcıların karlılığa ilişkin görüşleri incelendiğinde; "Sağlık hizmetlerinin Fiyatlarının Tek Taraflı Belirlenmesi (Sosyal Güvenlik Kurumu) karlılığı olumsuz etkilemektedir" ifadesine 5'li likert ölçeğinde 4,28 ortalama ile en yüksek katılım sağlanırken, "Ülkemizde uygulanan sağlık hizmetleri fiyat tarifesi (Sağlık Uygulama Tebliği) hastanenin sağlık hizmeti üretim maliyetlerini karşılamaktadır." ifadesi için ise 2,11 ile en düşük ortalama olarak fikirlerini ifade etmişlerdir. Çalışmada ele alınan İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarının yöneticiler tarafından bilinirliği

incelendiğinde, Kıyaslama yaklaşımı yöneticilerin %86,8'i tarafından en çok bilinen yaklaşım olurken, Dengeli Puan Cetveli Yaklaşımı ise %50,9 ile en az bilinen maliyet yaklaşımı olarak ön plana çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane yöneticileri, Maliyet, İleri Maliyetleme



## **ABSTRACT**

### **ASSESSMENTS BY HEALTH MANAGERS ON ADVANCED COST METHODS AND PROFITABILITY: AN APPLICATION IN 8. HEALTH CARE AREA**

Master's Thesis

Department of Health Management

Advisor: Assistant Professor Enis Baha BİÇER

2019, 156 pages

This research was conducted to determine the knowledge level of hospital administrators about Advanced Cost Management Approaches and their applicability in the hospitals where they are located.

Research is a cross-sectional and descriptive study. The universe of this research consists of the executives working in the 8th Health Service region. It was tried to reach the whole universe by not choosing the sample from the universe. The data collection tool consists of the Personal information form, the Factors affecting the profitability in hospitals scale and the Advanced Cost Management Approaches questionnaire.

According to the results obtained from the study, it was found that hospital managers had heard the advanced cost management approaches and had knowledge about the factors affecting the profitability in hospitals and on average participated in the statements given in the questionnaires.

When the opinions of the participants about profitability are examined; " The one-sided determination of prices of health services (SGK) negatively affects the profitability " in the 5-point Likert scale with an average of 4.28, while the highest participation is provided, " the health care price tariff applied in our country (SUT) meets the costs of hospital health care production with 2.11 for the expression of the lowest average expressed their ideas. When the Advanced Cost Management Approaches are considered by the managers, the Benchmarking approach is the most

known approach by 86.8% of the managers, while the Balanced Score Table approach is the least known cost approach with 50.9%.

**Key words:** Hospital Managers, Cost, Advanced Costing.





## TEŞEKKÜR

Üniversite eğitimim ve tez çalışmam boyunca desteğini ve ilgisini üzerimden eksik etmeyen, daima çabalayarak ve öğrenerek ilerlemem için yol gösteren, en zor anlarda dahi başarabileceğimi aşıl原因an saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Enis Baha BİÇER'e,

Hayatta tek gayeleri aile bireylerinin istedikleri işi başarı ile yapması olan ve bu hususta elinden gelen maddi ve manevi hiçbir desteği esirgemeyen ailemin kıymetli üyeleri; annem Hanım ORHAN'a, ablam Şerife ÇETE'ye ağabeyim Mehmet ORHAN'a ve kardeşlerim Ali İhsan ORHAN, Hakan ORHAN'a,

Tez verilerinin analizinde bana yardımcı olan Ecem DEMİR'e,

Tez çalışmamı uygulayabilmem için yardımcı olan ve izinleri ile olanak sağlayan Sivas İl Sağlık Müdürlüğü, Tokat İl Sağlık Müdürlüğü, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Rektörlüğü ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğüne ayrıca çalışmamı destekleyen Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Başkanlığına (CÜBAP) müteşekkirim.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	iii
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR .....	vii
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar VE ŞEKİLLER.....	xiii
KISALTMALAR .....	xvi
1.GİRİŞ .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	2
1.3. Hipotezler: .....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. SAĞLIK.....	4
2.1.1. Sağlık Hizmetleri .....	4
2.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	5
2.1.1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	5
2.1.1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetler.....	6
2.1.1.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri .....	6
2.1.1.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri .....	7
2.1.1.2. Sağlık Hizmet Bölgeleri .....	7
2.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	8
2.1.1.4. Sağlık Hizmetleri Finansmanı .....	9
2.1.2. Uluslararası Sağlık Reformları.....	12

2.1.3. Hastaneler.....	14
2.1.3.1. Hastane .....	14
2.1.3.2. Hastanelerin Fonksiyonları.....	15
2.1.3.3. Hastanelerin Sınıflandırılması .....	17
2.1.3.5. Hastanelerde Maliyet Yönetimi.....	20
2.1.3.5.1. Maliyet .....	20
2.1.3.5.2. Maliyet Yönetimi .....	20
2.1.3.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Yönetimi.....	21
2.1.3.4. Hastanelerde Maliyetleri ve Karlılığı Etkileyen Faktörler .....	21
2.1.3.4.1. Hastanelerin İnsan Kaynakları.....	22
2.1.3.4.2. Hastane Büyüklüğü.....	23
2.1.3.4.3. Kapasite Kullanımı .....	23
2.1.3.4.4. Hizmet Kalitesi .....	23
2.1.3.4.5. Teknolojik Düzey .....	24
<b>2.2. İLERİ MALİYET YÖNETİMİ YAKLAŞIMLARI.....</b>	<b>24</b>
2.2.1. Hedef Maliyetleme.....	25
2.2.1.1. Hedef Maliyet Uygulama süreci.....	26
2.2.2. Mamül Yaşam Dönemi Maliyetlemesi .....	27
2.2.2.1. Mamül Yaşam Seyri .....	27
2.2.2.2. Mamül Yaşam Seyri Maliyetleme .....	28
2.2.3. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme (FTM).....	29
2.2.3.1. Sağlık Kurumlarında FTM İçin Öne Çıkan Fayda ve Eleştiriler .....	30
2.2.4. Dengeli Puan Kartı (Balanced Scorecard) .....	31
2.2.5. Tam Zamanlı Üretim Ortamında Maliyetleme (TZÜ) .....	33
2.2.6. Kaizen Maliyetleme .....	35
2.2.6.1. Kaizen Maliyetlemenin Amacı ve Özellikleri.....	36
2.2.7. Kalite Maliyetleri .....	37
2.2.7.1. Kalite kavramları .....	37
2.2.7.2. Kalite Maliyet Yerleri.....	38
2.2.8. Kıyaslama (Benchmarking) .....	39
2.2.8.1. Kıyaslama Türleri .....	40
2.2.9. Değer Mühendisliği.....	41

2.2.9.1. Değer Mühendisliği Aşamaları ve Kullanılan Araçlar .....	42
2.2.10. Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması.....	43
2.2.11. Stratejik Maliyet Yönetimi.....	44
2.2.11.1. Stratejik Maliyet Yönetiminin Önemi ve Sorumluluğu .....	45
2.2.11.2. Stratejik Maliyet Yönetiminin Unsurları.....	46
2.2.11.2.1. Değer Zinciri Analizi .....	47
2.2.11.2.2. Stratejik Konum Analizi .....	47
2.2.11.2.3. Maliyet Etkenleri Analizi.....	47
2.2.12. Kısıtlar Teorisi .....	48
2.2.12.1. Kısıtların Yönetilme süreci.....	49
2.2.13. İleri Maliyetleme Yöntemleri ve Hastaneler.....	49
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>51</b>
<b>3.1. Araştırmanın Tipi.....</b>	<b>51</b>
<b>3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer .....</b>	<b>51</b>
<b>3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....</b>	<b>51</b>
<b>3.4. Veri Toplama Araçları .....</b>	<b>52</b>
<b>3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....</b>	<b>52</b>
<b>3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....</b>	<b>52</b>
<b>3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....</b>	<b>53</b>
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>54</b>
<b>4.1. Katılımcıların Demografik Verilerinin İncelenmesi.....</b>	<b>54</b>
<b>4.2. Katılımcıların Karlılığı Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri .....</b>	<b>57</b>
<b>4.3. Katılımcıların İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarına Yönelik Haberdarlık, Bilme, Bilgi Kaynağı ve Hastanelerindeki Uygulanabilirliğine İlişkin Görüşleri .....</b>	<b>63</b>

4.3.1. Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması İstatistik Sonuçları .	63
4.3.2. Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetlemeye İstatistik Sonuçları .....	64
4.3.3. Hedef Maliyetleme İstatistik Sonuçları.....	65
4.3.4. Kaizen Maliyetleme İstatistik Sonuçları .....	66
4.3.5. Değer Mühendisliği İstatistik Sonuçları.....	68
4.3.6. Kalite Maliyetleri İstatistik Sonuçları .....	69
4.3.7. Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizi İstatistik Sonuçları .....	70
4.3.8. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme İstatistik Sonuçları .....	71
4.3.9. Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi İstatistik Sonuçları .	72
4.3.10. Kıyaslama İstatistik Sonuçları.....	74
4.3.11. Kısıtlar Teorisi İstatistik Sonuçları .....	75
4.3.12. Dengeli Puan Cetveli İstatistik Sonuçları .....	76
<b>4.4. Katılımcıların Bilgi kaynağı/ Pozisyon ilişkisi.....</b>	<b>77</b>
<b>4.5. Katılımcıların Maliyetleme Yöntemlerini Duyma Durumu .....</b>	<b>79</b>
<b>4.6. Yöneticilerin Pozisyonlarına Göre İleri Maliyetleme Yöntemlerine Hakimiyetleri.....</b>	<b>80</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>83</b>
<b>5.1. Hastane Yöneticilerinin Karlılık Ve Maliyetleri Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşlerinin Tartışılması.....</b>	<b>83</b>
<b>5.2. Hastane Yöneticilerinin İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarına İlişkin Görüşlerinin Tartışılması.....</b>	<b>84</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>88</b>
<b>6.1. Sonuçlar .....</b>	<b>88</b>
<b>6.2. Öneriler.....</b>	<b>89</b>
<b>7. KAYNAKÇA .....</b>	<b>90</b>

<b>EKLER .....</b>	<b>96</b>
<b>EK-1: Anket Formu.....</b>	<b>96</b>
<b>EK-2: Etik Kurul Raporu .....</b>	<b>111</b>
<b>EK-3: İzinler.....</b>	<b>113</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>138</b>



## TABLolar ve ŞEKİLLER

Tablo 1: Sağlık ŐŐetmelerinin Hizmet TŐrŐne GÖre Sınıflandırılması .....	7
Tablo 2 : Bazı Őlkelerdeki Finansal Sistemler .....	10
Tablo 3 : 2001'den 2008'e Kadar Olan Ulusal Sağlık Harcamalarındaki Değişme ...	13
Tablo 4: TŐrkiye'deki Hastanelerin Yatak Sayısına GÖre Dağılımı .....	18
Tablo 5. Geleneksel Ve TzŐ Maliyetleme KarŐlaŐtırması .....	34
Tablo 6 : Geleneksel YÖnetim Muhasebesi Ve Stratejik Maliyet YÖnetimi Yaklaşımlarının KarŐlaŐtırılması .....	46
Tablo 7:Katılımcıların YÖnetici Oldukları Hastane TŐrŐ .....	54
Tablo 8: Katılımcıların Eğitim Durumu .....	54
Tablo 9: Katılımcıların Mevcut Pozisyonları .....	55
Tablo 10: Katılımcıların Kıdem Yılı .....	55
Tablo 11: Katılımcıların Mevcut GÖrev Kıdem Yılı .....	56
Tablo 12:Katılımcıların Mezun Olduğu BŐlŐmler .....	56
Tablo 13:Katılımcıların Karlılığı Ve Maliyetleri Etkileyen Faktörlere Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları .....	57
Tablo 14: Katılımcıların Karlılığı Ve Maliyetleri Etkileyen Faktörlere Ait Betimleyici İstatistikler .....	57
Tablo 15:Karlılığı Etkileyen Faktörlerin Hastane TŐrŐne GÖre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örnekleme T-Testi Sonuçları .....	60
Tablo 16:Karlılığı Etkileyen Faktörlerin Eğitim Durumuna GÖre Farklılaşma Durumuna Ait Tek YŐnlŐ Anova Testi Sonuçları .....	61

Tablo 17: Karlılığı Etkileyen Toplam Kıdem Yılına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları .....	61
Tablo 18: Karlılığı Etkileyen Mevcut Kıdem Yılına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları .....	62
Tablo 19: Karlılığı Mezun Olunan Programa Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları .....	62
Tablo 20: Katılımcıların Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılmasına Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları .....	63
Tablo 21: Katılımcıların Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetlemeye Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları .....	64
Tablo 22: Katılımcıların Hedef Maliyetlemeye Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları .....	65
Tablo 23: Katılımcıların Kaizen Maliyetlemeye Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları .....	66
Tablo 24: Katılımcıların Değer Mühendisliğine Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları .....	68
Tablo 25: Katılımcıların Kalite Maliyetlerine Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları .....	69
Tablo 26: Katılımcıların Stratejik Maliyet Yönetimi Ve Analizine Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları .....	70
Tablo 27: Katılımcıların Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemine Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları .....	71
Tablo 28: Katılımcıların Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimine Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları .....	72
Tablo 29: Katılımcıların Kıyaslama'ya Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları.....	74
Tablo 30: Katılımcıların Kısıtlar Teorisi'ne Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları ..	75



Tablo 31:Katılımcıların Dengeli Puan Cetveli'ne Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları .....	76
Tablo32: Katılımcıların İleri Maliyet Yaklaşımlarına Yönelik Bilgi Kaynakları .....	77
Tablo 33: Yöneticilerin Maliyetleme Yöntemlerini Duyma Durumu .....	79
Tablo 34: Yöneticilerin Pozisyonlarına Göre İleri Maliyetleme Yöntemlerine Bilgi Oranları .....	81
Grafik 1: Sektörlere Göre Sağlık Personeli .....	22
Şekil 1. : Hastane Sistemi .....	15
Şekil 2: Hastanelerde Üretilen Hizmetler .....	16
Şekil 3: Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler .....	20
Şekil 4: Ürün Yaşam Seyri .....	28
Şekil 5:Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Aşamaları .....	30
Şekil 6.:Vizyon Ve Stratejinin 4 Perspektife Dönüştürülmesi .....	33
Şekil 7: Satın Alma Ortamlarına Göre Stok Hareketleri .....	34
Şekil.8: Kaizen Maliyet Yaklaşımının Unsurları.....	36
Şekil 9: Kalite Maliyet Merkezleri Zinciri .....	39
Şekil 10: Benchmarking Türleri .....	41
Şekil 11: Değer Mühendisliği İş Planı .....	42
Şekil 12: Toplam Döngü Zamanı.....	44
Şekil 13: Değer Katmayan Faaliyetleri Ortadan Kaldırılması Süreci.....	44
Şekil 14: Kısıtlar Teorisinin Aşamaları .....	49

## KISALTMALAR

<b>DSO:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>FTM:</b>	Faaliyet Tabanlı Maliyetleme
<b>GSYİH:</b>	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
<b>OECD:</b>	Organisation For Ecnomic Co-Operation And Development
<b>PAF:</b>	Prevention-Appraisal-Failure
<b>SGK:</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SUT:</b>	Sağlık Uygulama Tebliği
<b>TİG:</b>	Teşhis İlişkili Gruplar
<b>TKY:</b>	Toplam Kalite Yönetimi
<b>TTB:</b>	Türk Tabipleri Birliği
<b>TZÜ:</b>	Tam Zamanlı Üretim
<b>WHO:</b>	World Health Organisation

# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Maliyet kavramı, işletmelerin yaşamını sürdürmesinde dikkate alması gereken temel unsurların başında gelmektedir. Ürün ve hizmet sektöründe sunulacak çıktının kalitesini, başarısını, ürün ve hizmet sunumu ile ortaya çıkacak karlılığı, ürün ve hizmet sunan işletmelerin varlığını koruması ve sürdürülebilirliğini sağlaması işletmenin maliyet faktörlerine doğrudan bağlıdır. İşletme yöneticileri faaliyetlerin sonucunda karlılık düzeylerini etkileyen, maliyetlerinde değişikliklere yol açan bilimsel, yasal ve toplumsal değişkenleri göz önünde bulundurarak işletmeyi hedeflerine ulaştırabilir.

Sürekli değişim gösteren çevre koşullarında birer açık sistem olan işletmeler koşullara ayak uydurmak zorunda ve rekabetçi üstünlük sağlamak istiyorlarsa var olan koşullar içinde en iyiye, en güncel işletme planları içerisinde erişmek durumundadır. Maliyet penceresinden bakıldığında geleneksel maliyet yöntemlerinin güncel sorunlara ve çözüm üretme hususunda ne kadar yeterli olabileceği belirsizdir.

Hastaneler yoğun maliyet baskısı altında çalışan, sürekli olarak değişen teknolojik, yasal ve toplumsal değişikliklere maruz kalan sağlık işletmeleridir. Sağlık hizmetleri emek ve teknoloji yoğun çalışmakta ve bu kalemlerin yüksek maliyetinin yanı sıra birçok farklı maliyet, bu hizmeti oldukça pahalı bir hizmet ve hastaneleri yüksek maliyetli çalışan işletme statüsüne getirmektedir. Bu noktada maliyet baskısını kaldırabilmek için geleneksel maliyet yönetim yaklaşımlarının sahip olduğu; hantal yapı, beklentileri karşılamaktan uzak oluşu, güncel ve gündeme ayak uyduramaması bu yaklaşımların geçerliliğini sorgulamaya yol açmıştır.

Ülkeler sağlık hizmetlerini verimli ve dinamik bir iş gücü oluşturmasının yanı sıra gelişmişliğinin önemli bir göstergesi olarak doğrudan dikkate almaktadır. Bu doğrultuda hastanelerin maliyet baskısı altında başarılı sonuçlar elde etmesini isteyecek ve bekleyecek muhataplardan birisi doğrudan yasal karar alıcı olan ülke yönetimleridir. Bu durumda hastane yöneticilerinin ileri maliyetleme yaklaşımlarına

ve hastanelerde karlılığı etkileyen faktörlere ilişkin bakışı ve hakimiyetinin bilinmesi bu yaklaşımların uygulanması için uygun zeminin olup olmadığı hakkında bilgi verecektir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı hastanede karar alıcı pozisyonlarda bulunan yöneticilerin "İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımları" konusunda ki bilgi düzeyini, yönetici oldukları hastanede bu yaklaşımların uygulanabilirliği konusunda ki algıları ve hastanelerde maliyet oluşturan ve karlılığı etkileyen faktörler hakkındaki algı ve tutumlarını belirlemektir.

Aynı zamanda araştırmamız Çarıkçı(2017) tarafından yapılan çalışma ile aynı ölçüm araçlarını kullanarak aradan geçen 5 sene içinde ne tür farklar oluştuğunu tespit etmeyi amaçlamaktadır.

## **1.3. Hipotezler:**

**H1:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan değer yaratmayan maliyetlerin ortadan kaldırılması yaklaşımından haberi yoktur.

**H2:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan mamul yaşam dönemi boyunca maliyetleme yaklaşımından haberi yoktur.

**H3:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan hedef maliyetleme yaklaşımından haberi yoktur.

**H4:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan kaizen yaklaşımından haberi yoktur.

**H5:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan değer mühendisliği maliyetleme yaklaşımından haberi yoktur.

**H6:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan kalite maliyetleri yaklaşımından haberi yoktur.

**H7:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından stratejik maliyet yönetimi ve analizi yaklaşımından haberi yoktur.

**H8:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan faaliyet tabanlı maliyetleme yaklaşımından haberi yoktur.

**H9:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan tam zamanında üretim ortamında maliyet yönetimi yaklaşımından haberi yoktur.

**H10:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan kıyaslama yaklaşımından haberi yoktur.

**H11:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan kısıtlar teorisi yaklaşımından haberi yoktur.

**H12:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan dengeli puan cetveli yaklaşımından haberi yoktur.

**H13:** Hastanelerde mali işlerden sorumlu yöneticiler hastanelerin maliyet ve karlılıklarını etkileyen faktörler konusunda olumsuz bir algıya sahiptirler.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. SAĞLIK

Sağlık kavramı literatürde bir çok şekilde tanımlanmaktadır. Tarihsel süreç içerisinde sağlık kavramının tanımlanması sürekli olarak değişim geçirmiştir. Günümüzde ise üzerinde durulan en genel tanım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımdır. Bu tanıma göre "sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik içinde oluş olarak" tanımlanmıştır. Sağlık kavramını temel insan haklarından biri olarak değerlendiren Ottawa Sözleşmesinde; huzur, yeterli kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren bazı ön şartlara vurgu yapmaktadır. Tanım olarak ise, "birey veya grubun bir taraftan arzularını tanımlayıp gerçekleştirmeye ve gereksinimlerini karşılamaya, diğer taraftan çevresini etkileyebilmeye ve onunla baş edebilecek yeteneğe sahip olması" şeklinde belirtilmiştir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011: 1).

Kavram olarak sağlık, canlı bir varlık olarak gelişimini sürekli olarak sürdürmüş, her geçen gün tanımları yetersiz kalmaya başlamıştır. DSÖ tarafından yapılan tanım ne kadar genel olsa da bu tanım zamanla sağlık sistemleri gelişmiş ülkeler için yeterliliğini kaybetmeye başlamaktadır. Gelişmiş sağlık sistemleri, DSO'nun tanımının yanı sıra iyilik halinin sürekli geliştirilmesini ve kaliteli bir yaşam sağlama yolunda yeni adımların atılması istenmektedir. Bu durumda sağlık kavramı gelişmiş ülkeler için; bedensel, ruhsal, sosyal açıdan iyilik hali ve sürdürülecek kaliteli bir yaşam olarak genişletilebilir.

#### 2.1.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin artırılması ile ilgili faaliyetlerin tamamı anlamına gelmektedir. Bunun yanında sağlık hizmetleri; toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu amacı ile sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri tarafından sunulan hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 29).

Sağlık Hizmetleri, sağlık kuruluşları ve sağlık profesyonellerinin temel çıktısıdır. Oluşum aşamasında ise öncelikle hizmet için bir talebin ortaya çıkması, daha sonra talebin profesyonel olarak karşılanması ve talep edenin sağlığına kavuşması ile son bulmaktadır. Sağlık hizmeti talebi akut olarak gerçekleşmesinin yanı sıra sürekli olarak devam eden talepleri de içermektedir. Bu talepler toplum sağlığının korunup geliştirilmesi ile ilgili olup, toplum sağlığının iyileştirilmesi için sürekli tedbirler alma ile devam eder.

Bu ve benzeri birçok özelliği göz önünde bulundurulduğu zaman sağlık hizmetlerinin tek boyutta değerlendirmek çok güç olmaktadır.

#### **2.1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Birey ve toplum sağlığını etkileyen faktör sayısı oldukça fazladır ve bu nedenle kapsamını ve etkisini belirlemek tartışmalı bir konudur. Sağlık kurumları ürettikleri sağlık hizmetinin türüne göre farklılaşmaktadır. Verilecek sağlık hizmetlerinin çoğunlukla 4 gruba ayrılarak sınıflandırılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 118).

##### **2.1.1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık veya sakatlık durumu ortaya çıkmadan, bu risklere karşı verilen bir mücadele şekli olarak ifade edilebilir. Bu özelliği nedeni ile koruyucu sağlık hizmetleri kamu sektörü tarafından verilmesi zorunlu bir hizmettir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl amacı toplumda meydana gelebilecek hastalık, sakatlık risklerinin henüz ortaya çıkmadan önlenmesi ve bu sayede sağlık düzeyi daha yüksek bir toplum yapısı oluşturmaktır (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015: 82).

Koruyucu sağlık hizmetleri verilmiş şekli ve kapsamı itibari ile tüm topluma ücretsiz olarak sunulmaktadır. Hastalık etkeni henüz ortaya çıkmadan önlenmesi ile maliyet olarak ve iş gücü kazanımı konularında ülke çıkarları için önemlidir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 118).

##### **Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

*İnsanın çevresinden kendine yönelen, sağlık durumunu tehdit eden çeşitli etkenlerin önüne geçerek veya kişilerin bu tehditlerden korunması yolu ile sunulan hizmetlerin tümü çevreye yönelik koruyucu hizmetlerdir. Toplum bilincini yükseltmek için verilen eğitim ve programlar, su kaynaklarının denetimi, hava ve gürültü kirliliği*

denetimi, radyolojik zararların denetimi, besin sanitasyonu v.b faaliyetler örnek olarak gösterilebilir (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015: 82).

### **Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri hedef olarak kişileri belirlese de dolaylı olarak yine toplum sağlığını korumaya yönelik verilen hizmetlerdir. Aşılama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, kişisel hijyen, ilaçla koruma gibi faaliyetler ile kişilerin sağlık durumunu koruyup geliştirmek amaçlanmaktadır (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015: 82).

#### **2.1.1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri kişilerin vücut bütünlükleri bozulduğunda veya herhangi bir hastalık durumu ortaya çıktığında verilen hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri tamamen tedavi ihtiyacı olan kişiyeye yönelik sunulmaktadır. Tedavi edici hizmetler hekim sorumluluğu altında ve diğer yardımcı personel yardımıyla sunulmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin kişilere sağlamış olduğu fayda aynı zamanda toplum sağlığını da üst seviyeye çıkarmaya yardımcı olduğu için koruyucu sağlık hizmetlerine katkı sağlamaktadır (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015: 82).

Tedavi edici sağlık hizmetleri birçok dalda ve kapsamlı hizmetler verdiği için, temel sağlık hizmetlerini içeren ayaktan teşhis ve tedavilerin yapıldığı 1. basamak sağlık hizmetleri, yoğun bilgi ve teknoloji gerektirmeyen ayaktan ve yatarak teşhis ve tedaviler için ikinci basamak sağlık hizmetleri, ileri tetkik ve tedavi gerektiren, gelişmiş teknoloji ağı kullanılan hastalara hizmet veren üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere ayrılmaktadır.

#### **2.1.1.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri**

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri Somunoğlu (2012: 12) tarafından şu şekilde özetlenmiştir, *"Yataklı ve yataksız hizmet veren rehabilitasyon merkezleri tarafından sunulan rehabilitasyon edici hizmetler, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi Rehabilitasyon, bedensel açıdan var olan sakatlıkların giderilmesine yönelik hizmetleri kapsamakta, işitme cihazı, protez gibi uygulamalar bu çerçevede değerlendirilmektedir. Bu sayede bireyin eski fonksiyonlarını yeniden kazanmasına yardımcı olduğu gibi, ortopedik cihaz ve protezlere uyumu sağlanmaktadır. Sosyal Rehabilitasyon ise, bireyin yeniden topluma kazandırılması amacıyla yönelik olarak içinde bulunduğu duruma uyum sağlaması için verilen, öğretim, iş bulma, destek programları vb. uygulamaları içermektedir"* .



Rehabilitasyon hizmetleri kişilerin yeniden çevreye adaptasyonunu önceliklemektedir.

#### 2.1.1.1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst seviyeye çıkarmak için sağlanan hizmetler bütünüdür. Günümüzde birçok hastalığın kişilerin yaşam tarzlarından kaynaklandığı bilinmektedir. Kişilerin yaşam tarzları için yapılabilecek faaliyetlerle kişilerin yaşam kalitesinin artırılması, toplum sağlığının üst seviyeye çıkarılması, yaşam süresinin uzatılması amaçlanmaktadır.

**Tablo 1: Sağlık İşletmelerinin Hizmet Türüne Göre Sınıflandırılması**

HİZMET TÜRÜ	KURUMLAR
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	Aile Hekimliği Çevre Sağlığı Birimleri Halk Sağlığı Laboratuvarları Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri Gezici Sağlık Ekipleri
Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	Özel Muayenehaneler Ayaktan Cerrahi Bakım Merkezleri Hastaneler
Rehabilitasyon Hizmetleri	Rehabilitasyon Klinikleri Hemşirelik Bakım Merkezleri Özel Muayenehaneler Rehabilitasyon Merkezleri Evde Bakım
Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	Fitness Merkezleri Sağlık Eğitim Birimleri

**Kaynak:** (Kavuncubaşı, 2000: 28).

#### 2.1.1.2. Sağlık Hizmet Bölgeleri

Sağlık Bakanlığı 2010 yılı itibari ile başta tedavi hizmetleri başta olmak üzere, hizmetlerin verimli ve daha kapsamlı sunumunu sağlamak için, bölge sağlık planlaması çalışmalarını başlatmıştır. Bu çalışmalar neticesinde kısa-orta-uzun vadede ki sağlık planlamalarında; bölgesel gereksinimler ve hizmetin sunulduğu bölgenin gereksinim ve beklentileri dikkate alınarak 30 sağlık hizmet bölge grubu oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2016: 1).

Sağlık Bakanlığının bölge sağlık planlaması ile amaçları şu şekilde gözlenmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 94);

- Bölgeler arasındaki hasta hareketini kontrol altına almak ve bölgelerin gereksinimlerini bölge içinde çözümlenmek

- Yüksek sermaye yatırımı gerektiren fakat kullanım sıklığı düşük ekipmanların etkili kullanılmasını sağlamak
- Bölge içindeki sağlık kurumlarının iletişimini artırmak
- Sevk sisteminin etkinliğini artırmak
- Bölgenin sağlık gereksinimleri uyarınca sağlık kurumlarının yeni rollerini belirlemek, insan kaynağı ve sermaye yatırımlarının yerinde yapılmasını sağlamak

### **2.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık hizmetleri diğer hizmet türlerinden ayrılmasında hatta sağlık ekonomisi adı altında farklı bir bilim dalının ortaya çıkmasında sağlık hizmetlerinin kendine has yapısının, özelliklerinin etkisi vardır.

Sağlık hizmetleri eksik rekabet piyasa yapısında faaliyet gösterir. Sağlık hizmetlerinin içerisinde bulunan hizmet çeşitliliği, maliyetlerin belirsizliği, hizmet bazlı fiyat değişiklikleri, devletin uyguladığı fiyat politikaları, sektöre girişlerin kolay olmaması gibi nedenlerle sektör eksik rekabet koşullarında çalışır. Sağlık hizmet piyasasında çok sayıda alıcı varken az sayıda satıcı mevcuttur (Çoban, 2009: 13).

Sağlık hizmetlerinin ikamesi mümkün değildir. Tüketim mallarında ve diğer bir çok hizmet çeşidinde ürün ve hizmet tercihinde değişiklikler yapılabilirken, sağlık hizmetlerinde ise böyle bir durum söz konusu değildir. Hizmetin boyutunu hizmetten yararlanan değil hizmeti veren hekim belirlemekte ve sadece gerekli hizmet sunulmaktadır.

Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez. Sağlık hizmetleri doğrudan insan hayatı ile ilgili olduğu için verilen hizmetlere fiyat biçilmesi çok mümkün değildir. Bu yüzden normal piyasa şartlarından farklı şekilde düşünülmelidir. Genellikle kâr amacı güdülmeyerek sosyal hizmetler şeklinde sunulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin davranışları irrasyoneldir. Diğer hizmetler ve ürünler için tüketicilerin kendisi için optimal faydayı sağlayacağı öngörülür fakat sağlık hizmetleri için tüketicilerin bilgisinin kısıtlı oluşu, aldığı hizmetin kalite ve faydasının karşılığının ne olduğunu bilmeye yetmez.

Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi akışı söz konusudur. Sağlık hizmetleri yapısı itibariyle emek yoğun, bilgi yoğun ve teknoloji yoğun şekilde çalışmaktadır. Bu sayede profesyonelleşme oldukça yüksek olmakta ve hizmeti alanlar, aldıkları hizmetin içeriği ve kapsamı hakkında detaylı bilgiye sahip olamamaktadır. Talep eden kişiler kalite, fiyat, boyut gibi kavramlarda yeterli bilgiye sahip değil ve hekim bu bilgileri aktarmaya gönüllü değilse asimetrik bilgi ortaya çıkmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2008: 204).

Bu gibi çeşitli özelliklerden ötürü sağlık hizmetleri birçok açıdan farklı olduğu gibi finansal açıdan da diğer hizmet türlerinden ayrılmaktadır.

#### **2.1.1.4. Sağlık Hizmetleri Finansmanı**

Sağlık hizmetleri finansal yapı itibariyle diğer sektörlerden farklılık gösterdiği için finansal yönetiminin de farklı ve özel olarak yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde etkili bir sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilmesi güç hale gelecek, ekonomik olarak kamu harcamalarında sıkıntılar ortaya çıkabilecektir. Sağlık hizmeti kullanılırken uygulanan işlemlerin maliyeti ile uygulama sonucu alınan ödemenin uyumsuzluğu sık görülen bir olgudur. Uygulamadaki fiyatlar ile katlanılan maliyetler arasında yüksek farklılıkların ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır (Yıldırım, 1999: 6).

- Sağlık finansman sistemi hizmet yokluğunu önlemelidir. Kimse ödeme problemleri nedeni ile mağdur olup sağlık hizmeti alma sıkıntısına düşmemelidir.
- Hiç kimse tahmin edilemeyen bir hastalık veya kazanın getirdiği sağlık harcamalarını karşılarken ciddi bir finansman sorunu ile karşılaşmamalıdır.
- Finansman sistemi, etkin kaynak kullanımını sağlamalı ve sağlık hizmeti fiyat enflasyonunu önlemelidir.
- Hekimler, sigorta varlığı ile hastalara yük olmayacağı düşüncesi ile gereksiz işlem kullanımına eğilimli olmamalıdır.

- Finansman sistemi çoğunluk tarafından kabul edilmeli, paydaşların fikirleri ile uygulamaya geçmelidir. Aksi takdirde önemli uyum güçlükleri yaşanması olasıdır.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin finansmanında elden(cepten) yapılan ödemelerin yanı sıra genellikle üçüncü bir kuruluşun ödeyici olarak devreye girdiği sistemler ön plana çıkmaktadır. Dünya genelinde ise kabul görmüş temel olarak bulunan finansman sistemleri ise; Beveridge Modeli, Bismarc Modeli ve özel sağlık sigortasıdır (Kulesher ve Forrestal, 2014: 129).

Ulusal sağlık sistemi olarak da bilinen Beveridge Modeli, merkezi hükümet tarafından tüm vatandaşlara sağlık hizmet sunumunu amaçlamaktadır. Finansmanı için kullanılan kaynak genel vergilerdir ve sağlık bakımı sağlayıcıları ya yerel ya da merkezi yönetimler tarafından denetlenmektedir. Beveridge modeli kapsayıcı ve eşitlikçi olması ile ön plana çıkmaktadır. Birleşik Krallık, Yeni Zelanda, İrlanda modelin kullanıcıları arasındadır. Sosyal sigortalar olarak da bilinen Bismarc modelinde ise işçi, işveren ve özel sigorta fonları ile finanse edilir. Bismarc modeli ücretli çalışmaya dayanmakta ve istihdam vergilerinden ortaya çıkmaktadır. Çalışan sigorta fonları emekli ve muhtaç kişiler içinde kullanıldığı için olarak eşitlikçi ve kapsayıcı olduğu söylenebilir. Belçika, Fransa, Almanya modelin kullanıcıları arasındadır (Kulesher ve Forrestal, 2014: 127).

Özel sağlık sigortası sisteminde ise hizmetin sunumu ve finansmanı açık pazar ekonomisine bırakılmıştır. Kişiler mevcut sağlık durumuna göre ödedikleri primlerle kendilerini sigorta altına almaktadırlar. Sağlık finansman sisteminin özelliklerinden olan finansman yoksunluğu ortaya çıkmakta, kapsayıcı ve eşitlikçi bir sistem ortadan kaybolmaktadır. Sistemin başlıca kullanıcı ise Amerika Birleşik Devletleridir.

**Tablo 2 : Bazı Ülkelerdeki Finansal Sistemler**

Finansal Sistemler	Ülke
Genel Vergilendirme	Birleşik Krallık
Yerel konsorsiyumlarla sağlayıcıları yöneten yerel vergilendirme	Danimarka

Çoklu, rekabetçi olmayan, özerk, üçüncü şahıs ödeyenler ile işveren ve çalışan tarafından ödenen sosyal sağlık sigortası	Fransa, Almanya
Bireysel olarak ödenen temel bakım için zorunlu sosyal sağlık sigortası, rekabetçi üçüncü parti sigortacılar ve hükümet tarafından tanımlanmış fayda paketi	İsviçre
Özel Sağlık Sigortası	Amerika Birleşik Devletleri
Katastrofik sağlık sigortası ve vergiden muaf sağlık tasarruf hesabı	Singapur
Yıkıcı hastalık ve uzun süreli bakım için zorunlu sosyal sağlık sigortası ve işveren ve çalışan tarafından ödenen akut tıbbi hizmetler için sosyal sağlık sigortası	Hollanda

**Kaynak** : <http://www.civitas.org.uk/pdf/hpcgsystems.pdf>

Finansman kaynakları ülkelerin ekonomi politikaları ile doğrudan ilişkili olmakla birlikte genellikle kamu ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar verdikleri hizmetler karşısında ödeyici kuruluşlardan geri ödeme almaktadırlar. Ülkemizde kullanılan başlıca geri ödeme yöntemleri ise; Hizmet başına geri ödeme, Kişi başına geri ödeme, Gün başına geri ödeme, Teşhis ilişkili gruplar, global bütçeleme olarak sıralanabilir (Akyürek, 2012: 128).

*a) Hizmet başına geri ödeme:* Sunulan her hizmet kalemi için bir fiyat söz konusudur. Sağlık hizmeti sunucuları belirlenmiş olan fiyatlar üzerinden yapılan işlemleri fatura eder ve geri ödeyici kuruluş bu faturalara binaen ödemelerini gerçekleştirir (Akyürek, 2012: 130).

*b) Kişi başına geri ödeme:* Kişi başına ödeme yönteminde hizmet sunucusu ile geri ödemeyi yapan kuruluş arasında belirli bir süre için belli bir bölgedeki sağlık hizmet sunumu için anlaşma üzerine kuruludur. Hizmet sunucusu tarafından bünyesindeki kişilere ne kadar hizmet sağladığına bakılmaksızın uygulanması muhtemel tüm tedavileri karşılayacak ödeme esasına dayanır (Arık ve İleri, 2016: 85).

c) *Gün başına geri ödeme*: Genellikle yataklı tedavi kurumları için tercih edilen bu yöntemde hizmet sunucusuna sağlık kuruluşunda tedavi gören her bir kişi için, sağlık hizmeti verilen gün başına sabit bir ücret ödenir (Akyürek, 2012: 134).

d) *Teşhis ilişkili gruplar (TİG)*: TİG mantığına göre her bir hasta eşsizdir. Her hastanın taşıdığı hastalığa karşı direnci, uyumu, taşıdığı risk faktörleri farklı ve gelişim öyküsü, kendine özgü klinik verileri değişkenlik göstermektedir. Bu halde oldukça değişiklik ve farklılık gösteren hastalıkların verilerinin anlamlı bir hal alabilmesi için benzer özellikteki hastalıkların çeşitli gruplara alınmasını temel alır. Sınıflandırmalara göre her bir vaka grubu için kendi içinde eşit ödemeler oluşturulur (Arık ve İleri, 2016: 47).

e) *Global Ödeme Yöntemi*: Bu yöntemde yapılacak geri ödemelerde harcama grupları oluşturulmamakta, tek bir kalemde yapılmaktadır. Yapılan ödemeler için sağlık hizmet sunucusu kendi inisiyatifi ile istediği alanlarda harcama yetkisine sahiptir. (Akyürek, 2012: 137).

## 2.1.2. Uluslararası Sağlık Reformları

Dünyada genel olarak iki sağlık reformu girişimi ön plana çıkmaktadır. İlk olarak finansal maliyetleri kontrol altına almak ve çıktıları artırmak üzerine odaklanırken, ikinci olarak ise erişimi kolaylaştırmak ve herkesi kapsamak olarak ortaya çıkmaktadır. Bir çok ülke sağlık sistemlerinin bölümlere ayrılmasından hoşnut değildir ve sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmak amacı ile sağlık hizmetlerinin bütünleşmesinden yana bir eğilim göstermektedir. Bu reform çabaları, hizmet sunucularından başka birinin hizmet kullanımını kontrol etmesinin, hizmet maliyetini azaltmaya yardımcı olacağını önermektedir (Kulesher ve Forrestal, 2014: 135-136).

Tablo 3, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) tarafından rapor edilen 2008 yılı sonu yedi yıllık dönem için sağlık harcamalarındaki bir ülkenin gayri safi yurtiçi hasılasının (GSYİH) yüzdesi olarak değişimi göstermektedir. 33 ülkenin 28'inde (% 85) sağlık hizmetlerine harcanan GSYİH'ya oranlarının arttığı görülmektedir. 32'sinden 25'inde (% 78) hükümetlerin harcamalarındaki pay artmış, 31'inden sadece 6'sı (% 19) özel harcamalarda artış yaşanmıştır (Kulesher ve Forrestal, 2014: 135).

**Tablo 3 : 2001'den 2008'e Kadar Olan Ulusal Sağlık Harcamalarındaki Değişme**

	<b>Toplam Harcamalardaki Değişim</b>	<b>Devlet Harcamalarındaki Değişim</b>	<b>Özel Harcamalardaki Değişim</b>
Avusturalya	0.6	0.5	-0.1
Avusturya	0.3	0.3	0.0
Belçika	1.8	1.3	-0.5
Kanada	1.0	0.7	-0.2
Şili	0.7	-0.3	-1.1
Çek Cumhuriyeti	0.4	-0.1	-0.5
Danimarka	1.2	1.0	uygulanamıyor
Estonya	1.2	1.0	-0.3
Finlandiya	1.0	0.9	0.0
Fransa	0.9	0.5	-0.4
Almanya	0.3	-0.1	-0.4
Macaristan	0.1	0.2	0.1
İzlanda	-0.2	-0.1	0.2
İrlanda	2.1	1.7	-0.5
İsrail	-0.3	-0.5	-0.1
İtalya	0.8	0.9	0.1
Japonya	0.6	0.4	-0.1
Kore	1.4	0.8	-0.5
Lüksemburg	-0.6	-0.5	0.1
Meksika	0.3	0.3	-0.1
Hollanda	1.6	uygulanamıyor	uygulanamıyor
Yeni Zellanda	1.9	1.8	-0.1
Norveç	-0.2	-0.1	0.0
Polonya	1.1	0.9	-0.3
Portekiz	0.8	0.4	-0.4
Slovakya	2.5	0.5	-2.0
Slovenya	-0.2	-0.2	0.1

İspanya	1.8	1.3	-0.4
İsveç	0.3	0.3	0.0
İsviçre	0.1	0.4	0.2
<b>TÜRKİYE</b>	<b>0.9</b>	<b>0.9</b>	<b>0.0</b>
Birleşik Krallık	1.6	1.4	-0.1
Amerika Birleşik Devletleri	2.1	1.3	-0.9
Ortalama Değişim	0.8 (n = 33)	0.6 (n = 32)	-0.3 (n = 31)

**Kaynak:** [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

Sürekli olarak sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın artışının yaşandığı ve sağlığın temel bir insan hakkı olarak görülmesi ile birlikte, sağlığa ayrılan payın azaltılması değil, ayrılan kaynakların etkin, etkili ve verimli kullanılması ön plana çıkmaktadır. Sağlık hizmetinin verildiği kurumlarda etkin hizmetin sağlanmasının yanı sıra maliyet kontrolünün yapılması esas olarak kabul edilebilir.

### 2.1.3. Hastaneler

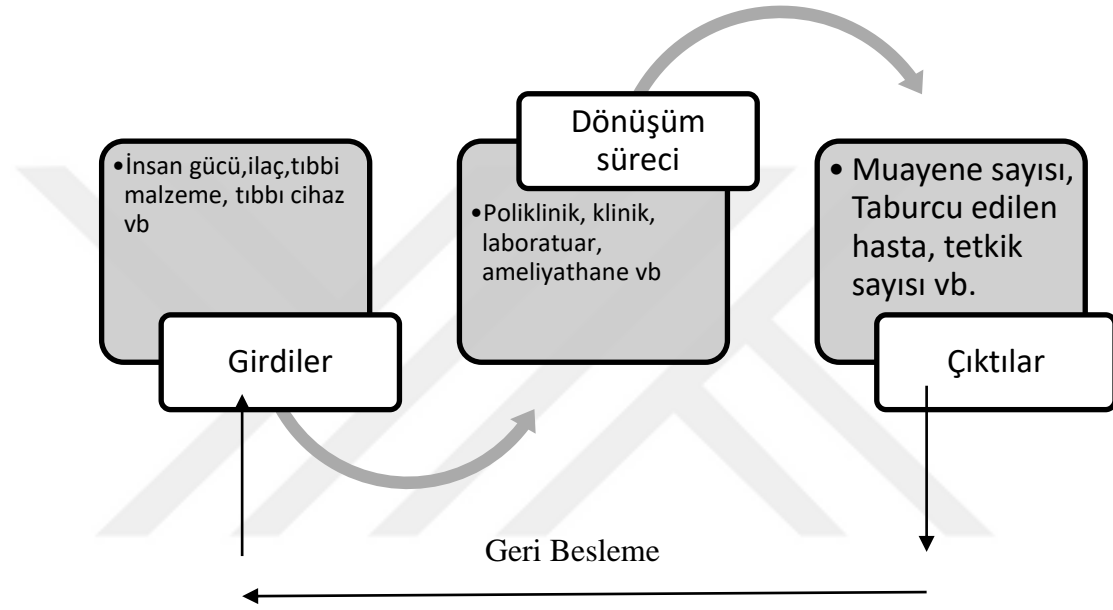
Sağlık hizmeti sunumunda sektörün en büyük yükünü çeken kuruluşlar hastanelerdir. Bu bölümde hastane kavramı açıklanacak, hastaneler hakkında bilgiler verilecektir.

#### 2.1.3.1. Hastane

Hastaneler tıbbi personeller ve diğer personeller tarafından örgütlü bir şekilde 7 gün 24 saat yatarak ve ayaktan tedavi veren kuruluşlardır. Bu personeller tarafından teşhis ve iyileştirici hizmetler sunarak çeşitli akut, iyileştirici ve terminal bakım hizmetleri sunmaktadırlar. Hastanelerin, diğer sağlık ve sosyal bakım hizmetleri ile yakın işbirliği içinde çalışarak ve temel sağlık hizmetlerini ve halk sağlığı hizmetlerini güçlendirmeye katkıda bulunarak insanların ihtiyaçları etrafında düzenlenmesi, genel sağlık hizmeti katkıda bulunması gerekmektedir (WHO, 2018 : 1).



Hastaneler karmaşık bir yapıya sahiptir ve dinamik bir ortamda varlığını sürdürmektedir. Hastaneler birer sistem olup kendilerinden daha büyük olan sağlık hizmetleri sisteminin içinde, sağlık hizmetleri sistemi ise çok daha büyük olan sağlık sistemi içinde hareket etmektedirler. Şekil 1'de de görüldüğü gibi hastaneler girdileri dışarıdan temin ederek bir döngü meydana getiriyor. Hastanelerin kullandıkları girdiler oldukça pahalı olmasından dolayı, hastanelerde üretilen sağlık hizmetlerinin maliyeti de oldukça yüksektir.

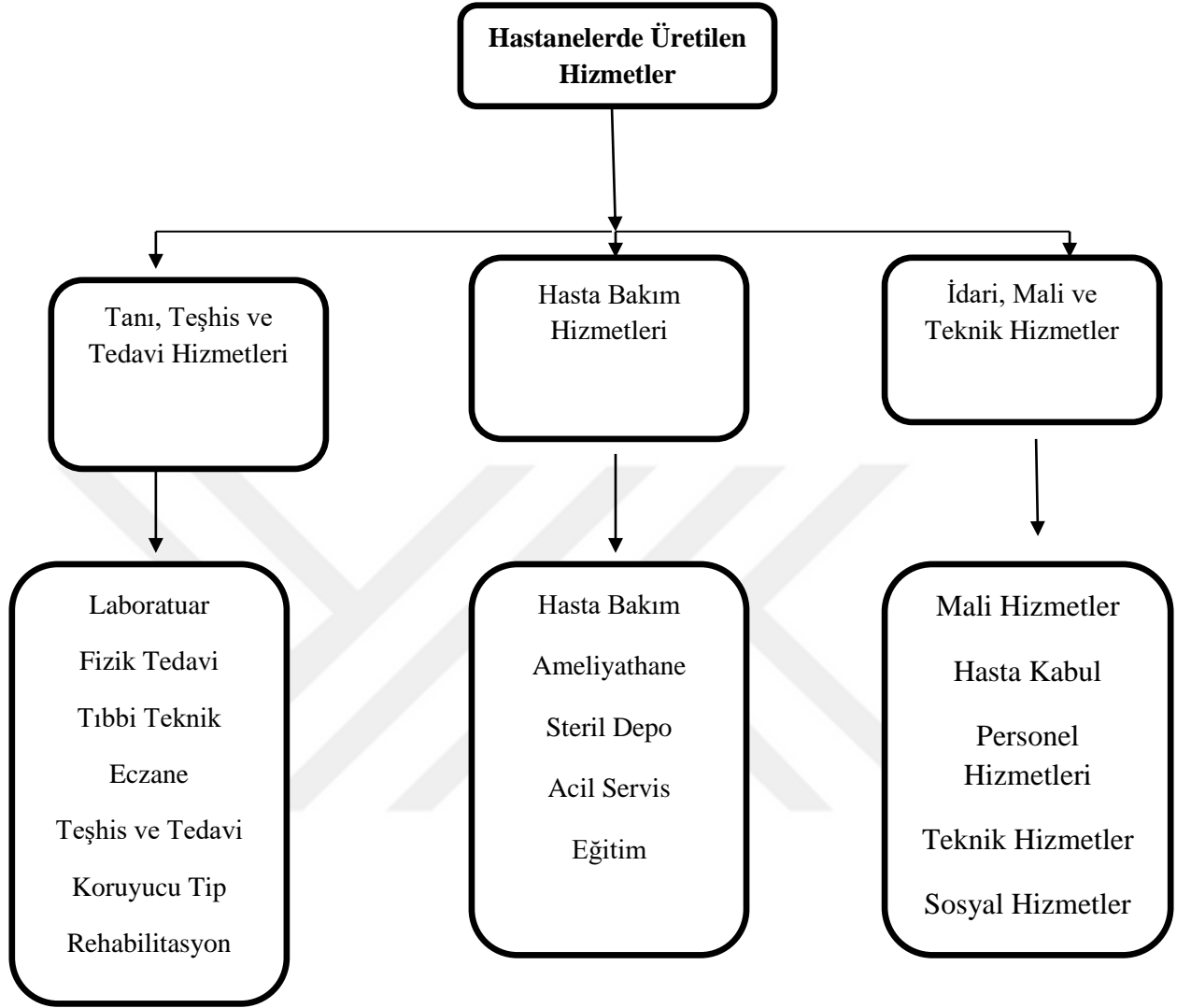


**Şekil 1. : Hastane Sistemi** (Ağırbaş, 2016: 21)

Hastaneler doğrudan kişi ve topluma hizmet veren kurumlar olarak büyük bir öneme sahiptirler. Bundan dolayı ürettiği hizmetlerin kalitesi ile gelişmişlik için önemli bir gösterge durumundadır. Bu kapsamda hastanelerin fonksiyonları bilinmek zorundadır.

### **2.1.3.2. Hastanelerin Fonksiyonları**

Sağlık sektörünün önemli bir bölümünü oluşturan hastaneler diğer hizmet sektörlerinden çok daha farklı bir konumlandırmaya sahiptirler. Genel itibari ile hastanelerde verilen hizmetleri Şekil 2.'de ki gibi toplandığı söylenebilir.



**Şekil 2: Hastanelerde Üretilen Hizmetler (Özkan, 2003: 19)**

Genel hastanelerde belirtilen başlıklarda ele alınan sağlık hizmetleri 3. basamak sağlık hizmeti veren üniversite hastanelerinde buna ek olarak Eğitim ve Araştırma faaliyetleri de sunmaktadır.

Hastanede bir çok işlem bir arada verilmektedir. Bu hizmetlerin aksamadan verilebilmesi için süreç içinde ki bütün paydaşların eşgüdüm içinde hareket etmeleri çok önemlidir. Bu bilgiler ışığında hastanelerin fonksiyonlarını şu şekilde inceleyebiliriz (Çarıkcı, 2014: 15):

- *Tıbbi Fonksiyon:* Hastanelerin asıl fonksiyonudur. Teşhis, tedavi, rehabilitasyon, poliklinik, klinik, ameliyathane gibi hizmetleri kapsamaktadır. Bu fonksiyonun yerine getirilmesi sağlık hizmetlerin işleyişi açısından son derece önemli ve mükemmel bir eşgüdüm gerektirmektedir.
- *İdari Fonksiyon:* Karmaşık yapıda bulunan hastanelerin yönetim ve organizasyon fonksiyonlarını kapsamaktadır. Hastanelerin amaçlarının yerine getirilmesi için kaynakların bir araya getirilmesi, potansiyel problemlerin önlenmesi, çıkan problemlerin hemen çözümü ve personelin gerektiği şekilde sevk ve idare edilmesini amaçlayan fonksiyondur.
- *Eğitim Fonksiyonu:* Genellikle üniversite hastaneleri için olan bu fonksiyon, öğrencilerin almış olduğu teorik bilgi ile hastane ortamına adapte olup pratiğe dökmesine olanak sağlayan fonksiyondur.
- *Mali Fonksiyon:* Yüksek maliyetlerin bulunduğu hastanelerde kar amacı olmasa da, yüksek maliyetlerin karşılanması ve hastane ekonomisinin sürdürülebilir olması açısından son derece önemli bir fonksiyondur. Ayrılan payların kısılması değil, etkin, etkili ve verimli olmasının sağlanması gerekmektedir.
- *Teknik Fonksiyon:* İleri teknolojinin yoğun olarak bulunduğu hastanelerde tıbbi cihaz bakım ve onarımı, makine, teçhizat, havalandırma, bina ve bakım onarım gibi işleri ilgilendiren fonksiyondur.
- *Sosyal Hizmet Fonksiyonu:* Hastaneler sadece teşhis ve tedavi hizmetleri ile sınırlı kalmamakla aynı zamanda hastaların zihinsel bütünlüğünü sağlamak içinde çabalamaktadırlar.
- *Konaklama Hizmetleri Fonksiyonu:* Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte hastanelerin kalite arayışları kazanmış ve hastanelerin otelcilik hizmetleri ile maksimum konfor sağlama çabaları ile ilişkili fonksiyondur.

### **2.1.3.3. Hastanelerin Sınıflandırılması**

Hastaneler toplum geneline çok yönlü hizmet veren kurumlardır. Verdikleri çok yönlü hizmet dolayısı ile çeşitli olarak sınıflandırılmaktadırlar.

a) *Mülkiyetine göre hastaneler:* Bağlı bulunduğu kurum dikkate alındığında, mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğu ve kurum ve kuruluşların özelliğine göre sınıflandırılır. Türkiye'de hastaneler; Devlete doğrudan bağlı

hastaneler, devlete dolaylı bağılı hastaneler ve özel hastaneler olmak üzere ayrılırlar (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015: 196).

*b) Büyüklüklerine göre hastaneler:* Büyüklüklerine göre hastane sınıflandırılmasında en önemli faktör hastanenin yatak sayısı kabul edilmektedir. Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflanmaktadır.

Türkiye'de genel görünüm itibari ile özel hastanelerin büyük bir bölümü 100 yataktan daha az bir yatak sayısına sahiptir. 2014 yılı itibari ile yatak sayısının sektörel dağılımı Tablo 4'te belirtilmiştir.

**Tablo 4: Türkiye'deki Hastanelerin Yatak Sayısına Göre Dağılımı**

Yatak sayısı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
800 ve Üzeri Yatak	15	17	-	32
600-799 Yatak	30	10	1	41
400-599 yatak	54	7	-	61
200-399 yatak	109	11	17	137
100-199 yatak	116	16	95	227
50-99 yatak	147	4	196	347
25-49 yatak	169	-	170	339
25 Yataktan az	213	2	67	282
Toplam	<b>853</b>	<b>67</b>	<b>546</b>	<b>1468</b>

**Kaynak:** (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015: 198)

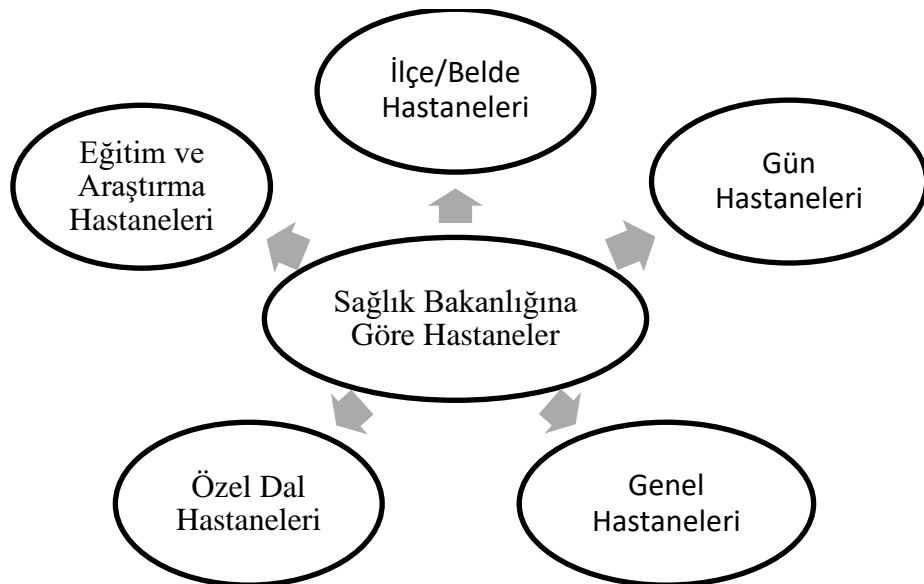
*c) Hastaların kalış süresine göre:* Bu sınıflandırmada hastaların kalış süresi esas alınmaktadır. Bu hastanelerde uzun süreli veya kısa süreli kalış süresine göre bir sınıflandırma ortaya çıkmaktadır. Uzun ve kısa olarak yapılan sınıflandırmada '30' gün baz alınmaktadır. Türkiye'de hastanelerin %50'den fazla kısa süreli kalınan hastanelerdir. Genel hastaneler, doğum evleri bu tip hastanelere örnek gösterilebilirken, Psikiyatri, geriatri, Fizik tedavi hastaneleri gibi hastanelerde uzun süreli hastaneler grubuna girmektedir (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015: 198).

d) *Halkın kullanımına açık olma durumuna göre hastaneler:* Halka açık tüm kısa süreli hizmet veren genel hastaneleri kapsayan toplum geneline açık hastaneler ve uzun süre bakım veren psikiyatri hastaneleri, tüberküloz hastaneleri, zihinsel özürlü hastaneleri ile alkol ve kimyasal bağımlılığı olanlara hizmet veren toplum geneline açık olmayan hastaneler olmak üzere ayrılmaktadır (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işık, 2015: 198).

e) *Eğitim statüsüne göre hastaneler:* Hastaneler eğitim verme durumuna göre ise eğitim amaçlı olmayan hastaneler ve eğitim veren hastaneler olmak üzere ayrılır. Eğitim hastaneleri genel hastane özelliklerinin yanı sıra sağlık profesyonellerinin yetişmesi için eğitim hizmetlerini de içermektedir.

f) *Akreditasyon durumuna göre hastaneler:* Akreditasyon sağlık kuruluşlarının daha önceden belirlenmiş ve yayımlanmış standartlarla geçerliliği herkes tarafından kabul gören kuruluşlar tarafından denetlenmesi sürecidir. Bu dış denetim mekanizması kuruluşları kalite geçerliliği, hasta odaklılığı gibi kıstaslarla değerlendirmektedir. Akredite olup olmama durumuna göre hastaneler ayrılmaktadır.

g) *Dikey Entegrasyona göre hastaneler:* Hastaların aldıkları hizmetlerin kapsamına göre ayırım yapılmaktadır. Bu sınıflandırma da hastaneler özellikle 1. basamak, 2. basamak ve 3. basamak hizmet verme özelliğine göre sınıflandırılır. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre bu hastaneleri Şekil 3'teki şekilde 5 gruba ayırmıştır.



### **Şekil 3: Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 121 )**

*h) Verdikleri hizmet türüne göre hastaneler:* Hastaneler verdikleri hizmet türüne göre ise , her türlü acil vaka ile cinsiyet ve yaş farketmeksizin bünyesinde ki bütün uzmanlıklarla birlikte hasta kabul eden genel hastaneler ve belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yada bir organ veya doku grubu hastaları kabul eden özel dal hastaneleri olmak üzere 2'ye ayrılır.

#### **2.1.3.5. Hastanelerde Maliyet Yönetimi**

Bu bölümde maliyet kavramı, maliyet kavramının hastanede ki önemi ve uygulanması açıklanacaktır.

##### **2.1.3.5.1. Maliyet**

Maliyet belirli bir amaca ulaşmak için katlanılan fedakarlıkların parasal karşılığı şeklinde tanımlanabilmektedir (Yükçü, 2007: 25). Dolayısı ile katlanılan fedakarlıkların parasal karşılığı beklenen amacın maliyeti olmaktadır. Bu tanımlardan yola çıkarak maliyeti " Bir malın ya da hizmetin üretimi için yapılan tüm harcamaların toplamı olarak" nitelenebilmektedir (Çarıkcı, 2014: 26).

Sağlık hizmetlerinde ise amaçlara ulaşmak için katlanılan maliyetler oldukça yüksektir. Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte sağlık sektöründeki kalite artış beklentisi sağlık sektöründe meydana gelen değişikliklerin, teknolojik yeniliklerin takibini zorunlu hale getirmiş, her yeniliğe adapte olabilmenin maliyeti ise doğrudan sağlık hizmetinin pahalı bir hizmet olmasına yol açmıştır. Kalite-maliyet arasındaki ilişki sağlık işletme yöneticileri üzerinde büyük bir baskı oluşturmuş ve profesyonellik çok önemli bir hale gelmiştir.

##### **2.1.3.5.2. Maliyet Yönetimi**

Maliyet yönetimi, ürün ve hizmet maliyetlerini doğru olarak saptamak, işletmedeki işlemleri geliştirmek, optimum fayda ile sunulması için gerekli çalışmaları yapmak, maliyetle ilgili bütün plan ve tanımlamaları yapmak olarak açıklanabilir.

Maliyet yönetiminin ilgili olduğu alanlar şunlardır (Karcıoğlu, 2000: 63-64):

- Mutlak ve göreceli maliyet düzeyini belirleme,
- Maliyet yapısının optimizasyonu,
- Maliyet esnekliğinin optimizasyonu,
- Maliyet davranışlarını etkileme,
- Karmaşıklık maliyetini düşürme,
- Maliyet şeffaflığının sağlanması

Sağlık hizmetlerinde ise teknolojik gelişmelerin artması ile birlikte maliyet baskılarının artığı, artan baskılar karşısında yöneticilerin maliyet içeren unsurlarla ilgili alması gereken kararlar oldukça zorlaşmıştır. Maliyet yönetimi, işletmedeki üretim, hammadde yönetimi, araştırma geliştirme, mühendislik ve finansman işlevleri arasında bir uyum sağlayarak gerekli tedbirlerin alınması esastır.

#### **2.1.3.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Yönetimi**

Son yıllarda sağlık hizmetleri sert rekabet ortamının içinde faaliyetlerini devam ettirmektedirler. Sağlık kurumları maliyetleri düşürmek ve maliyet avantajı ile sektörde avantajlı konuma gelebilmek için uygun maliyet yönetimini bulmalıdır.

Rekabetin yanı sıra sürekli olarak değişen teknolojik gelişmeler, müşteri beklentileri, yaşam tarzları ile birlikte sağlık hizmetlerini uyum sağlama konusunda büyük çaba sarf etmeye, kendilerini yenilemeye zorlamıştır. Yılmaz (2008: 218) tarafından yapılan bir çalışmada yöneticiler hastanelerde rekabette başarı sağlayacak alan rekabet unsurlarının önem derecelerine göre sıralandığında kârlılık ve maliyet yönetiminin yüksek değer taşıdığı ve önem gördüğü saptanmıştır.

#### **2.1.3.4. Hastanelerde Maliyetleri ve Karlılığı Etkileyen Faktörler**

Ülkeimizde sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi kurum isteğine göre değil, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde devlet tarafından belirlenmektedir (Özkan, 2003:114).

Hastaneler birer açık sistem olarak sadece devlet tarafından Sağlık Uygulama Tebliği ile gelen ücret sınırlaması ile değil, bir çok dış çevre faktörlerinden de etkilenmektedir. Çevresel faktörlerinde etkisi ile sağlık kurumları yöneticileri hastanelerde karlılığı ve maliyetleri etkileyen faktörlere duyarlı olmak durumunda ve

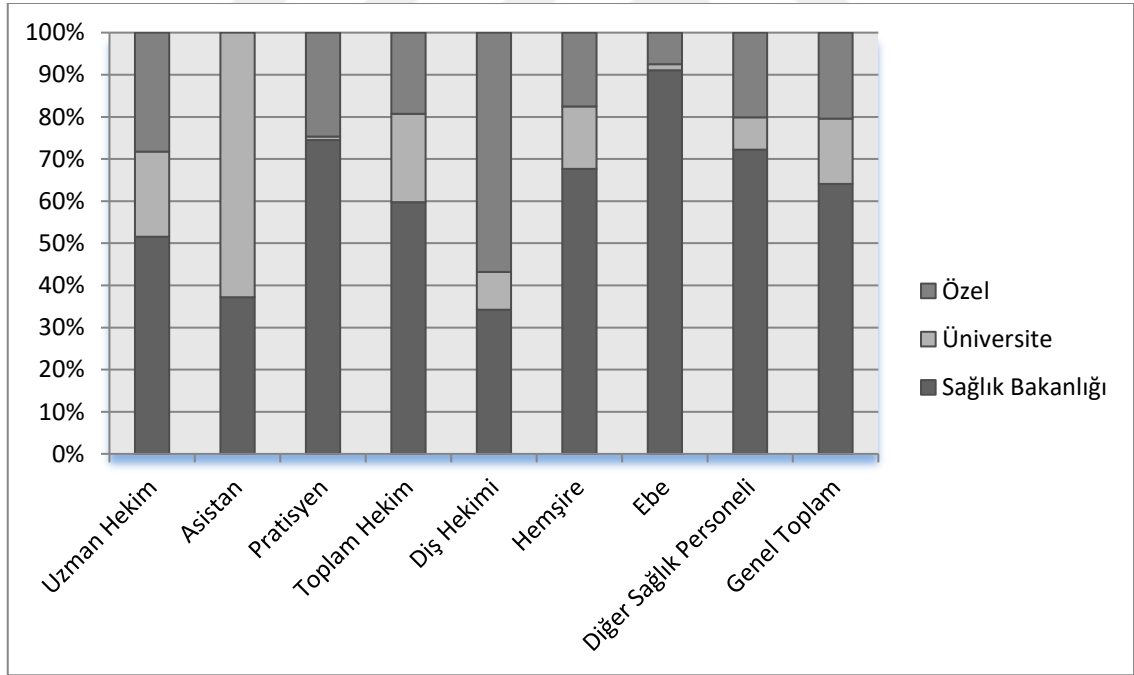
maliyetlerini kontrol altında tutmak için bu konular üzerine dikkatle eğilmek durumundadırlar.

Hastanelerde hizmetlerin akışı adına maliyetleri doğrudan etkileyen oldukça fazla sayıda faktör mevcuttur. Bu faktörlerden en önemlileri olarak karşımıza çıkanlar ise; İnsan Kaynakları, Hastane Büyüklüğü, Kapasite Kullanımı, Hizmet Kalitesi ve Teknolojik Düzeydir.

#### 2.1.3.4.1. Hastanelerin İnsan Kaynakları

Sağlık hizmetleri genellikle emek ve teknoloji yoğun işletmeler grubuna girmektedir. Emek yoğun çalışan kurumların insan kaynakları son derece önem kazanmakta, hastanelerin en önemli kaynakları arasında yer almaktadır. Hastanelerde insan kaynakları aynı zamanda gider bazında hastanelerin en önemli kalemi olarak bulunmaktadır.

**Grafik 1: Sektörlere Göre Sağlık Personeli**



**Kaynak:** <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php> (2016)

Uzman hekimlerin (%52) 40544'ü Sağlık Bakanlığı bünyesinde faaliyet gösterirken (%20) 15905'i Üniversite hastanelerinde ve (%28) 22171'i ise özel hastanelerde görev yapmaktadır.



Sağlık hizmet giderlerinin 2/3'ü personel giderlerinden oluşmaktadır. Bu yüzden insan kaynaklarının etkin kullanımı hastanelerin maliyet kontrolünü elde tutmak için oldukça önemlidir (Cankul ve ark., 2006: 247).

#### **2.1.3.4.2. Hastane Büyüklüğü**

Hastanelerin büyüklüğü genellikle hastanelerin sahip olduğu yatak sayısı ile ifade edilmektedir. Yatak kapasitesi az olan hastaneler küçük hastaneler olarak kabul edilirken yatak kapasitesi çok olan hastaneler büyük hastaneler olarak kabul edilir.

Hastane büyüklüğü ve maliyet arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Hastanelerin büyümesi ile hizmet kalitesi ve uzmanlaşma ön plana çıkacağı için etkinlik ve verimlilik artacak, tedavi süreleri kısalarak birim başına düşen maliyetlerde azalma yaşanacaktır (Sözbilir, 1986: 64).

#### **2.1.3.4.3. Kapasite Kullanımı**

Kapasite TDK'na göre; "Belli bir alana sığabilecek kişi veya nesne sayısı" olarak belirtilmektedir (<http://www.tdk.gov.tr>). Kapasite ile maliyet kullanımına ilişkin olarak Yıldıztekin (2010: 199); "öncelikle üretim maliyetlerini doğrudan etkileyen üretim yöntemi, üretim faktör fiyatları ve kapasite büyüklüğü gibi faktörlere odaklanılır. Üretim yönteminde girdilerin birbirinin yerini alabilme veya ikame olanakları, üretim faktörleri bileşimi, bazı alanda değişmeyen oranlarda bazılarında değişen oranlarda artırılabilir. İş gücü, hammadde gibi değişken üretim faktörlerin artırılması, belli noktaya kadar üretim miktarında artışa, daha sonra azalışa neden olur. Üretim faktörleri bileşiminin değişmesiyle etkisini gösteren azalan verim yasası, birim üretimde daha fazla değişken girdi kullanımı zorunluluğu maliyetlerde artışa neden olur. Girdi fiyatlarında düşme maliyeti azaltır veya girdi fiyatlarında artış maliyeti artırır. Açıklanan bu faktörlerin sabit olması koşuluyla üretim maliyetini etkileyen en önemli faktör, farklı üretim miktarlarını gösteren kapasite büyüklüğüdür. Kuramsal olarak kapasite artınca birim başına sabit maliyetlerin azalması ile ürün maliyeti düşecektir" olarak ifade etmiştir.

#### **2.1.3.4.4. Hizmet Kalitesi**

Sağlık hizmet sunucuları, hastanelerde süreçleri iyileştirirken hizmet verdiği kişilerin beklentilerini göz önünde bulundurmaya durumundadırlar. Sağlık kurumları, hastananın ilgili sağlık kurumuna başvurduktan sonra en kısa sürede ve en güvenli

şekilde vermelidir. Bu çerçevede ekonomik kalkınmaya paralel olarak sağlık hizmet üreticilerinin sağlık hizmeti üretimi için yapmakta oldukları harcamalar da daha fazla anlam kazanmaktadır (Hazman & Küçükilhan, 2012: 139).

Yüksek hizmet kalitesi, hastane işletmelerini bir imaj kazandırmasının yanı sıra kalite artışına bağlı olarak yüksek maliyetlerde getirebilmektedir (Yılmaz, 2008: 64).

#### **2.1.3.4.5. Teknolojik Düzey**

Teknoloji, ihtiyaçların daha etkin bir şekilde karşılanması için, bilginin örgütsel süreçler üzerine uygulanmasıdır (Tekin, Güleş ve Öğüt, 2010: 79).

Hastanelerde hizmet üretiminin hemen hemen her aşamasında karşımıza çıkan teknoloji kullanımı, doğru veri akışı sağlayarak hata payını azaltmakta, işlemlerin süresini kısaltmaktadır. Verileri daha kısa ve daha kaliteli olarak çıktıya dönüştürmekte, hastalara uygulanan işlemler üzerinde hata payını azaltarak genel hizmet kalite düzeyini artırmaktadır. Herhangi bir hastanede teknolojinin varlığından ya da yokluğundan söz edilemez, sadece düzeyinden bahsedilebilir. Bunun yanı sıra ileri teknoloji kullanımı, üretim sürecine doğrudan dahil edilemeyen bazı giderleri artırarak maliyetlerin belirgin artışına neden olmaktadır. Teknoloji kullanımı süreçlerin kalitesinin artışına sebep olurken diğer yandan üretim maliyetlerinin artışına sebep olmaktadır (Yılmaz, 2008: 63).

## **2.2. İLERİ MALİYET YÖNETİMİ YAKLAŞIMLARI**

Küreselleşme ve küreselleşme ile birlikte ortaya çıkan ekonomik sınırların ortadan kalkışı, müşteri beklentilerinin artması ve farklılaşması, müşterilerin bilinç düzeyindeki artış, teknolojik gelişmelerin üretim süreçlerini ve çeşitliliğini artırması gibi nedenlerle rekabet küresel bir hal almıştır. Bu gibi nedenlerle mamul veya hizmet fiyatları rekabet ve piyasa koşullarına göre oluşmaya başlamış, işletmeler ise varlıklarını devam ettirebilmek için belirli bir kâr marjını belli bir düzeyde tutmak durumunda kalmışlardır (Okutmuş, Kurar ve Kahveci, 2014: 52).

Geleneksel maliyetleme yöntemlerinin sürekli yenilenen çevre koşulları için yetersiz kalması yeni arayışlara yeni arayışlarda ileri maliyet yöntemlerinin ortaya çıkışına sebep olmuştur. İleri maliyetleme yöntemleri müşteri odaklı üretilmiş mamul yada hizmetlerin maliyetlerini ürünün ilk oluşum fikrinden başlayarak, satış sonrası

destek hizmetlerine kadar doğru, tam ve anlamlı bir şekilde hesaplanmasını sağlar ve işletmelerin karar alma sürecine destek sağlamıştır. Bu sayede işletmeler yoğun rekabet ortamında faaliyetlerini etkili ve verimli olarak yerine getirebilmektedir (Okutmuş, Kurar ve Kahveci, 2014: 53)

Bu durum tüm işletmeler için geçerli olduğu gibi sağlık işletmeleri içinde geçerli olmaktadır. Sağlık işletmeleri verdikleri hizmetlerin değerlendirme, planlama ve denetimini ileri maliyet yaklaşımları ile daha verimli olarak yerine getirebilmektedir. Bunun yanı sıra sağlık işletmelerinin etkinlik-karlılık-verimlilik durumlarının tespiti için ileri maliyet yöntemleri kullanılabilir (Çarıkçı, 2014: 40).

İşletmelerin faaliyetlerini sürdürürken gerekli maliyet yönetimini sağlayan ileri maliyet yöntemleri şunlardır (Çarıkçı, 2017: 277);

- 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,
- Stratejik Maliyet Yönetimi (Strategic Costing Management),
- Kısıtlar Teorisi (Theory of Constraints),

### **2.2.1. Hedef Maliyetleme**

Hedef maliyetleme bir kuruluşun mühendislik, ar-ge, pazarlama ve muhasebe bölümleri yardımıyla mal ya da hizmet üretme için belirli amaçlar veya hedefler geliştirdiği bir maliyet yöntemidir ve hedef maliyetler istenilen kâr marjına ve mal

yada hizmetin neye mâl olması gerektiği hususunda makul tahminlere dayanır (Ellram, 2000: 39).

Yöntemin özellikleri ile birlikte en geniş tanımını ise şu şekilde yapmak mümkündür; "mümkün olan en doğru yerde, en doğru fiyatta, en doğru zamanda, doğru özellikte ve doğru mamulleri piyasaya sunup, işletmenin beklediği müşteri tatmini ve maksimum kazancı sağlayan, geleneksel fiyatlama yöntemlerini değiştiren, maliyetleme kelimesinin kapsamından çok daha geniş olan, stratejik bir kâr planlama ve maliyet yönetim sürecidir" (Kroll, 1997: 18).

Hedef maliyetleme için benimsenen iki yöntem bulunmaktadır (Acar, 1998: 82):

- Ürünün hedef fiyatını ve hedef kâr marjını bulabilmek için hedef maliyetin belirlenmesi
- Hedef maliyeti kısım ve hammadde seviyesine kadar indirmek ve böylece dışarıdan elde edilecek birimlerin fiyatlarını belirleyebilmek

Hedef maliyetleme yönteminde, hedef maliyetin belirlenmesinde hedef satış fiyatı temel alınmalıdır. Hedef satış fiyatı ise bir ürün ya da hizmet için tüketicilerin ödemeye hazır oldukları tahmini fiyattır (Gürdal, 2007: 97).

Hedef maliyetleme yönteminde faydalanan sektörler genellikle rekabetin yoğun olduğu sektörlerdir. Rekabetin yoğun olduğu sektörlerde müşteri talepleri, beklentileri ve istekleri doğrultusunda hedef maliyet belirlemek hayati öneme sahiptir. Aksi takdirde rekabet gücü düşecek olan şirketler güçlerini hızla kaybederken hedef maliyetleme ile hareket eden şirketler güçlenecektir.

### **2.2.1.1. Hedef Maliyet Uygulama süreci**

Hedef maliyet geliştirme konusunda yapılan çalışma sonucunda süreç için 6 temel adım belirlenmiştir (Ellram, 2000: 40):

- Yeni ürün ve hizmetler için hedef maliyetin ilk adımı, pazarda mevcut olan ihtiyacı belirlemek, tanımlamak ve bu ihtiyaca yönelik ürün ve hizmet özelliklerini ortaya çıkarmaktır. Pazar beklentileri hakkındaki veriler ise, rekabetçi teklifler, özel yada genel müşteri talepleri, pazar araştırması ve yaratıcı fikirlere dayanarak elde edilebilir. Toplanan veriler ışığında ise organizasyon ürün yada hizmet geliştirme akışını başlatır.

- İkinci adımda ise ürün ya da hizmetin özelliklerinin belirlenmesi ile müşteri için hedeflenen satış fiyatı belirlenir.
- Üçüncü aşamada izin verilen hedef maliyet belirlenir. Gerekli kâr marjı iş biriminin stratejik planlama sürecindeki taahhüdü tarafından belirlenir. Bu süreçte ayrıca hedef fiyat, beklenen kâr ve hedef maliyet gibi yeni ürün veya hizmet stratejileri üst yönetim onayına sunulmalıdır.
- Dördüncü adımda hedef maliyetleme öncelikle, pazarlama, imalat, lojistik ve dağıtım, genel ve idari yönetim, ve dış alımlar gibi maliyet merkezleri arasında tahsis edilmelidir. Ürün yada hizmetlerin tek tek maliyetinden ziyade sonuçta oluşacak maliyet önemlidir.
- Beşinci adım hedef maliyetlemenin kaynak ve zaman için en zorlayıcı adımıdır. Bu aşamada organizasyon hedef maliyete ulaşmak için tedarikçilerle çalışır.
- Altıncı adımda ise yeni ürün yada hizmet sunumunu, yapılan çalışmaların izlenimini ve sürekli iyileştirmeyi kapsar.

### **2.2.2. Mamül Yaşam Dönemi Maliyetlemesi**

Mamüllerinde tüm canlı varlıklar gibi doğum (Gelişim ve Piyasaya sürülme), Büyüme (Piyasada gelişme ve olgunluk) ve Ölüm (Piyasadan Çekilme) aşamalarından geçtiği kabul edilmektedir.

#### **2.2.2.1. Mamül Yaşam Seyri**

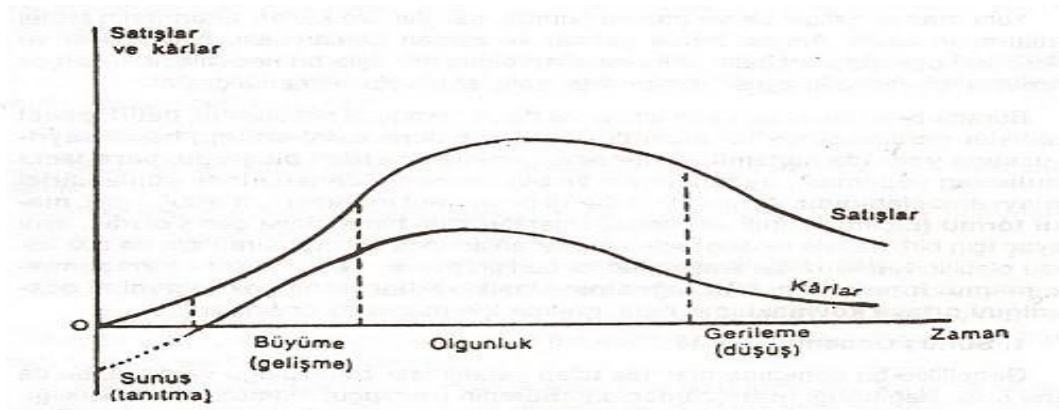
Mamül yaşam seyri, bir ürünün ait olduğu pazarda kârları ve piyasa satışlarını ortaya koyan bir kavramdır. Bu kavram ürünlerin bir ömürlerinin olduğunu ve ömürlerin basamaklarının belirsiz olduğunu ortaya koyar (Gersil, 2006: 66).

İşletmeler varlığını sürdürmek ve kazanmak için ürünlerinin yaşam seyrinin mümkün olduğunca uzatmayı amaçlarlar. Bir ürünün yaşam seyrini etkileyen faktörler 6 maddeyle gösterilir (Tek, 1999: 416).

- Pazar payının daha büyük veya daha küçük bir bölümünün hedefe koyulması

- Sosyal ve kültürel faktörler
- Rakip işletmelerin pazara girmesini zorlaştıran engeller
- Ürünün tüketici grubu tarafından kabulü
- Teknolojik gelişmelerin hızı
- Ürünün mevcut ve potansiyel kullanım alanları

Ürün yaşam seyri Şekil'de görüldüğü gibi sunuş, büyüme, olgunluk, gerileme aşamalarından oluşmaktadır.



Şekil 4: Ürün Yaşam Seyri (Mucuk, 2001: 129)

#### 2.2.2.2. Mamül Yaşam Seyri Maliyetleme

Mamül Yaşam Seyri Maliyetleme Yöntemi “ürünün, üretim öncesi safhasından başlayan ve kullanım değeri bitinceye kadar geçen sürece ait maliyetleri esas alan bir maliyet yönetimi yaklaşımıdır.” olarak tanımlanabilir (Karakaya, 1999: 576).

Mamül Yaşam Seyri Maliyetleme Yöntemi, vergi veya finansal raporlamadan ziyade maliyet planlaması ve ürün fiyatlaması için temel kriter olarak kullanılan bir yöntemdir. Mamül Yaşam Seyri Maliyetleme Yöntemi'ne göre ürünün yaşam seyri maliyetleri, ürünün ömrü boyunca neden olacağı ürün tasarımı ve geliştirme maliyetleri, üretim maliyeti, satış ve dağıtım harcamaları, satış sonrası hizmet ve garanti maliyetlerinin hepsini karşılamaktadır. Ürünün planlanması döneminde sadece üretim maliyetlerini hesaplamak yerine yaşam seyri maliyetleri üzerine düşünmek ürün fiyat etkinliğini artıracak ve maliyet planlanmasının etkinliğini sağlayacaktır (Gersil, 2006: 72).

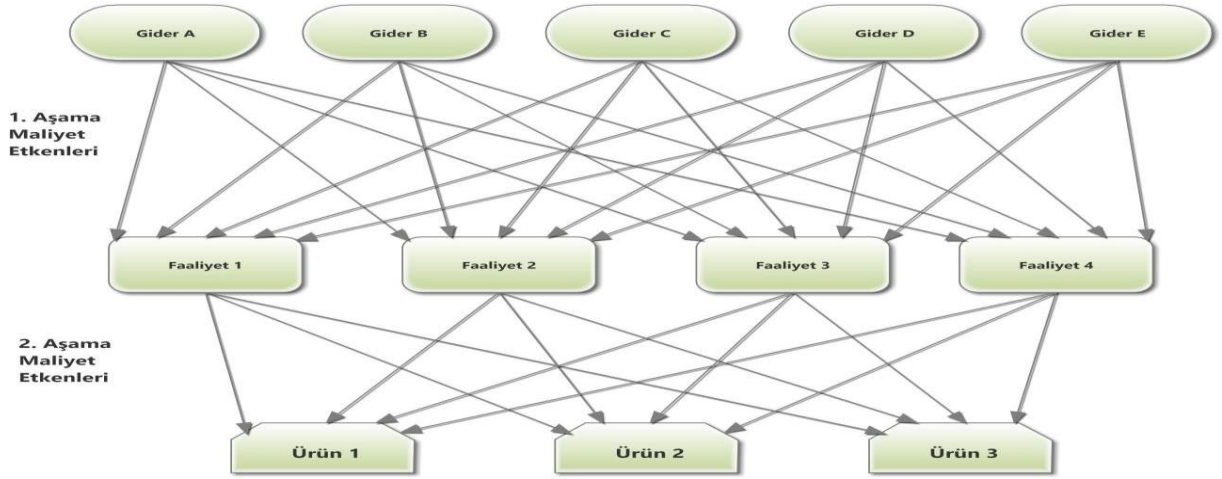
Mamül Yaşam Seyri Maliyetleme Yöntemine önemli faydalar atfedilse de, organizasyonel ortamdaki uygulamasının kapsamı ile ilgili çok az kanıt bulunmaktadır. Üstelik, kullanımını etkileyebilecek faktörler dizisi ile ilgili yetersiz sistematik kanıtlar vardır. (Dunk, 2004: 402-403).

### **2.2.3. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme (FTM)**

Faaliyet tabanlı maliyetleme, bir işletme bünyesinde oluşan faaliyetler ve ürünler ile ilgili veri tabanı oluşturan, bu bilgileri işleyen ve koruyan bir bilgi sistemidir. Gerçekleştirilen faaliyetleri inceleyerek tanımlar, bu faaliyetler ile ortaya çıkan maliyetleri izler ve bu faaliyetlere ait maliyetlerin mamullere yüklenmesi için çeşitli maliyet dağıtım araçları kullanır. Sonuç olarak mamullerle ilgili faaliyet tüketimleri ortaya çıkar (Karacan ve Aslanoğlu, 2005: 19).

Geleneksel maliyetleme yaklaşımları genel olarak, yukarıdan aşağı tahsis prosedürleri aracılığıyla departman seviyesinde maliyetleri analiz eder. Doğru hasta seviyesi maliyet bilgisi sağlamazlar ve hizmet sunum süreçlerine cevap veremezler. Örneğin, hastaneler için yönetim muhasebesi sistemi, toplu harcamaları nakliye, bilgi teknolojisi, ekipman ve güvenlik gibi maliyet merkezlerine tahsis eder. Bu maliyetler, kadın sağlığı, eczane ve radyoloji gibi tıbbi hizmetlere dağıtılır ve birim maliyetler, hizmet düzeyi maliyetlerinin, teslim edilen hasta sayısı veya hizmet birimleri ile bölünmesiyle hesaplanır. Bu yaklaşım, programatik maliyetlerin ve ana maliyet sürücülerinin anlaşılması ve hasta başına veya hizmet başına ortalama maliyet hesaplanması için yeterlidir (Kaplan ve Porter, 2011: 6).

Şekil 5'de görüldüğü üzere FTM işleminde temel olarak 2 adım olduğunu söyleyebiliriz. İlk adım olarak üretim faaliyetlerinin amacına uygun olarak belirlenmesi, faaliyet maliyetlerinin hesaplanması ve ortak bir alanda toplanması, ikinci adım olarak ise bu maliyetlerin ürünlere aktarılmasıdır (Çarıkçı, 2014: 53).



**Şekil 5: Faaliyet tabanlı maliyetleme aşamaları (Öker, Akt: Çarıkçı, 2014: 54)**

FTM, bir işletmede uygulanmadan önce dikkate alınması gereken konular şunlardır (Keys and Lefevre, 2002: 47);

- FTM sistemi uygulanırken işletme stratejileri ve hedefleri dikkate alınarak detaylı olarak maliyet sisteminin ilişkisi irdelenmelidir.
- FTM seçiminde ürün özelliklerindeki farklılıklar ve pazar güçlerine dikkat gösterilmelidir. Faaliyet tabanlı maliyetlemeden daha basit ve uygulanabilir sistemler bulunabilir.
- Otomasyon ve robotlaşma Faaliyet tabanlı maliyetleme uygulamasını önemli ölçüde etkileyebilir.
- FTM uygulaması bilgisayarlı veri saklama sistemlerini gerekli kılmaktadır.

Kısaca FTM tek başına sadece bilgi sağladığı için sistemin performansını geliştirmeyecektir. Bilgi verme gücü ile sadece organizasyonun performansını geliştirmeye yardımcı rolüne bürünecektir.

### **2.2.3.1. Sağlık Kurumlarında FTM İçin Öne Çıkan Fayda ve Eleştiriler**

Lawson (1994:31-38) tarafından yapılan araştırma; hastanelerin maliyetlerini daha etkin bir şekilde ölçülebileceğini, kontrol edebileceğini ve yönetebileceğini öne sürmüştür. Elde edilen bilgilerin ise stratejik karar almada kullanılabileceğini ileri sürmüştür.



Lawson 10 yıl arayla yaptığı iki çalışma sonrasında (1994-2004) ortaya koyduğu olumlu çıktılar şunlardır (Lawson, 2005: 88);

- Kullanıma geçirilmesiyle çok önemli yararlar elde edileceği yönündeki kanı kuvvetlenmiştir.
- Daha etkin kaynak ve maliyet yönetimi için; maliyet ve faaliyetlerin daha iyi anlaşılmasına olanak sağlar.
- Maliyet kontrolünün yanı sıra; süreç geliştirme ile stratejik ve operasyonel planlamaya önemli katkıları bulunmaktadır.
- Sistemlerin kuvvetli bir performans değerlendirme aracı oldukları kabul edilmiştir.

Olumsuz çıktılar ise ;

- Faaliyete dayalı yöntemlerin tasarım ve yerleştirme maliyetleri yüksektir.
- Veri toplama ve işlemeyle ilgili yeni bir bilgi işlem sistemi yaratılması gerekmektedir.
- Yöntem ve sistemler üst yönetimden istenen desteği alamamaktadırlar.

#### **2.2.4. Dengeli Puan Kartı (Balanced Scorecard)**

Geleneksel muhasebe yöntemleri, geçmiş finansal verilere dayanarak ölçümlerini yaparlarken, ürün ve hizmet kalitesi, müşteri beklentileri, verimlilik gibi verileri ölçemez. Günümüz işletme yöneticileri ise sunulan ürün ve hizmetlerin, müşteri beklenti ve taleplerine karşılıklı karşılıklı, müşteriye bir değer katıp katmadığı ile de ilgilenir. Dengeli puan kartı yöntemi ile işletmenin beklentilerine uygun olarak finansal ve finansal olmayan ölçütleri kullanan bir ölçüm yaklaşımı olarak görülebilir (Çarıkçı, 2014: 60).

Dengeli puan kartı, değişim sürecine odaklanmak ve onları yönlendirmek için müşteri bazlı bir planlama ve süreç iyileştirme sistemidir. Örgütsel stratejiyi çalışanlara iletir. Onlara eyleme dönüştürülebilir hedeflere ulaşmasını sağlayan entegre, finansal ve finansal olmayan önlemler sunar (Pineno, 2010: 2).

Dengeli puan kartının kullanıcılara sunduğu avantajlar (Bailey, Chow ve Haddad, 1999: 166-168);

- Aktif formülasyonu teşvik etmek ve örgütsel stratejilerin uygulanması

- Stratejilerinin güncellenmesi ve gerçekleştirilebilir olmasının sağlanması
- Örgütteki iletişimin güçlenmesinin sağlanması
- Bölüm veya bireysel hedefler ile kuruluşun hedefleri ve stratejileri arasındaki uyumun geliştirilmesi
- Uzun vadeli stratejilerle yıllık veya kısa vadeli işletim planlarını uyumlaştırma
- Performans değerlendirme ölçüm sonuçları ile uzun vadeli stratejileri uyumlaştırma

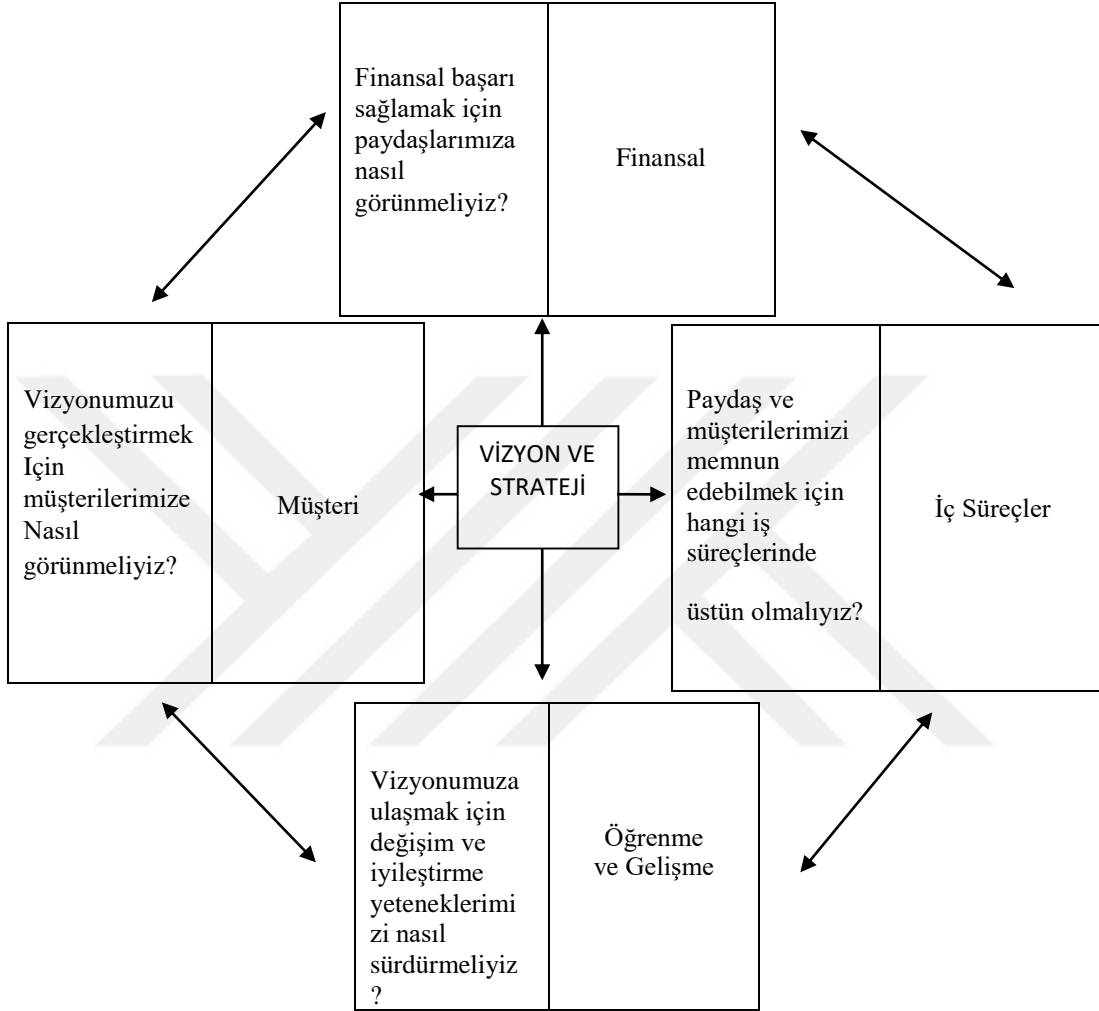
Dengeli puan kartı örgütün 4 ana perspektiften görüldüğünü iddia etmekte, verilerin ise bu perspektifler ışığında toplanıp analiz edilmesini öne sürmektedir (Pearce ve Robinson, 2007: 195).

1. Müşteri Perspektifi: Müşteri tatmin perspektifi, genellikle hata düzeyi, garanti desteği, zamanında dağıtım ve ürün geliştirme ile ilgili direkt olarak tüketiciden gelen ve işletmenin ana konusu ile ilgili olan ölçümleri ifade eder.
2. İş süreci perspektifi: Kalite ölçütleri, dönüş süresi, üretkenlik, farklı maliyet ölçütleri ile belirlenen iç iş süreçleri ve etkili uygulamaları puan kartı girdisi sağlar.
3. Öğrenme ve geliştirme perspektifi: Teknolojik liderlik, puan kartı, operasyonel süreç geliştirme, ürün geliştirme süresi gibi konularda yenilik ve öğrenen organizasyon ile ilgili konular üzerinde durur.
4. Finansal perspektif: Genellikle öz kaynak karlılığı, nakit akışı, satışlar ve gelir artışı gibi ölçümlerle hareket eder.

Şekilde de görüldüğü üzere, bu perspektiflerden hepsinin amacının bir araya gelmesi ile dengeli puan kartı ortaya çıkar ve stratejileri uygulamaya rehberlik ederek birçok ölçülebilir kısa vadeli sonuçlar sağlayarak, iş stratejilerinin değer yaratma üzerine olmasına yardımcı olur (Karasavuran, 2013: 81).

Sağlık kuruluşlarında Dengeli puan kartının uygulanmasında kendi uygulamaları ve süreçleri dikkate alınarak düzenlemeler yapılabilir. Sağlık işletmeleri kendi önceliklerine göre "müşteri perspektifi" değil de "hasta perspektifi", "İç süreçler perspektifi" değil de "klinik perspektif", "Öğrenme ve

gelişme perspektifi" yerine ise " İnsan kaynakları perspektifi" getirilebilir. Hastanelerin doğrudan topluma hizmet ettiği düşünüldüğünde "Topluma odaklanma perspektifi" kullanımı da mümkün olabilir (Karasavuran, 2013: 86).



**Şekil 6.: Vizyon ve Stratejinin 4 Perspektife Dönüştürülmesi (Kaplan ve Norton, 1996: 4)**

### 2.2.5. Tam Zamanlı Üretim Ortamında Maliyetleme (TZÜ)

Tam zamanında üretim (TZÜ) gereken zamanda, gerekli miktarda ürünü satabilmek için, satılacak ürünü gereken zamanda ve gereken miktarda üretebilen bir üretim sistemi olarak tanımlanabilir (Yükçü, 2007: 155).

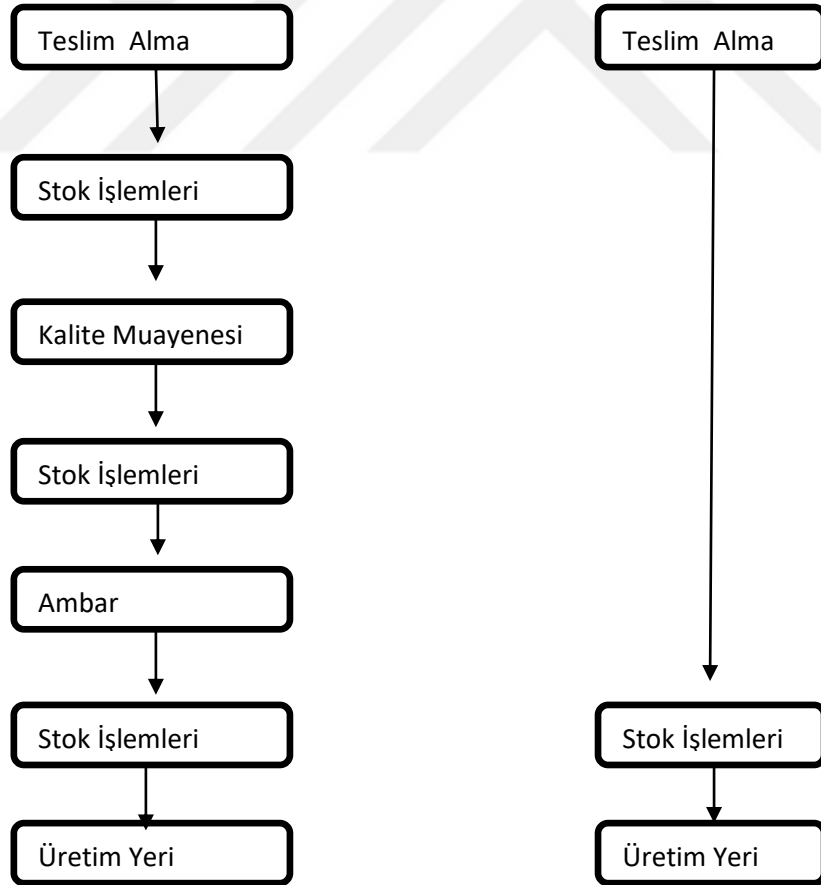
Geleneksel maliyetleme yöntemleri ile TZÜ maliyetleme yöntemlerinin farkları Tablo 5'te gösterilmiştir.

**Tablo 5. Geleneksel ve TZÜ Maliyetleme Karşılaştırması**

	<b>Geleneksel</b>	<b>Tam zamanlı üretim</b>
<b>Üretim Faaliyetlerinin Kaydı</b>	Mamul maliyetleri, yarı mamul ve mamul stokları hareketlerinden oluşur	Birimler tamamlandığında ürünlerin maliyeti kaydedilir.
<b>Stok hesapları</b>	Malzeme stokları, Yarı mamul stokları, Bitmiş ürün stokları	Hammadde ve süreçteki stoklar Bitmiş ürün stokları
<b>Üretim maliyetleri</b>	Direkt malzeme Direkt işçilik Genel üretim	Direkt malzeme Dönüşüm maliyeti

**Kaynak:** Horngren vd, 2012: 895

Şekilde gösterildiği üzere maliyet yönetimi açısından TZÜ sistemi; faaliyetler içinde değer katmayan faaliyetlerin ortadan kaldırılmasını ve buna paralel olarak maliyetlerin düşürülmesini hedeflemektedir.



**Şekil 7: Satın Alma Ortamlarına Göre Stok Hareketleri (Hacırustemoğlu, Şakrak, 2002: 70)**

Tam zamanlı üretim sisteminde stoklara en az maliyetin ayrılması ve mümkün olduğunca sıfır stok prensibi ile hareket edilmesi sebebi ile stoklar için ayrıca bir maliyet aktarımına gerek duyulmamaktadır. Stoklara ayrılacak olan sermaye ise başka faaliyet alanlarda daha efektif kullanım alanı bulmaktadır. Sıfır stok hedefi aynı zamanda malların depolarda çürümesi, bozulması, yıpranması v.b. şekillerde oluşacak zayıttan da kurtulmaya olanak sağlayacaktır (Dursun, 2001: 26-27).

#### **2.2.6. Kaizen Maliyetleme**

Temelinde Kaizen felsefesinin yattığı Kaizen maliyetleme, Japon otomobil üreticileri tarafından sürekli gelişmeye bağlı olarak maliyetlerin kademeli olarak düşürülmesi olarak ortaya çıkmıştır. Kaizen maliyetleme işletmede köklü değişikliklerden ziyade süreçlerde meydana gelen küçük maliyet tasarrufları ile üretim maliyetinin düşürülmesi prensibi ile hareket etmektedir. (Monden ve Lee, 1993: 22).

Genel olarak, dikkate alınan tek ürün maliyetleri, mağaza tarafından doğrudan kontrol edilebilen maliyetlerdir. Eğer çalışma grubu belirlenen hedefleri karşılayamazsa, nedenleri araştırılır. Hedefin makul olmayacak şekilde yüksek olması veya tedarikçinin kısıtlamaları gibi kontrol dışındaki dış faktörler başarısızlığa katkıda bulunabilir. Önceki durumda, ürün başına önceki maliyet, kaizen maliyetinin azaltılması için başlangıç değeri olarak kullanılmalıdır. Hedeflerin karşılanması için maliyetler her bir sonraki dönemde azaltılmalıdır (Monden, 2000: 154-155).



**Şekil.8: Kaizen Maliyet Yaklaşımının Unsurları (Goetsch ve Davis, Aktaran: Çarıkçı, 2014: 66)**

Bu yaklaşımda 'yeterli' düşüncesi bulunmamaktadır. Felsefenin temelinde olan 'sürekli iyileştirme' yaklaşımı ile mevcut durum daima yetersizdir. Elde her zaman daha iyi hale getirecek süreçler ve yaklaşımlar hazır bulunmalıdır (Ulukanoglu, 2001: 1-2).

Bütün hizmet ve mamuller daha iyi hale getirilebilir ve mevcut kalite düzeyinden yüksek kalite daima vardır. Kalitenin belirli bir seviyeye getirilerek bu noktada kalınması asla yeterli olmayacaktır. Çünkü rakip işletmeler bu kalite seviyesini zamanla yakalayacak ve daha üst noktaya çıkarak rekabetçi üstünlük elde edebileceklerdir. İşletmenin daima kalite standardını bulunduğu noktadan üst noktaya koyması, işletmenin durağanlığa girmesinin önüne geçecektir (Gürdal, 2007: 158).

### **2.2.6.1. Kaizen Maliyetlemenin Amacı ve Özellikleri**

Mamul ve hizmete belirgin farklılıklar yaratmayan ve maliyetlerin sürekli olarak azaltılması, savurganlığın önüne geçilmesi ve üretim sürecindeki sürekli gelişmeler üzerine yoğunlaşır. Kaizen maliyetleme denildiğinde işletmenin

ekonomik faktörlerinin aklına doğrudan hedeflenen kâr ile tahmin edilen kâr arasında ki farkı sürekli olarak maliyetleri düşürerek ulaşmaya çalışmak gelmektedir (Gürdal, 2007: 160).

Kaizen maliyetlemenin temel karakteristikleri ise şu şekilde gösterilebilir (Cooper ve Kaplan, 1999: 53):

- Sistemin temel prensibi, doğru maliyet bilgilerine ulaşmaktan ziyade, süreçler içinde meydana gelen maliyetlerin azaltışını sağlamaktır.
- Maliyetlerde azalış sağlamak bir ekip işidir.
- Çalışma takımları maliyet azalışları için fikirler üretmekle sorumludur.
- Çalışma grubunun kaizen maliyet hedeflerini daha kolay anlayabilmesi için, toplam maliyet kalemleri, hem sabit maliyet hemde değişken maliyet için maliyet düşürme hedefleri ayrı ayrı verilmelidir.
- Süreçlerde elde edilen sonuçlar çok küçük olsa bile göz ardı edilmemelidir.

### **2.2.7. Kalite Maliyetleri**

Kalite ve kalitesizlik işletmelerin faaliyetlerini doğrudan etkileme ve yönlendirme kapasitesine sahiptir. Hacırüstemoğlu(1995: 143)'na göre kalite maliyetleri ise "kalitedeki gelişme ve değişmeyi gösteren belirleyici bir unsur olarak kabul edilmektedir. Kuruluşun kalite hedeflerine ne derecede ulaştığını ya da ulaşamadığının somut ölçüsünü elde etmek için kalite maliyetlerinin hem tutar hem de miktar olarak bilinmesi gerekli ve bir o kadar da önemli bir unsurdur"

#### **2.2.7.1. Kalite kavramları**

Kalite, müşteri beklenti ve isteklerini karşılayacak ürün veya hizmet üretilmesini ifade eder. Bu tanıma bakıldığında odak noktasında müşterinin olduğu açıktır. Müşteriler şirketlere değil şirketler müşterilere mecburdur (Dedhia, 2001: 657-668 ).

Kalitedeki değişim ve gelişmeyi belirlemenin en iyi yolu kalite maliyetlerinin incelenmesidir. Kuruluşun kalite hedeflerine ne kadar yaklaştığını

görebilmek için kalite maliyetlerinin hem miktar hem tutar olarak bilinmesi gereklidir (Çabuk, 2005: 2).

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), bir işletmede müşteri memnuniyetini sağlamayı hedefleyen, işletme içi bütün aktörlerin katılımını sağlayan, kaliteyi en üst noktaya taşıyarak bu konunun korunup geliştirilmesini hedefleyen anlayıştır. Kalitenin en önemli unsurlardan birisi olduğu sağlık sektöründe, kalite maliyetlerinin analiz edilmesi büyük önem arz etmektedir. Kalite maliyet analizi, bir sağlık kurumunun hizmet kalitesinin belli bir düzeyde tutulması için sağlık kurumlarına olan maliyetinin incelenmesi, değerlendirilmesi, problemlerin ortaya çıkarılarak çözüm yollarının analizini içeren bir süreçtir (Özgülbaş, 2014: 201).

#### **2.2.7.2. Kalite Maliyet Yerleri**

Kalite maliyetleri, yalın halde istenilen kalite hedefine ulaşırken katlanılan maliyetlerdir. Kalite maliyetleri yalnızca kalite için katlanılan maliyetleri değil, kalitesizlik ve düşük kaliteden kaynaklanan gizli maliyetleri de kapsamaktadır. Üretim sürecinde yüksek kaliteye ulaşma için katlanılan maliyetlerde kalite maliyetleri kapsamına girmektedir (Hacırüstemoğlu ve Şakrak, 2002: 141-158).

Kalite maliyetlerinin hesaplanmasında birçok model olmasına karşın en çok tercih edilen yöntem PAF (Prevention-Appraisal-Failure) yöntemidir. Önleme (Prevention), Değerlendirme (Appraisal), Başarısızlık (Failure) kelimelerin baş harflerinden oluşan 4 aşamalı bir yöntemdir.

*Önleme Maliyetleri:* Kalite geliştirmede bir uygunsuzluğu önlemeye yönelik olarak, tasarım, kurulum ve düzenleme ile ortaya çıkan maliyetlerin tümünden oluşmaktadır (Ömürgönülşen, 2008: 32).

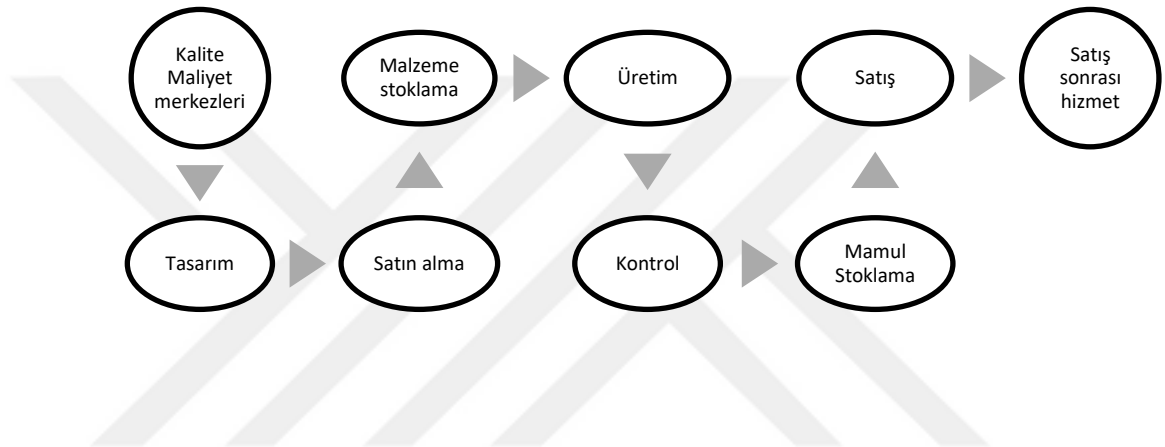
*Ölçme ve değerlendirme maliyetleri:* Tüketime sunulan ürün yada hizmetin, istenen tüketici değeri oluşturup oluşturmadığını gözlemlemek, denetlemek ve ölçmek için katlanılan maliyetlerdir. Ortaya çıkan aksaklıkların düzeltilmesi bu grup içinde değerlendirilmez (Hatipoğlu, 2008: 27)

*İçsel başarısızlık maliyetleri:* Ürün yada hizmetin tüketiciye ulaştırılmadan önce katlanılan maliyetlerdir (Çarıkçı, 2014: 71).



*Dışsal başarısızlık maliyetleri:* Ürün ve hizmetlerde tüketiciye ulaştıktan sonra ortaya çıkan maliyetlerdir.

Şekilde görüldüğü üzere Kalite maliyetlerinin hesaplanabilmesi için işletme içinde değer zincirinde yer alan bütün faaliyetlerin "Kalite Maliyet Merkezi" olarak belirlenmesi gerekir. İşletme ürün ve hizmet süreçlerinin her bir halkasını ayrı ayrı kalite geliştirme alanı olarak düşünmeli, o alanla ilgili kalite geliştirme çalışmaları yapılmalıdır (Yükçü, 2007: 558, Akt: Çarıkçı, 2014: 70).



**Şekil 9: Kalite Maliyet Merkezleri Zinciri (Yükçü, 2007: 558, Akt: Çarıkçı, 2014: 70)**

### 2.2.8. Kıyaslama (Benchmarking)

“Kıyaslama” terimi genellikle hastane kalite literatüründe belirtilmektedir, ancak kıyaslama süreci sıklıkla yanlış anlaşılmaktadır. Gerçek kıyaslama sadece sonuç ölçütlerini sektör ortalamalarıyla karşılaştırmak değildir.

Amerikan Kalite Topluluğu, kıyaslamayı “bir firmanın performansını sınıf şirketlerinde en iyi performansa göre ölçen bir teknik olarak tanımlamakta, bu şirketlerin performans seviyelerine nasıl ulaştıklarını ve bilgiyi kendi performanslarını geliştirmek için nasıl kullandığını belirlemektedir. Karşılaştırılabilir konular arasında stratejiler, işlemler ve süreçler bulunur (*Learn About Quality*, 2004: 1-2).

Temel özellikleri ise (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işıık, 2015: 524);

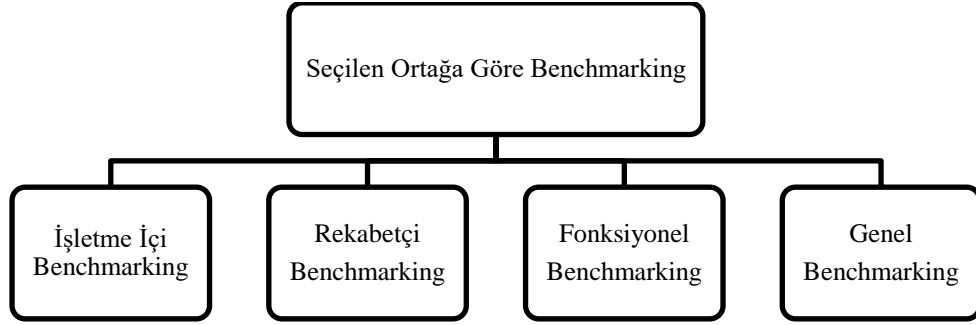
- Sürekli gelişim esastır.
- Uygulamalara yöneliktir.
- Sadece en iyi uygulamalara yönelir.
- Süreç boyunca karşılıklıbir yararlanma vardır.
- Atılımcı olumlu bir yaklaşımdır.

Kıyaslama yapılması, aynı sektörde bulunan kurumlar arasında veya farklı kurumların benzer süreçleri arasında bilgi alışverişine olanak sağlamaktadır. Maliyet kontrol sistemlerinin kıyaslanması ile rekabetçi üstünlüğün sağlanması mümkün olabilmektedir.

Maliyet kıyaslama, maliyetlerin rakiplere göre ya da en düşük maliyetli işletmelere göre kıyaslanması ve maliyetleri düşürmek için gerekli düzenlemelerin yapılmasını kapsamaktadır. Sağlık kurumlarında kıyaslama yapabilmek için, kıyaslama yapılacak olan sağlık işletmesi ile aynı özelliklerin taşıyor olması çok önemlidir. Örneğin; kamu hastanesi ile özel hastaneyi, Özel dal hastanesi ile genel hastaneyi kıyaslamak mantıklı olmayacaktır (Özgülbaş, 2014: 203).

#### **2.2.8.1. Kıyaslama Türleri**

Kıyaslamada yaygın olarak kullanılan 4 temel tür vardır (Şekil 11). İşletme içi kıyaslama genellikle faaliyetlerinin birden fazla işletme veya ülkede faaliyetlerini gösteren işletmelerde görülür. Rekabetçi benchmarking uygulamasında kuruluşun direkt olarak rakibi olan kuruluşlarda gerçekleşen süreçler kıyaslama konusundadır. Fonksiyonel benchmarking uygulamasında belirli bir konuda mükemmelliği herkes tarafından kabul gören herhangi bir kuruluştaki uygulamaları öğrenmektir. Özgün benchmarkingte ise sizinle aynı alanda rekabet etmeyen, kendi alanında ise lider olarak kabul gören işletmelerle benzer süreçlerin kıyaslanarak en iyiye ulaşmaya çalışılmasıdır (Tengilimoğlu, Akpolat ve Işıık, 2015: 524).



**Şekil 10: Benchmarking türleri (Tengilimoğlu ve ark., 2015: 525)**

### **2.2.9. Değer Mühendisliği**

Günümüz işletmelerinde müşteri beklentisini karşılamak için "Değer ortaya koymak" rekabetçi piyasa ortamında çok önemli bir stratejidir. Çünkü mevcut şartlar içinde müşteriler için önemli ölçüde tercih bolluğu bulunmaktadır ve bu işletmeleri "en değerli olanı üretme" yolunda kamçulamaktadır (Öğüt, İraz ve Zerenler, 2007: 52).

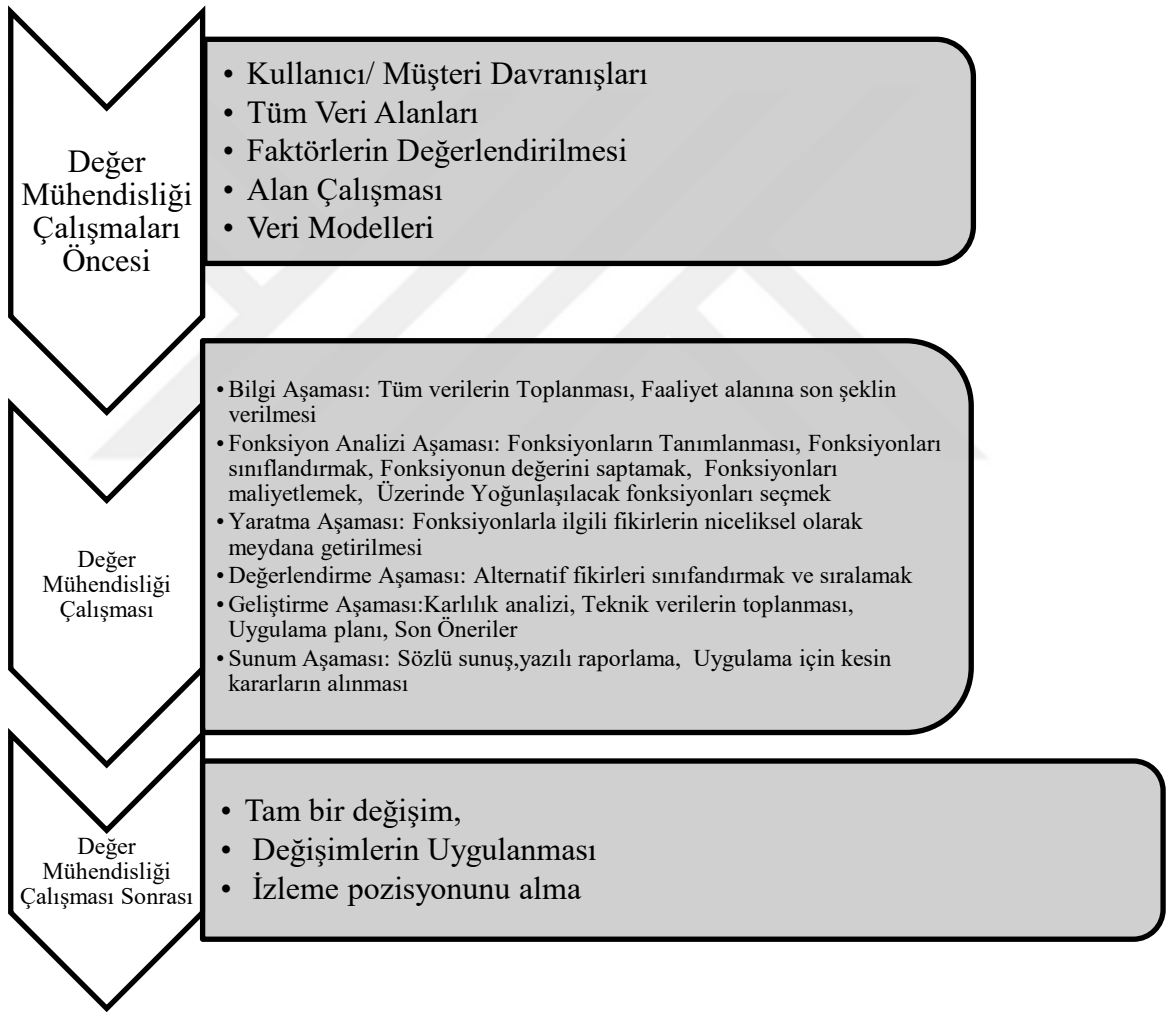
Değer mühendisliği, müşterilerin gözünde en değerli olarak nitelendirilmek ve iş süreçlerinde değer ortaya koymak için işletme yöneticileri tarafından faydalanılan bir yöntemdir. İşletme yöneticileri değer mühendisliği uygulamaları ile müşteri istek ve beklentileri en uygun maliyetle sunabilmek amacındadırlar (Öğüt, İraz ve Zerenler, 2007: 52).

Değer mühendisliği, mevcut ürünleri geliştirmek, ortaya yeni ürünler çıkarmak, kapsamlı çevresel projelerin planını oluşturmak, Kalite güvenilirlik sistemlerini geliştirmek, faaliyet analizleri yapmak, gereksiz maliyetleri saf dışı bırakmak, riski azaltarak başarıyı arttırmak hedefleri ile uzun zamandır kullanılan ürün, fonksiyon, süreç, hizmet ve sistem odaklı bir tekniktir (Örnek, 2003: 215).

Değer Mühendisliği, müşteri bakışı ile süreçler üzerinde yapılan kapsamlı analizler sonucunda gereksiz olanların elenmesi, önem arz eden süreçler üzerine yoğunlaşarak maliyetlerin düşürülmesi için yapılan fonksiyonel analiz, maliyet analizi ve değer analizi şeklindeki ekip çalışmalarının toplamı olarakta düşünülebilir (Örnek, 2003: 215).

### 2.2.9.1. Değer Mühendisliği Aşamaları ve Kullanılan Araçlar

Aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi değer mühendisliği süreci de diğer uygulamalar gibi aşamalar halinde tanımlanarak uygulanmaktadır. Değer mühendisliğinde kullanım amacına hizmet eden aşamaların toplamına iş planı adı verilebilir. Değer mühendisliği iş planı, 8 aşamayı kapsayan 3 evrede ortaya koyulabilir (Öğüt, İraz ve Zerenler, 2007: 56-59).



Şekil 11: Değer Mühendisliği İş Planı (Öğüt, İraz ve Zerenler, 2007: 56-59)

Değer mühendisliğinin her süreç için standart bir prosedürü olmamakla birlikte her sorun için ayrı bir süreç uygulanabilir. Sorunun iyi tanımlanması bütün süreçlerde en önemli faktör olarak göze çarpar. Sorun tanımlı yapıldıktan

sonra ise çözüm aşamalarına geçilir (Örnek, 2003: 216). Değer Mühendisliğinde kullanılan araçlar ise şunlardır (Gürdal, 2007: 174):

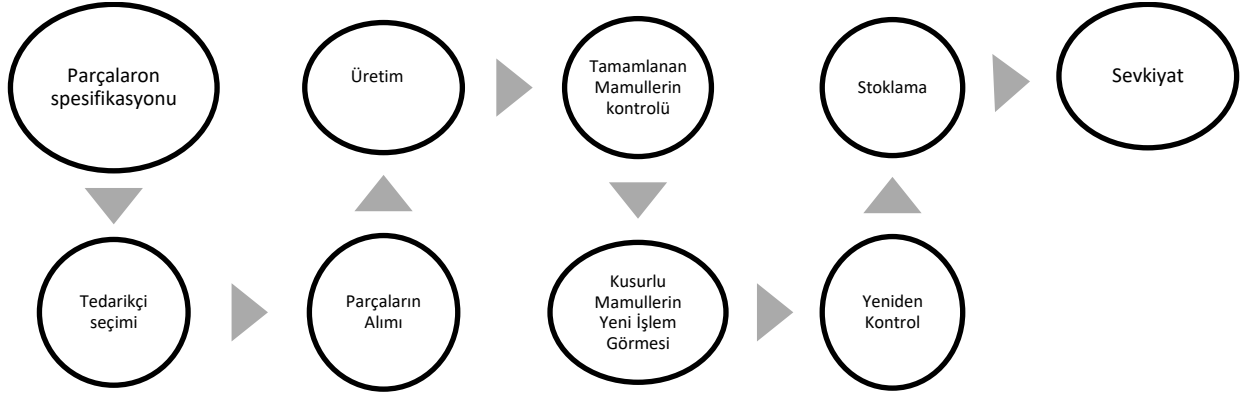
- *Süreç Yenileme*: Mevcut olarak kullanılan ya da planlaması yapılmış bir sürecin yeniden tasarlanması sürecidir.
- *Kalite Faaliyet Konuşlandırması*: Müşteri ihtiyaçlarının mamul işlevleriyle ilişkilendirildiği bir uygulamadır.
- *Yıkma Analizi*: Mamul geliştirme ya da maliyet azaltmak için ortaya çıkan fırsatların belirlenmesi için rakiplerin çıktılarını değerlendirmek için kullanılan yöntemdir.
- *Toplam İçin Tasarım*: Tasarım ekibine maliyet azaltmak için ihtiyaç duyduğu bilgiyi sağlama görevini ifa eden analiz tekniğidir.
- *İşlev Analizi*: Mamul maliyetlerini belirlemek için kullanılan tekniktir.
- *Hata Modu ve Etki Analizi*: Tasarım sürecinin veya hizmetin nasıl başarısız olabileceğini değerlendirmek ve olası hataları proaktif olarak bir şekilde önlemek veya en az düzeye indirecek faaliyetlerin tanımlanması için kullanılan bir süreç analizidir.

#### **2.2.10. Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması**

Mamul veya hizmet üretim sürecinde herhangi bir faaliyetin ortadan kalkması bir müşteri tatmini kaybına sebep olmuyorsa, söz konusu faaliyet değer yaratmayan faaliyet olarak nitelendirilebilir. Bu yaklaşımda temel amaç işletmenin ürettiği ürün veya hizmetin kalitesini ve değerini koruyarak gereksiz faaliyetlerden oluşan maliyetlerin ortadan kaldırılmasıdır (Çarıkçı, 2014: 79).

Bir işletmede bir ürün veya hizmetin siparişinden teslimine kadar geçen süreye toplam döngü zamanı adı verilir. Toplam döngü zamanı ise, işleme, kontrol, bekleme ve taşıma için ayrılan zamanların toplamıdır (Nasuhi ve Yücel, 2000: 488).

Şekilde görüldüğü gibi işletmenin üretim faaliyeti 9 değer zincirinden oluşmaktadır.



**Şekil 12: Toplam Döngü Zamanı (Yükçü, 2007: 430)**

Değer yaratmayan faaliyetlerin süreçlerden temizlenmesi herhangi bir müşteri değeri azalışına neden olmayacağı için vazgeçilebilir maliyetler olarak nitelendirilebilir. Gerek üretim gerekse hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmeler için değer katmayan maliyetlerin ortadan kaldırılması 5 aşamada meydana gelmektedir. Bu aşamalar ise aşağıdaki şekildedir.



**Şekil 13: Değer Katmayan Faaliyetleri Ortadan Kaldırılması Süreci**

### 2.2.11. Stratejik Maliyet Yönetimi

Serbest rekabet piyasasında ürün fiyatları genellikle işletmelerin kontrolü altında değil, toplam arz ve talebe göre oluşur. İşletmeler ürün fiyatına doğrudan etki edemese de maliyetleri etkileyebilir. Stratejik maliyet yönetimi bu ortam içinde işletmelerin uzun vadedeki karlılığını etkileyecek önemli bir araç olarak ortaya çıkmıştır (Bursal ve Ercan, 1999: 487).

Stratejik maliyet yönetiminin temel hareket noktası, müşteri ve işletme için uygun maliyetli ürün veya hizmet üretmektir (Yüzbaşıoğlu, 2004: 394). Stratejik maliyet yönetimi; işletme stratejileri ile spesifik olarak ise işletmelerin tüm kaynaklarının aşırı kullanımı ve nakit akışı, fiyatlar, miktarlar, pazar payları ve reel maliyetlerin göreceli düzeyi açısından yönetim ile ilgili maliyet muhasebesi bilgilerinin hazırlanması ve analiz edilmesi olarak ifade edilebilir (Yalçın, 2006: 18).

Stratejik maliyet yönetimi, stratejik unsurların daha ön planda tutulduğu net, kesin ve biçim olarak maliyet çözümlerine dayanan bir maliyet yönetimidir. Bu bakış açısıyla maliyet verileri stratejik üstünlük sağlamak için kullanılır. Her işletme birbirinden farklı hedefler edindiği için, her işletmenin maliyet yönetim stratejisi de farklı olmak durumundadır (Titiz ve Çetin, 2000: 130).

#### **2.2.11.1. Stratejik Maliyet Yönetiminin Önemi ve Sorumluluğu**

Stratejik maliyet yönetimi, küreselleşmenin getirdiği rekabetçi ortama adapte olabilmesi ve işletmelerin bu ortamlarda ayakta kalabilmesi için çok önemli bir araçtır. Stratejik maliyet yönetimi ile birlikte şirketler daha uzun vadede daha zor rekabet koşullarına hazırlıklı olmaktadır (Bekçi ve Özal, 2010: 83).

Stratejik Maliyet yönetiminin sorumlulukları sıralanacak olursa (Blocker, Chen ve Lin, 2002: 6);

- Stratejik Maliyet yönetiminin İlk sorumluluk alanı strateji oluşturmaktır. Strateji eğer başarılırsa arzulanan rekabetçi avantaj sağlayan, özel faaliyet alanları ve amaçlar dizisidir.
- Stratejik Maliyet yönetiminin İkinci sorumluluk alanına göre; yönetim, kar planlama, bütçeleme ve firmanın faaliyetleri ile ilgili karar almada firma faaliyetlerinden sorumludur.
- Stratejik Maliyet yönetiminin üçüncü sorumluluk alanı kontroldür. Buna göre yönetimin kontrolü ve faaliyetlerin kontrolü olmak üzere iki temel işlevi vardır. Yönetim kontrolü orta seviye yöneticiden başlayarak tüm üst

seviye yöneticilerin kontrolünü ifade ederken, faaliyetlerin kontrolünde ise faaliyet yöneticilerinin ve çalışanların izlenmesidir.

- Stratejik Maliyet yönetiminin son sorumluluk alanında ise finansal tabloların hazırlanmasında yönetim, ilişkili grupların ve yasa koyucuların raporlama gerekliliklerine uyar. Finansal tablo bilgisi sorumluluk alanı diğer üç sorumluluk alanına hizmet eder.

**Tablo 6 : Geleneksel Yönetim Muhasebesi ve Stratejik Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Karşılaştırılması**

	Geleneksel Yönetim Muhasebesi	Stratejik Maliyet Yönetimi
Maliyetleri analiz etmek için en uygun yol nedir?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamul, müşteri ve fonksiyon koşullarına bağlı</li> <li>• Güçlü bir içe dönüklük</li> <li>• Katma değer anahtar kavram</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İşletmenin bir parçası olduğu tüm değerler zincirinin çeşitli aşamalarındaki koşullara bağlı</li> <li>• Dışa dönüklük hakim</li> <li>• Katma değer dar bir kavram olarak görülür</li> </ul>
Maliyet analizinin amaçları nelerdir?	Her bir stratejik içerik dikkate alınmaksızın uygulanan üç amaç; ölçme, yöneltme ve problem çözme	Üç amaç; işletmenin stratejik konumuna bağlı olarak gelişir
Maliyet davranışı nasıl isimlendirilmektedir?	Maliyet çıktı düzeyinin bir fonksiyonudur	Maliyet rekabet şeklinin yapısı hakkındaki stratejik seçimlerin tespiti ve yürütülmesinde yönetimin fonksiyonudur

**Kaynak:** (Şakrak, 1997: 116)

### 2.2.11.2. Stratejik Maliyet Yönetiminin Unsurları

Stratejik Maliyet yönetiminin meydana gelmesi, literatürden toplanan 3 ana unsurun bir araya getirilerek kaynaştırılması sonucu ortaya çıkmıştır. Bunlar, Değer Zinciri Analizi, Stratejik Konum Analizi ve Maliyet Etkenleri Analizidir (Shank ve Govindarajan, 1993: 13).



#### **2.2.11.2.1. Değer Zinciri Analizi**

Maliyetlerin etkin yönetimi, işletmeye dışarıdan ve geniş bir akış açısı ile bakmayı gerektirir. Porter'in (1985) değer zinciri olarak nitelendirdiği bu bakış açısına göre; stratejik maliyet analizinin amaçlarından birisi satıcı ve tedarikçi firmalarla ilişkileri daha iyi yönetmektir. Herhangi işletme için değer zinciri, temel hammadde kaynaklarından, müşterilere ulaştırılacak olan nihai ürüne kadar işletmeye değer kazandıran faaliyetlerin tamamıdır. Değer zincirinde ilişki veya bağlantılar, faaliyetler arası ilişkiler, işletmenin birimleri arasındaki ilişkiler, alıcılar ve satıcılar ile olan ilişkiler şeklinde gruplandırılabilir (Shank ve Govindarajan, 1993: 13).

#### **2.2.11.2.2. Stratejik Konum Analizi**

Stratejik konum işletmenin rakiplerine göre avantajlı duruma geldiği bir durumun ortaya konmasını ifade eder. Farklı pazar koşullarında, işletmenin mevcut durumunun korunması ve geliştirilmesi alternatiflerin değerlendirilip stratejik konum analizinin amacına ulaşması ile ilişkilendirilebilir (Kaygusuz, 2000: 85).

#### **2.2.11.2.3. Maliyet Etkenleri Analizi**

Stratejik Maliyet Yönetiminde maliyetler birçok faktörden etkilenerek ortaya çıkmaktadır. Genellikle maliyetlerin birbiri ile ilişki içinde olan farklı faktörlerin etkisi ile ortaya çıktığı kabul edilmektedir (Saygın, 2008: 80).

Maliyet etkenleri 'yapısal maliyet etkenleri' ve Yönetimsel maliyet etkenleri' olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Yapısal maliyet etkenleri, mamül maliyetlerini etkileyen işletme tercihleri olarak belirtilebilir (Altınbay, 2006: 30).

Yönetimsel maliyet etkenleri, performans ile ölçülebilen etmenlerdir. Yönetimsel etmenlerin her birisi için "Çok" her zaman için iyidir (Karcıoğlu, 2000: 85). Yönetimsel maliyet etkenleri (Saygın, 2008: 81-82);

- Toplam Kalite Yönetimi
- Kapasite kullanımı
- Yerleşim etkinliği
- Ürün/Hizmet etkinliği

- Değer zinciri içerisinde satıcılar ve müşteriler ile ilişkilerin yönetilmesi olarak belirlenmiştir.

### 2.2.12. Kısıtlar Teorisi

Kısıtlar teorisi Eliyahu Goldtratt tarafından geliştirilen, mevcut kısıtların kontrol edilmesi, yönetilmesi ve senkronize üretim yoluyla sürekli ilerlemeyi hedefleyen bir yönetim felsefesidir. İşletmenin gelişmesi için bazı kısıtlar üzerinde odaklanması gerektiği savunulmuştur (Büyükyılmaz ve Gürkan, 2009: 178).

Her işletme kendine belirli hedefler koyarak bir gelişme planı ortaya koymasına karşın genellikle hedeflediği noktaya tam olarak ulaşamamaktadır. Bunun sebebi ise belirli kısıtların varlığıdır. Kısıtlar işletmeyi hedeflerinden saptırırken aynı zamanda işletme kararlarını da sınırlandırmaktadır. Kısıtlar işletmenin maliyetini, hasılatını, kârını ve nakit akışını belirleyen faktörler arasındadır. Bu yüzden yöneticiler karar alma, harekete geçme gibi faaliyetlerinde kısıtları göz önüne almak zorundadırlar (Kaygusuz, 2011: 172).

İşletmeler genel itibariyle şimdi ve gelecekte para kazanmak, karlarını maksimum seviyeye çıkarmak için çabalamaktadırlar. Bu yüzden süreçlerini düzenlemek zorundadırlar. Kısıtlar teorisi ile süreç iyileştirmede kullanılan varsayımlardan ikisi şu şekildedir (Arslan, 2008: 16);

- Sistemi parçalara bölerek her bir parçayı iyileştirmek, daha sonra iyileştirilmiş olan parçaları birleştirerek bütün sistemi iyi hale getirmek mümkündür.
- Sisteme ait her parçanın performansını en üst seviyede işletmek sisteminde aynı anda en üst seviye de performans sergilemesine yardımcı olur.

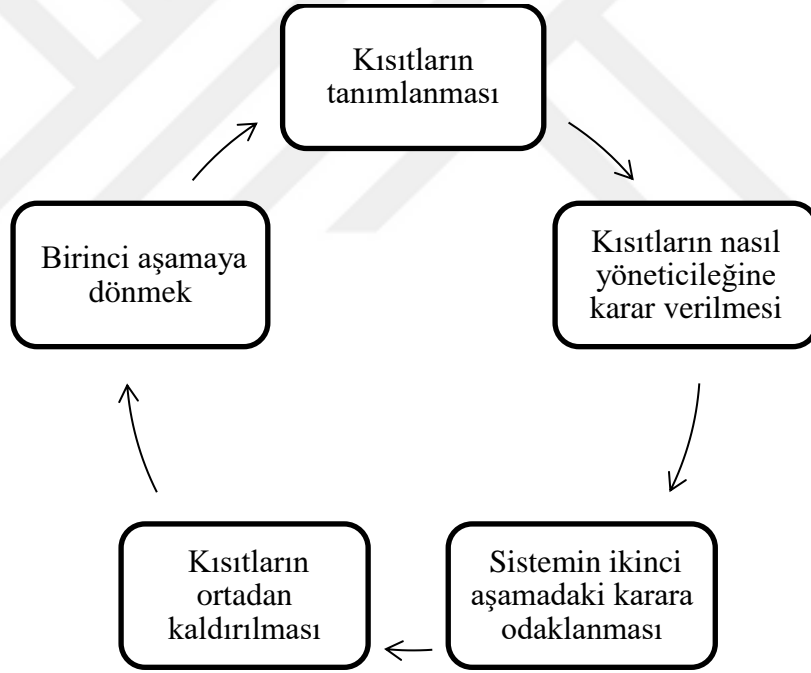
Hastaneler diğer işletmelere göre oldukça karmaşık yapıya sahip olan dolayısı ile birçok kısıtla karşı karşıya kalan organizasyonlardır. Konusu doğrudan insan sağlığı olduğu için bu kısıtların derhal ortadan kaldırılması için harekete geçilmektedir. Hastanelerin karşılaştığı kısıtları ise; davranışsal kısıtlar,

yönetmel kısıtlar, kapasite kısıtları ve malzeme kısıtları olmak üzere 4 grupta toplanmaktadır (Şahin, 2012: 14, Akt: Yükçü ve Yüksel 2015: 561).

### 2.2.12.1. Kısıtların Yönetilme süreci

Kısıtlar teorisinin temel felsefesi para kazanmak ve sistemin üretkenliğinin sürekli olarak artmasıdır. Sürekli gelişme prensibine göre her zaman geliştirilmesi gereken bir kısıt bulunmaktadır (Solak, 2012: 12). Goldratt'a göre yöneticiler kısıtlarla uğraşırken önemli olan 3 kararla karşılaşmaktadır (Moss, 2007: 3): Bunlar ise, Ne değişecek?, Neye dönüşecek?, Bu değişim nasıl gerçekleşecek? sorularıdır.

Kısıtlar teorisinin sürekli gelişme yaklaşımında uygulanıyor olması Şekilde gösterilen ve yinelenen 5 aşamalı bir süreç oluşturmaktadır.



Şekil 14: Kısıtlar Teorisinin Aşamaları (Rahman, Shams-ur (1998), Akt: Büyükyılmaz ve Gürkan, 2009).

### 2.2.13. İleri Maliyetleme Yöntemleri ve Hastaneler

Hastanelerin üzerinde bulunan maliyet baskısı ve ihtiyaçların beklentiler doğrultusunda karşılanmasının gerekliliği bir araya geldiğinde; hastane

yöneticilerinin, yönetim faaliyetini gerçekleştirirken daha özenli olma ve değişen çevre koşullarında en iyi çıktıyı alma görevleri ön plana çıkmaktadır.

Hastanelerde kullanılacak ileri maliyet yönetimi yaklaşımları konusunda temel belirleyici ülkelerin sağlık ve mali mevzuatları temel belirleyicidir. Sağlık hizmetlerinin tamamı serbest piyasa ekonomisinde olan ülkelerde İleri Maliyet Yönetim yaklaşımlarını görmek mümkün iken Türkiye'de kamu ağırlıklı bir hizmet sunumu olduğu için mevzuatla ilgili kısıtlamalar yaklaşımların uygulanmasının önüne geçmektedir. Ancak mevzuatla doğrudan bağlantısı olmayan Kaizen ve Kıyaslama yaklaşımlarının uygulanabilirliği mümkün görünmektedir (Çarıkçı, 2014: 97).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma, hastane yöneticilerinin İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarına ve yöneticilerin hastanelerde karlılığı etkileyen faktörler ilişkin algı ve tutumlarını belirlemeye yönelik kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma 8.Sağlık Hizmet bölgesinde (Tokat ve Sivas) sağlık hizmeti veren ve izin alınabilen Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, Numune Hastanesi Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Akıncılar, Ulaş, Gürün, Kangal, Suşehri, Zara, Gemerek, Hafik, Divriği, Gölova, İmranlı, Şarkışla, Yıldızeli Devlet Hastaneleri, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi, Tokat, Almus, Erbaa, Reşadiye, Niksar, Zile, Turhal devlet hastaneleri, Tokat Cevdet Aykan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ile Tokat Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olmak üzere 26 hastaneden oluşmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini 20.05.2018-12.01.2019 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, Numune Hastanesi Sivas Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Akıncılar, Ulaş, Gürün, Kangal, Suşehri, Zara, Gemerek, Hafik, Divriği, Gölova, İmranlı, Şarkışla, Yıldızeli Devlet Hastaneleri, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi, Tokat, Almus, Erbaa, Reşadiye, Niksar, Zile, Turhal devlet hastaneleri, Tokat Cevdet Aykan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ile Tokat Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde görev yapan 146 hastane yöneticisi oluşturmaktadır. Evren içerisinde örneklem seçimine gidilmeyerek bütün evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. 146 hastane yöneticisinden 135 hastane yöneticisine ulaşılmış, 106 anket dönüşü sağlanmış ve %72,60 oranında katılım sağlanmıştır.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak "Kişisel bilgi formu", Hastanelerde Karlılığı Etkileyen Faktörler Ölçeği" ve "İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımları" değerlendirme anketinden oluşmaktadır (EK-2).

**Kişisel Bilgi Formu:** Bu form araştırmada yer alacak olan katılımcıların; Çalıştığı Hastane Türü, Eğitim seviyesi, Mevcut pozisyonu, kıdem yılı, mevcut görev kıdem yılı ve Mezun olduğu programını öğrenmek üzere 6 sorudan oluşmaktadır.

**Hastanelerde Karlılığı Etkileyen Faktörler Ölçeği ve İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımı Anketi:** Çarıkçı (2014) tarafından geliştirilen bu ölçüm araçlarında, yöneticilerin hastanelerde karlılığı etkileyen faktörleri ölçmeye yarayan 28 ifadelik 5'li likert tipi ile ölçeklendirilen Hastanelerde Karlılığı Etkileyen Faktörler Ölçeği bulunmaktadır. Yine Çarıkçı (2014) tarafından geliştirilen hastane yöneticilerinin 12 İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımı hakkındaki bilgisi, bilgi kaynağını ve hastanelerdeki uygulanabilirliğini ölçen sorular bulunmaktadır.

### 3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Uygulanan çalışmaya başlanmadan önce Sivas İl Sağlık Müdürlüğünden, Tokat İl Sağlık Müdürlüğünden, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünden ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Rektörlüğünden izinler alınmış olup (EK-3), gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hastane yöneticilerine yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ve o an ulaşılamayan yöneticilere, internet üzerinden hazırlanıp internet üzerinden cevaplanabilen anket formları ile toplanmıştır.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 22 programı kullanılmıştır. Demografik özellikler ve sorulara yönelik düşünceler ile bölümlendirilmiş sorular arasında karşılaştırılması için öncelikle normal dağılımı test eden Kolmogorov-Smirnov ve ShapiroWilk testleri uygulanmıştır. Verilerin normal dağılıma uymadığı tespit edilmiş ve non-parametrik testlerle analiz yapılmıştır. Mann-Whitney U, KruskalWallis, Frekans testleri ile karşılaştırmalar yapılmıştır. IBM SPSS 22.00 programından yararlanarak veriler analiz edilmiştir. Veriler tablolarda aritmetik

ortalama  $\pm$  standart sapma, kişi sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilerek anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Veri toplama araçları uygulanmadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 10.01.2018 tarihinde, araştırmanın “etik kurul onayı” alınmıştır (EK-1).



## 4. BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, karlılığı ve maliyetleri etkileyen faktörlere ilişkin düşünceleri ve 12 ileri maliyet yönetim yaklaşımına ilişkin ifadeleri bu bölümde sunulacaktır.

### 4.1. Katılımcıların Demografik Verilerinin İncelenmesi

Bu bölümde katılımcıların çalışmaya hangi türünden katıldıkları, Eğitim durumları, mevcut pozisyonları, Kıdem yılları ve Toplam kıdem yılları incelenecektir.

**Tablo 7: Katılımcıların Yönetici Oldukları Hastane Türü**

Hastane Türü	Sayı	Yüzde(%)
Üniversite Hastanesi	27	25,5
Kamu Hastanesi	79	74,5
Toplam	106	100,0

Katılımcıların çalıştıkları kurumlar incelendiğinde %25,5'inin üniversite hastanesinde %74,5'inin ise kamu hastanesinde çalıştığı belirlenmiştir.

**Tablo 8: Katılımcıların Eğitim Durumu**

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde(%)
Lisans	61	57,5
Yüksek Lisans	22	20,8
Doktora/Tıpta Uzmanlık	23	21,7
Toplam	106	100,0

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %57,5'inin lisans, %20,8'inin yüksek lisans ve %21,7'sinin ise doktora veya tıpta uzmanlık mezunu olduğu belirlenmiştir.



**Tablo 9: Katılımcıların Mevcut Pozisyonları**

Mevcut Pozisyon	Sayı	Yüzde(%)
Başhekim	12	11,3
Başhekim Yardımcısı	21	19,8
Hastane Müdürü/ Hastane Yöneticisi/ İdari Mali İşler Müdürü/ Destek ve Kalite Müdürü	17	16,0
Müdür Yardımcısı/ / İdari Mali İşler Müdür Yardımcısı/ Destek ve Kalite Müdür Yardımcısı	34	32,1
Başhemşire/Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	11	10,4
Başhemşire Yardımcısı/ Sağlık Bakım Yardımcısı	11	10,4
Toplam	106	100,0

Katılımcıların buldukları pozisyon incelendiğinde; %48,1'i idari,mali ve destek hizmetleri yönetici ve yönetici yardımcısı, %31,1'i Başhekim ve Başhekim yardımcısı, %20,8'i ise Başhemşire/Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve Başhemşire Yardımcısı/Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı olarak belirlenmiştir.

**Tablo 10: Katılımcıların Kıdem Yılı**

Toplam Kıdem Yılı	Sayı	Yüzde(%)
1-5 Yıl	5	4,7
6-10 Yıl	13	12,3
11-15 Yıl	36	34,0
16-20 Yıl	24	22,6
21 Yıl ve Üzeri	28	26,4
Toplam	106	100,0

Çalışmaya katılanların toplam kıdem yılına bakıldığında; %4,7'sinin 1-5 yıl, %12,3'nün 6-10 yıl, %34,0'ının 11-15 yıl, %22,6'sının 16-20 yıl ve %26,4'ünün ise 21 yıl ve üzeri çalışma deneyimi bulunmaktadır.

**Tablo 11: Katılımcıların Mevcut Görev Kıdem Yılı**

Mevcut Görev Kıdem Yılı	Sayı	Yüzde(%)
1-3 Yıl	54	50,9
4-6 Yıl	29	27,4
7-9 Yıl	7	6,6
10 Yıl ve üzeri	16	15,3
Toplam	106	100,0

Katılımcıların mevcut görevlerindeki kıdem yılı incelendiğinde; %50,9'unun 1-3 yıl, %27,4'ünün 4-6 yıl, %6,6'sının 7-9 yıl ve % 15,3'ünün toplam 10 yıl ve üzeri mevcut kıdem yılı olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 12: Katılımcıların Mezun Olduğu Bölümler**

Mezun Olduğu Bölüme Göre	Sayı	Yüzde(%)
Tıp	31	29,2
Sağlık Yönetimi	13	12,3
Hemşirelik	21	19,8
İşletme	22	20,8
Kamu Yönetimi	9	8,5
Diğer	10	9,4
Toplam	106	100,0

En son mezun olunan program incelendiğinde ise; katılımcıların, %29,2'sinin Tıp, %12,3'ünün Sağlık Yönetimi, %19,8'inin hemşirelik, %20,8'inin işletme, %8,5'inin kamu yönetimi bölümü ve %9,4'ünün diğer bölümlerden mezun olduğu saptanmıştır.

#### 4.2. Katılımcıların Karlılığı Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri

Katılımcılara hastanede uygulanan politikaların maliyetleri ne ölçüde etkilediğine ilişkin görüşleri sorulmuş ve 5'li likert tipi ölçekle hazırlanan sorular; '1' Kesinlikle Katılmıyorum,'2' Katılmıyorum, '3' Kısmen Katılıyorum, '4' Katılıyorum, '5' Kesinlikle Katılıyorum olarak sunulmuştur. Bu bölümde katılımcılara sorulan 28 soruya yönelik güvenilirlik testi sonucu Cronbach Alpha değeri '0,77' olarak gerçekleşmiş ve güvenilir olduğu görülmüştür.

**Tablo 13: Katılımcıların Karlılığı ve Maliyetleri Etkileyen Faktörlere Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları**

	<b>Kolmogorov-Smirnov</b>	<b>Sd</b>	<b>P</b>
Karlılığı Etkileyen faktörler	0,072	106	,200

Yapılan Kolmogorov-Smirnow normallik testi sonucunda karlılığı etkileyen faktör ölçeğinin normal dağılımdan geldiği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14: Katılımcıların Karlılığı ve Maliyetleri Etkileyen Faktörlere Ait Betimleyici İstatistikler**

<b>MADDELER</b>	$\bar{x}$	<b>Sonuç</b>	<b>S.s.</b>
Sağlık hizmetlerinin Fiyatlarının Tek Taraflı Belirlenmesi (SGK) karlılığı olumsuz etkilemektedir.	4,21	Kesinlikle Katılıyorum	1,03
Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) hastanelerin kendine özgü maliyetlerini dikkate almadan belirlemesi karlılığı olumsuz etkiler.	4,28	Kesinlikle Katılıyorum	,93
Tıbbi Malzeme maliyetlerine gerçek maliyetinin dikkate alınmaksızın ilave edilen kar paylarının düşük olması karlılığı olumsuz etkilemektedir	4,16	Katılıyorum	,87
Ayaktan Hastalarda Vakanın içeriğine bakılmaksızın vaka başı ödeme yöntemi uygulanması karlılığı olumsuz etkilemektedir	4,06	Katılıyorum	,92
Tam Gün Yasası ile hekimlerin kişisel hizmet üretimi yapamamaları karlılığı olumsuz etkilemektedir	2,69	Kısmen Katılıyorum	1,30
Sosyal Güvenlik Kurumunun maliyet kısıtlayıcı politikaları karlılığı olumsuz etkilemektedir	3,90	Katılıyorum	,91

Hastanelerde özel bütçe/ve veya genel bütçeden çok az ödenek verilmesi karlılığı olumsuz etkilemektedir	3,64	Katılıyorum	1,07
Hastanelerde etkin bütçe kontrol mekanizmasının olmayışı karlılığı olumsuz etkilemektedir.	3,56	Katılıyorum	1,00
Hastanelerde stratejik karar alma ve planlamada her bir hizmetin maliyetini hesaplayacak sistemin olmaması karlılığı olumsuz etkilemektedir	3,64	Katılıyorum	,87
Tıbbi cihaz yatırımlarının kamu ihale kanununa göre yapılması maliyetleri artırmaktadır	3,08	Kısmen Katılıyorum	1,16
Hastanemizde ki personelin önemli bir kısmının devlet memurları yasası kapsamında çalıştırılması maliyetleri artırmaktadır	2,77	Kısmen Katılıyorum	1,31
Hastane yönetiminin kaynak planlamasını doğrudan kendisinin yapamaması maliyetleri artırır (tıbbi sarf malzemesi, sağlık vb.)	3,38	Kısmen Katılıyorum	,95
İlaç ve tıbbi malzeme alımlarında hastane yönetimlerinin doğrudan inisiyatif kullanamaması ve ödeme süresinin uzaması dolayısıyla maliyetlerin artmasına neden olmaktadır	3,89	Katılıyorum	1,01
Hastanelerde fazla ilaç ve malzeme stoku yapılması maliyetleri artırmaktadır.	3,70	Katılıyorum	1,06
Hastanelerde etkin bir maliyet ve performans sisteminin kurulmaması maliyetlerin kontrol edilememesine neden olmaktadır	3,79	Katılıyorum	,92
Hastanede fiziki mekan ve tıbbi donanımın ihtiyaçtan fazla bulundurulması maliyetleri artırır	4,10	Katılıyorum	,98
Hizmet Kalite standartlarını artırmak için yapılan giderler maliyetleri artırır (hasta güvenliği)	3,09	Kısmen Katılıyorum	1,26
SGK'nın hizmet birim maliyetlerini düşürmek için maliyet sınırlama stratejisi geliştirmesi kalitesizlik maliyetine neden olmaktadır	3,63	Katılıyorum	,98
SGK'nın hasta faturalarında kesinti yapması hizmet kalitesini etkilemekte ve dolayısıyla hizmet maliyetlerini artırmaktadır	3,72	Katılıyorum	,99
Hastalardan farkı sağlık kuruluşlarında farklı katkı paylarının alınması hastaneye başvuran hasta sayısını düşürdüğü için sağlık hizmeti üretim maliyetlerini artırmaktadır.	2,96	Kısmen Katılıyorum	1,16
Bilimsel araştırma projeleri fonuna döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır.	3,46	Katılıyorum	1,04
Hazineye döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	3,53	Katılıyorum	1,05
Performansa dayalı ek ödeme sistemi gereksiz hizmet kullanımını artırdığından dolayı hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	3,91	Katılıyorum	,97
Ülkemizde uygulanan sağlık hizmetleri fiyat tarifesi (SUT) hastanenin sağlık hizmeti üretim maliyetlerini karşılamaktadır	2,11	Katılmıyorum	1,20
Ülkemizde uygulanan çekirdek kaynak yönetim sistemi (ÇKYS) ve diğer uygulamalar hizmet maliyetini düşürmektedir	3,27	Kısmen Katılıyorum	1,00
Hastanemizde stratejik karar alma ve planlamada herhangi bir finansal yönetim bilgi sistemi uygulaması mevcuttur	3,13	Kısmen Katılıyorum	1,06
Hastanemizde dışarıdan hizmet satın alınması maliyetler düşürmektedir.	3,22	Kısmen Katılıyorum	,99
Tıbbi malzeme tedarikçilerinin kendi aralarında anlaşmaları malzeme maliyetlerinin yüksek olmasına neden olmaktadır	4,22	Kesinlikle Katılıyorum	,84

Katılımcıların verdikleri yanıtlara göre ortalama değerlerinin karşılıkları aşağıdaki şekilde verilmiştir.

1-1,80: Kesinlikle Katılmıyorum

1,81-2,60: Katılmıyorum

2,61-3,40: Kısmen Katılıyorum

3,41-4,20: Katılıyorum

4,21-5,00: Kesinlikle Katılıyorum

Katılımcıların karlılığı ve maliyetleri etkileyen ifadelerde belirttikleri cevaplar neticesinde 28 sorunun puan ortalaması 5 üzerinden 3,54 bulunmuştur.

Katılımcıların karlılığı etkileyen puanlara ilişkin görüşleri incelendiğinde; "Sağlık hizmetlerinin Fiyatlarının Tek Taraflı Belirlenmesi (Sosyal Güvenlik Kurumu) karlılığı olumsuz etkilemektedir (4,21), Tıbbi malzeme tedarikçilerinin kendi aralarında anlaşmaları malzeme maliyetlerinin yüksek olmasına neden olmaktadır (4,22) ve Sağlık Uygulama Tebliğinin (Sağlık Uygulama Tebliği) hastanelerin kendine özgü maliyetlerini dikkate almadan belirlemesi karlılığı olumsuz etkiler (4,28)." ifadeleri katılımcıların en çok tercih ettiği ifadeler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 14 incelendiğinde "Tıbbi Malzeme maliyetlerine gerçek maliyetinin dikkate alınmaksızın ilave edilen kar paylarının düşük olması karlılığı olumsuz etkilemektedir (4,16), Hastanede fiziki mekan ve tıbbi donanımın ihtiyaçtan fazla bulundurulması maliyetleri artırır (4,10), Ayaktan Hastalarda Vakanın içeriğine bakılmaksızın vaka başı ödeme yöntemi uygulanması karlılığı olumsuz etkilemektedir (4,06), Performansa dayalı ek ödeme sistemi gereksiz hizmet kullanımını artırdığından dolayı hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır (3,91), Sosyal Güvenlik Kurumunun maliyet kısıtlayıcı politikaları karlılığı olumsuz etkilemektedir (3,90) ve İlaç ve tıbbi malzeme alımlarında hastane yönetimlerinin doğrudan inisiyatif kullanamaması ve ödeme süresinin uzaması dolayısıyla maliyetlerin artmasına neden olmaktadır (3,89)." ifadeleri için katılımcıların büyük ölçüde katıldıkları görülmüştür.

Katılımcıların karlılığı etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri incelendiğinde; "Ülkemizde uygulanan sağlık hizmetleri fiyat tarifesi (Sağlık Uygulama Tebliği) hastanenin sağlık hizmeti üretim maliyetlerini karşılamaktadır (2,11), Tam Gün Yasası ile hekimlerin kişisel hizmet üretimi yapamamaları karlılığı olumsuz etkilemektedir (2,69), Hastanemizde ki personelin önemli bir kısmının devlet memurları yasası kapsamında çalıştırılması maliyetleri artırmaktadır (2,77)." ifadeleri katılımcıların en az katıldıkları ifadeler olarak ön plana çıkmaktadır.

Buna ek olarak ise; " Tıbbi cihaz yatırımlarının kamu ihale kanununa göre yapılması maliyetleri artırmaktadır (3,08), Hizmet Kalite standartlarını artırmak için yapılan giderler maliyetleri artırır (3,09), Hastanemizde stratejik karar alma ve planlamada herhangi bir finansal yönetim bilgi sistemi uygulaması mevcuttur (3,13), Hastanemizde dışarıdan hizmet satın alınması maliyetler düşürmektedir (3,22), Ülkemizde uygulanan çekirdek kaynak yönetim sistemi (ÇKYS) ve diğer uygulamalar hizmet maliyetini düşürmektedir (3,27)" ifadeleri genel ölçek ortalaması altında olan ifadeler olarak dikkat çekmektedir.

Katılımcıların ifadelere verdikleri cevaplara göre belirtilen hipotezin red/kabul durumu ise;

**H13:** Hastanelerde mali işlerden sorumlu yöneticiler hastanelerin maliyet ve karlılıklarını etkileyen faktörler konusunda olumsuz bir algıya sahiptirler.

Katılımcılara hastanelerde karlılığı ve maliyetleri etkileyen faktörlere ilişkin 28 ifade yöneltilmiştir. Verilen cevaplara göre en az 28X1=28 puan toplanabilirken en fazla 28X5=140 puan toplanabilmekteydi. Hipotezin kabul edilmesi için ise kısmen katılıyorum değerine denk gelen 28X3:84 üzeri bir sonuç gelmesi beklenmektedir.

Verilen puan ortalamalarının toplanması ile 99,1 puan elde edilirken 84 puan üzeri sonuç olduğu için H13 Hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 15:Karlılığı Etkileyen Faktörlerin Hastane Türüne Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları**

	Hastane Türüne	n	$\bar{x}$	s.s.	Levene Testi		t	P
					F	p		
Karlılığı Etkileyen	Üniversite Hastanesi	27	3,55	,42	1,182	,279	,181	,857

Faktörler	Kamu Hastanesi	79	3,53	,37
-----------	----------------	----	------	-----

Araştırmaya katılanların karlılığı etkileyen faktörlere ait algılarının hastane türüne göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre, katılımcıların karlılığı etkileyen faktör algılarının hastane türüne göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 16: Karlılığı Etkileyen Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları**

	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	s.s.	F	p
Karlılığı Etkileyen Faktörler	Lisans	61	3,56	,36	,299	,742
	Yüksek Lisans	22	3,49	,42		
	Doktora/Tıpta Uzmanlık	23	3,52	,43		

Araştırmaya katılanların karlılığı etkileyen faktörlere ait algıların eğitim durumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, karlılığı etkileyen faktör algılarının eğitim durumu gruplarına göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 17: Karlılığı Etkileyen Toplam Kıdem Yılına göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları**

	Toplam Kıdem Yılına göre	n	$\bar{x}$	s.s.	F	p
Karlılığı Etkileyen Faktörler	1-5 Yıl	5	3,38	,42	,593	,668
	6-10 Yıl	13	3,51	,32		
	11-15 Yıl	36	3,58	,37		
	16-20 Yıl	24	3,47	,36		
	21 Yıl ve Üzeri	28	3,58	,44		

Araştırmaya katılanların karlılığı etkileyen faktörlere ait algıların toplam kıdem yılına göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, karlılığı etkileyen faktör algılarının toplam kıdem yılı gruplarına göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 18: Karlılığı Etkileyen Mevcut Kıdem Yılına göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları**

	Mevcut Görev Kıdem Yılına göre	n	$\bar{x}$	s.s.	F	p
Karlılığı Etkileyen Faktörler	1-3 Yıl	54	3,48	,33	,859	,491
	4-6 Yıl	29	3,63	,42		
	7-9 Yıl	7	3,51	,21		
	10 Yıl ve üzeri	16	3,57	,52		

Araştırmaya katılanların karlılığı etkileyen faktörlere ait algıların mevcut görev kıdem yılına göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, karlılığı etkileyen faktör algılarının mevcut görev kıdem yılı gruplarına göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 19: Karlılığı Mezun Olunan Programa Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü Anova Testi Sonuçları**

	Mezun Olunan Programa Göre	n	$\bar{x}$	s.s.	F	p
Karlılığı Etkileyen Faktörler	Tıp	31	3,45	,45	1,430	,220
	Sağlık Yönetimi	13	3,65	,29		
	Hemşirelik	21	3,43	,25		
	İşletme	22	3,66	,39		
	Kamu Yönetimi	9	3,63	,63		
	Diğer	10	3,56	,29		

Araştırmaya katılanların karlılığı etkileyen faktörlere ait algıların mezun olunan programa göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, karlılığı etkileyen faktör algılarının mezun olunan program gruplarına göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).



### 4.3. Katılımcıların İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarına Yönelik Haberdarlık, Bilme, Bilgi Kaynağı ve Hastanelerindeki Uygulanabilirliğine İlişkin Görüşleri

#### 4.3.1. Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması İstatistik Sonuçları

**Tablo 20: Katılımcıların Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılmasına Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları**

		Sayı	Yüzde(%)
<b>Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duyduunuz mu?</b>	Evet	78	73,6
	Hayır	28	26,4
	Toplam	106	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>	Evet	70	89,7
	Hayır	8	10,3
	Toplam	78	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?</b>	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	30	38,5
	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	11	14,1
	Meslektaşlarımdan	4	5,1
	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	24	30,8
	Hastanedeki uygulamalar sırasında	9	11,5
	Toplam	78	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?</b>	Evet	36	42,4
	Hayır	2	2,4
	Kısmen	47	55,3
	Toplam	85	100,0

Tablo 20'da katılımcıların değer yaratmayan maliyetlerin ortadan kaldırılmasına yönelik tutumları incelendiğinde; %73,6'sının daha önce değer yaratmayan maliyetlerin ortadan kaldırılması yaklaşımını duyduğu, duyanların %89,7'sinin bu yaklaşım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar bu yaklaşım hakkındaki bilgi kaynakları olarak ise; %38,5 oranında almış olduğu üniversite eğitimi vb, %14,1 oranında aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb, %5,1 oranında meslektaşlarından,%30,8 oranında yazılı, görsel dokümanlardan veya

internet üzerinden ve % 11,5 oranında hastanedeki uygulamalar sırasında olarak belirtmişlerdir. Belirtilen maliyet yaklaşımını bulunduğu hastane ortamında uygulanabilmesi hususunda ise; katılımcıların %42,4'ü uygulanabilir olduğunu, %55,3'ü kısmen uygulanabilir olduğunu ve % 2,4'ü ise uygulanamaz olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan sorular dikkate alındığında ilgili hipotez olan " **H1:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan değer yaratmayan maliyetlerin ortadan kaldırılması yaklaşımından haberi yoktur." için, katılımcıların %73,6'sı yaklaşımı duyduğunu belirtmiştir. Bu durumda H1 Hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.2. Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetlemeye İstatistik Sonuçları

**Tablo 21: Katılımcıların Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetlemeye Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları**

		Sayı	Yüzde(%)
<b>Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?</b>	Evet	79	74,5
	Hayır	27	25,5
	Toplam	106	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>	Evet	74	92,5
	Hayır	6	7,5
	Toplam	80	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?</b>	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	33	41,8
	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	7	8,9
	Meslektaşlarımdan	7	8,9
	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	20	25,3
	Hastanedeki uygulamalar sırasında	12	15,2
	Toplam	79	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?</b>	Evet	29	33,7
	Hayır	25	29,1
	Kısmen	32	37,2
	Toplam	86	100,0

Tablo 21'de Katılımcıların mamul yaşam dönemi boyunca maliyetlemeye yönelik tutumları incelendiğinde; %74,5'inin daha önce mamul yaşam dönemi boyunca maliyetleme yaklaşımını duyduğu, duyanların %92,5'inin bu yaklaşım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar bu yaklaşım hakkındaki bilgi kaynakları olarak ise; %41,8 oranında almış olduğu üniversite eğitimi vb, %8,9 oranında aldığı kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb, %8,9 oranında meslektaşlarından,% 25,3 oranında yazılı, görsel dokümanlardan veya internet üzerinden ve %15,2 oranında hastanedeki uygulamalar sırasında olarak belirtmişlerdir. Belirtilen maliyet yaklaşımını bulunduğu hastane ortamında uygulanabilmesi hususunda ise; katılımcıların %33,7'i uygulanabilir olduğunu, %37,2'si kısmen uygulanabilir olduğunu ve % 29,1'i ise uygulanamaz olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan sorular dikkate alındığında ilgili hipotez olan " **H2:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan mamul yaşam dönemi boyunca maliyetleme yaklaşımından haberi yoktur." için, katılımcıların %92,5'i yaklaşımı duyduğunu belirtmiştir. Bu durumda H2 hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.3. Hedef Maliyetleme İstatistik Sonuçları

**Tablo 22: Katılımcıların Hedef Maliyetlemeye Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları**

		Sayı	Yüzde(%)
<b>Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duyduunuz mu?</b>	Evet	76	71,7
	Hayır	30	28,3
	Toplam	106	100,0
<b>Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>	Evet	71	93,4
	Hayır	5	6,6
	Toplam	76	100,0
<b>Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?</b>	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	27	35,5
	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	8	10,5
	Meslektaşlarımdan	6	7,9

	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	21	27,6
	Hastanedeki uygulamalar sırasında	14	18,4
	Toplam	76	100,0
<b>Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?</b>		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
	Evet	26	32,5
	Hayır	21	26,3
	Kısmen	33	41,3
	Toplam	80	100,0

Tablo 22'de katılımcıların hedef maliyetlemeye yönelik tutumları incelendiğinde; %71,7'sinin daha önce hedef maliyetleme yaklaşımını duyduğu, duyanların %93,4'ünün bu yaklaşım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar bu yaklaşım hakkındaki bilgi kaynakları olarak ise; %35,5 oranında almış olduğu üniversite eğitimi vb, %10,5 oranında aldığı kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb, %7,9 oranında meslektaşlarından,% 27,6 oranında yazılı, görsel dokümanlardan veya internet üzerinden ve %18,4 oranında hastanedeki uygulamalar sırasında olarak belirtmişlerdir. Belirtilen maliyet yaklaşımını bulunduğu hastane ortamında uygulanabilmesi hususunda ise; katılımcıların %32,5'i uygulanabilir olduğunu, %41,3'ü kısmen uygulanabilir olduğunu ve % 26,3'ü ise uygulanamaz olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan sorular dikkate alındığında ilgili hipotez olan " **H3:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan hedef maliyetleme yaklaşımından haberi yoktur." için, katılımcıların %71,7'si yaklaşımı duyduğunu belirtmiştir. Bu durumda H3 hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.4. Kaizen Maliyetleme İstatistik Sonuçları

**Tablo 23: Katılımcıların Kaizen Maliyetlemeye Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları**

<b>Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?</b>		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
	Evet	78	73,6
	Hayır	28	26,4
	Toplam	106	100,0
		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>

<b>Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>	Evet	77	98,7
	Hayır	1	1,3
	Toplam	78	100,0
		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?</b>	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	27	34,6
	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	9	11,5
	Meslektaşlarımdan	7	9,0
	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	20	25,6
	Hastanedeki uygulamalar sırasında	15	19,2
	Toplam	78	100,0
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>	
<b>Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?</b>	Evet	47	54,0
	Hayır	6	6,9
	Kısmen	34	39,1
	Toplam	87	100,0

Tablo 23'te katılımcıların kaizen maliyetlemeye yönelik tutumları incelendiğinde; %73,6'sının daha önce kaizen maliyetleme yaklaşımını duyduğu, duyanların %98,7'sinin bu yaklaşım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar bu yaklaşım hakkındaki bilgi kaynakları olarak ise; %34,6 oranında almış olduğu üniversite eğitimi vb, %11,5 oranında aldığı kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb, %9,0 oranında meslektaşlarından,% 25,6 oranında yazılı, görsel dokümanlardan veya internet üzerinden ve %19,2 oranında hastanedeki uygulamalar sırasında olarak belirtmişlerdir. Belirtilen maliyet yaklaşımını bulunduğu hastane ortamında uygulanabilmesi hususunda ise; katılımcıların %54'ü uygulanabilir olduğunu, %39,1'i kısmen uygulanabilir olduğunu ve % 6,9'u ise uygulanamaz olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan sorular dikkate alındığında ilgili hipotez olan "**H4:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan kaizen yaklaşımından haberi yoktur." için, katılımcıların %73,6'sı yaklaşımı duyduğunu belirtmiştir. Bu durumda H4 hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.5. Değer Mühendisliği İstatistik Sonuçları

**Tablo 24: Katılımcıların Değer Mühendisliğine yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları**

		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?</b>	Evet	69	65,1
	Hayır	37	34,9
	Toplam	106	100,0
		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>	Evet	68	94,4
	Hayır	4	5,6
	Toplam	72	100,0
		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?</b>	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	20	29,9
	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	8	11,9
	Meslektaşlarımdan	5	7,5
	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	21	31,3
	Hastanedeki uygulamalar sırasında	13	19,4
	Toplam	67	100,0
		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?</b>	Evet	37	49,3
	Hayır	7	9,3
	Kısmen	31	41,3
	Toplam	75	100,0

Tablo 24'te katılımcıların değer mühendisliğine yönelik tutumları incelendiğinde; %65,1'inin daha önce değer mühendisliği yaklaşımını duyduğu, cevap verenlerin %94,4'ünün bu yaklaşım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar bu yaklaşım hakkındaki bilgi kaynakları olarak ise; %29,9 oranında almış olduğu üniversite eğitimi vb, %11,9 oranında aldığı kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb, %7,5 oranında meslektaşlarından,% 31,3 oranında yazılı, görsel dokümanlardan veya internet üzerinden ve %19,4 oranında hastanedeki uygulamalar sırasında olarak belirtmişlerdir. Belirtilen maliyet yaklaşımını bulunduğu hastane ortamında uygulanabilmesi hususunda ise; katılımcıların %49,3'ü

uygulanabilir olduğunu, %41,3'ü kısmen uygulanabilir olduğunu ve % 9,3'ü ise uygulanamaz olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan sorular dikkate alındığında ilgili hipotez olan "**H5:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan değer mühendisliği maliyetleme yaklaşımından haberi yoktur." için, katılımcıların %65,1'i yaklaşımı duyduğunu belirtmiştir. Bu durumda H5 hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.6. Kalite Maliyetleri İstatistik Sonuçları

**Tablo 25: Katılımcıların Kalite Maliyetlerine Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları**

		Sayı	Yüzde(%)
<b>Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duyduunuz mu?</b>	Evet	83	78,3
	Hayır	23	21,7
	Toplam	106	100,0
<b>Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
	Evet	82	98,8
	Hayır	1	1,2
	Toplam	83	100,0
<b>Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?</b>		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	25	30,9
	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	13	16,0
	Meslektaşlarımdan	7	8,6
	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	23	28,4
	Hastanedeki uygulamalar sırasında	13	16,0
Toplam	81	100,0	
<b>Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?</b>		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
	Evet	51	58,6
	Hayır	2	2,3
	Kısmen	34	39,1
	Toplam	87	100,0

Tablo 25'te katılımcıların kalite maliyetlerine yönelik tutumları incelendiğinde; %78,3'ünün daha önce kalite maliyetleri yaklaşımını duyduğu, duyanların %98,8'inin bu yaklaşım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar bu

yaklaşım hakkındaki bilgi kaynakları olarak ise; %30,9 oranında almış olduğu üniversite eğitimi vb, %16,0 oranında aldığı kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb, %8,6 oranında meslektaşlarından,% 28,4 oranında yazılı, görsel dokümanlardan veya internet üzerinden ve %16,0 oranında hastanedeki uygulamalar sırasında olarak belirtmişlerdir. Belirtilen maliyet yaklaşımını bulunduğu hastane ortamında uygulanabilmesi hususunda ise; katılımcıların %58,6'sı uygulanabilir olduğunu, %39,1'i kısmen uygulanabilir olduğunu ve % 2,3'ü ise uygulanamaz olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan sorular dikkate alındığında ilgili hipotez olan "**H6:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan kalite maliyetleri yaklaşımından haberi yoktur." için, katılımcıların %78,3'ü yaklaşımı duyduğunu belirtmiştir. Bu durumda H6 Hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.7. Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizi İstatistik Sonuçları

**Tablo 26: Katılımcıların Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizine Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları**

		Sayı	Yüzde(%)
<b>Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duyduunuz mu?</b>	Evet	68	64,2
	Hayır	38	35,8
	Toplam	106	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>	Evet	68	100,0
	Hayır	0	0
	Toplam	68	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?</b>	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	25	36,8
	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	15	22,1
	Meslektaşlarımdan	6	8,8
	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	16	23,5
	Hastanedeki uygulamalar sırasında	6	8,8
	Toplam	68	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Bu maliyet yaklaşımının</b>	Evet	34	45,3



<b>hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?</b>	Hayır	5	6,7
	Kısmen	36	48,0
	Toplam	75	100,0

Tablo 26'da katılımcıların stratejik maliyet yönetimi ve analizine yönelik tutumları incelendiğinde; %64,2'nin daha önce stratejik maliyet yönetimi ve analizi yaklaşımını duyduğu, duyanların tamamının bu yaklaşım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar bu yaklaşım hakkındaki bilgi kaynakları olarak ise; %36,8 oranında almış olduğu üniversite eğitimi vb, %22,1 oranında aldığı kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb, %8,8 oranında meslektaşlarından,% 23,5 oranında yazılı, görsel dokümanlardan veya internet üzerinden ve %8,8 oranında hastanedeki uygulamalar sırasında olarak belirtmişlerdir. Belirtilen maliyet yaklaşımını bulunduğu hastane ortamında uygulanabilmesi hususunda ise; katılımcıların %45,3'ü uygulanabilir olduğunu, %48'i kısmen uygulanabilir olduğunu ve % 6,7'si ise uygulanamaz olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan sorular dikkate alındığında ilgili hipotez olan "**H7:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından stratejik maliyet yönetimi ve analizi yaklaşımından haberi yoktur." için, katılımcıların %64,2'si yaklaşımını duyduğunu belirtmiştir. Bu durumda H7 hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.8. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme İstatistik Sonuçları

**Tablo 27: Katılımcıların Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemine Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları**

		Sayı	Yüzde(%)
<b>Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duyduunuz mu?</b>	Evet	85	80,2
	Hayır	21	19,8
	Toplam	106	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>	Evet	83	97,6
	Hayır	2	2,4
	Toplam	85	100,0
		Sayı	Yüzde(%)

<b>Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?</b>	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	30	36,6
	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	7	8,5
	Meslektaşlarımdan	13	15,9
	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	26	31,7
	Hastanedeki uygulamalar sırasında	6	7,3
	<b>Toplam</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>
		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?</b>	Evet	34	38,6
	Hayır	11	12,5
	Kısmen	43	48,9
	<b>Toplam</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>

Tablo 27'de katılımcıların faaliyet tabanlı maliyetleme yöntemine yönelik tutumları incelendiğinde; %80,2'sinin daha önce stratejik maliyet yönetimi ve analizi yaklaşımını duyduğu, duyanların %97,6'sının bu yaklaşım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar bu yaklaşım hakkındaki bilgi kaynakları olarak ise; %36,8 oranında almış olduğu üniversite eğitimi vb, %8,5 oranında aldığı kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb, %15,9 oranında meslektaşlarından,% 31,7 oranında yazılı, görsel dokümanlardan veya internet üzerinden ve %7,3 oranında hastanedeki uygulamalar sırasında olarak belirtmişlerdir. Belirtilen maliyet yaklaşımını bulunduğu hastane ortamında uygulanabilmesi hususunda ise; katılımcıların %38,6'sı uygulanabilir olduğunu, %48,9'u kısmen uygulanabilir olduğunu ve % 12,5'i ise uygulanamaz olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan sorular dikkate alındığında ilgili hipotez olan "**H8:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan faaliyet tabanlı maliyetleme yaklaşımından haberi yoktur." için, katılımcıların %80,2'si yaklaşımı duyduğunu belirtmiştir. Bu durumda H8 hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.9. Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi İstatistik Sonuçları

**Tablo 28: Katılımcıların Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimine Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları**

		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Yukarıda açıklaması</b>	Evet	91	85,8

<b>yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duyduunuz mu?</b>	Hayır	15	14,2
	Toplam	106	100,0
		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>	Evet	91	100,0
	Hayır	0	0
	Toplam	91	100,0
		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?</b>	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	32	35,2
	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	10	11,0
	Meslektaşlarımdan	6	6,6
	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	30	33,0
	Hastanedeki uygulamalar sırasında	13	14,3
	Toplam	91	100,0
		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?</b>	Evet	37	39,4
	Hayır	20	21,3
	Kısmen	37	39,4
	Toplam	94	100,0

Tablo 28'de katılımcıların tam zamanında üretim ortamında maliyet yönetimine yönelik tutumları incelendiğinde; %85,8'inin daha önce tam zamanında üretim ortamında maliyet yönetimini duyduğu, duyanların tamamının bu yaklaşım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar bu yaklaşım hakkındaki bilgi kaynakları olarak ise; %35,2 oranında almış olduğu üniversite eğitimi vb, %11 oranında aldığı kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb, %6,6 oranında meslektaşlarından,%33 oranında yazılı, görsel dokümanlardan veya internet üzerinden ve %14,3 oranında hastanedeki uygulamalar sırasında olarak belirtmişlerdir. Belirtilen maliyet yaklaşımını bulunduğu hastane ortamında uygulanabilmesi hususunda ise; katılımcıların %39,4'ü uygulanabilir olduğunu, %39,4'ü kısmen uygulanabilir olduğunu ve % 21,3'ü ise uygulanamaz olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan sorular dikkate alındığında ilgili hipotez olan "**H9**: Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan tam zamanında

üretim ortamında maliyet yönetimi yaklaşımından haberi yoktur." için, katılımcıların %85,8'i yaklaşımı duyduğunu belirtmiştir. Bu durumda H9 Hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.10. Kıyaslama İstatistik Sonuçları

**Tablo 29: Katılımcıların Kıyaslama'ya Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları**

		Sayı	Yüzde(%)
<b>Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?</b>	Evet	92	86,8
	Hayır	14	13,2
	Toplam	106	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>	Evet	91	98,9
	Hayır	1	1,1
	Toplam	92	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?</b>	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	33	35,9
	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	11	12,0
	Meslektaşlarımdan	9	9,8
	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	20	21,7
	Hastanedeki uygulamalar sırasında	19	20,7
	Toplam	92	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?</b>	Evet	49	52,1
	Hayır	10	10,6
	Kısmen	35	37,2
	Toplam	94	100,0

Tablo 29'da katılımcıların kıyaslama yöntemine yönelik tutumları incelendiğinde; %86,8'inin daha önce kıyaslama yaklaşımını duyduğu, duyanların %98,9'unun bu yaklaşım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar bu yaklaşım hakkındaki bilgi kaynakları olarak ise; %35,9 oranında almış olduğu üniversite eğitimi vb, %12,0 oranında aldığı kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb, %9,8 oranında meslektaşlarından,%21,7 oranında yazılı, görsel dokümanlardan veya internet üzerinden ve %20,7 oranında hastanedeki uygulamalar sırasında olarak belirtmişlerdir. Belirtilen maliyet yaklaşımını bulunduğu hastane ortamında

uygulanabilmesi hususunda ise; katılımcıların %52,1'i uygulanabilir olduğunu, %37,2'si kısmen uygulanabilir olduğunu ve % 10,6'sı ise uygulanamaz olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan sorular dikkate alındığında ilgili hipotez olan "**H10:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan kıyaslama yaklaşımından haberi yoktur." için, katılımcıların %86,8'i yaklaşımı duyduğunu belirtmiştir. Bu durumda H10 hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.11. Kısıtlar Teorisi İstatistik Sonuçları

**Tablo 30: Katılımcıların Kısıtlar Teorisi'ne Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları**

		Sayı	Yüzde(%)
<b>Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?</b>	Evet	55	51,9
	Hayır	51	48,1
	Toplam	106	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>	Evet	55	98,2
	Hayır	1	1,8
	Toplam	56	100,0
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?</b>	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	20	36,4
	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	6	10,9
	Meslektaşlarımdan	5	9,1
	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	15	27,3
	Hastanedeki uygulamalar sırasında	9	16,4
Toplam	55	100,0	
		Sayı	Yüzde(%)
<b>Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?</b>	Evet	26	37,7
	Hayır	11	15,9
	Kısmen	32	46,4
	Toplam	69	100,0

Tablo 30'da katılımcıların kısıtlar teorisi'ne yönelik tutumları incelendiğinde; %80,2'sinin daha önce kısıtlar teorisi yaklaşımını duyduğu, duyanların %98,2'sinin

bu yaklaşım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar bu yaklaşım hakkındaki bilgi kaynakları olarak ise; %36,4 oranında almış olduğu üniversite eğitimi vb, %10,9 oranında aldığı kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb, %9,1 oranında meslektaşlarından,% 27,3 oranında yazılı, görsel dokümanlardan veya internet üzerinden ve %16,4 oranında hastanedeki uygulamalar sırasında olarak belirtmişlerdir. Belirtilen maliyet yaklaşımını bulunduğu hastane ortamında uygulanabilmesi hususunda ise; katılımcıların %37,7'si uygulanabilir olduğunu, %46,4'ü kısmen uygulanabilir olduğunu ve % 15,9'u ise uygulanamaz olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan sorular dikkate alındığında ilgili hipotez olan "**H11:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan kısıtlar teorisi yaklaşımından haberi yoktur." için, katılımcıların %51,9'i yaklaşımı duyduğunu belirtmiştir. Bu durumda H11 hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.12. Dengeli Puan Cetveli İstatistik Sonuçları

**Tablo 31:Katılımcıların Dengeli Puan Cetveli'ne Yönelik Betimsel İstatistik Sonuçları**

		Sayı	Yüzde(%)
<b>Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duyduunuz mu?</b>	Evet	54	50,9
	Hayır	52	49,1
	Toplam	106	100,0
		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?</b>	Evet	54	100,0
	Hayır	0	0
	Toplam	54	100,0
		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?</b>	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	24	45,3
	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	8	15,1
	Meslektaşlarımdan	5	9,4
	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	9	17,0
	Hastanedeki uygulamalar sırasında	7	13,2
	Toplam	53	100,0
		<b>Sayı</b>	<b>Yüzde(%)</b>

<b>Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?</b>	Evet	29	43,3
	Hayır	6	9,0
	Kısmen	32	47,8
	Toplam	67	100,0

Tablo 31'de katılımcıların dengeli puan cetveli'ne yönelik tutumları incelendiğinde; %50,9'unun daha önce kısıtlar teorisi yaklaşımını duyduğu, duyanların tamamının bu yaklaşım hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar bu yaklaşım hakkındaki bilgi kaynakları olarak ise; %45,3 oranında almış olduğu üniversite eğitimi vb, %15,1 oranında aldığı kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb, %9,4 oranında meslektaşlarından,% 17 oranında yazılı, görsel dokümanlardan veya internet üzerinden ve %13,2 oranında hastanedeki uygulamalar sırasında olarak belirtmişlerdir. Belirtilen maliyet yaklaşımını bulunduğu hastane ortamında uygulanabilmesi hususunda ise; katılımcıların %43,3'ü uygulanabilir olduğunu, %47,8'si kısmen uygulanabilir olduğunu ve %9'u ise uygulanamaz olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan sorular dikkate alındığında ilgili hipotez olan "**H12:** Hastane yöneticileri ileri maliyet yönetimi yaklaşımlarından olan dengeli puan cetveli yaklaşımından haberi yoktur." için, katılımcıların %50,9'u yaklaşımı duyduğunu belirtmiştir. Bu durumda H12 Hipotezi reddedilmiştir.

#### **4.4. Katılımcıların Bilgi kaynağı/ Pozisyon ilişkisi**

Katılımcıların buldukları pozisyon itibari ile hangi yaklaşımı en çok hangi kaynaktan aldığına dair bilgiler Tablo 32'de verilmiştir.

#### **Tablo 32: Katılımcıların İleri Maliyet Yaklaşımlarına Yönelik Bilgi Kaynakları**

	Başhekim (12)	Başhekim Yardımcısı(21)	Hastane Md/ Hastane Yön/ İdari Mali İşler Md/ Destek ve Kalite Md.(17)	Müdür Yrd/ / İdari Mali İşler Md Yrd./ Destek ve Kalite Md Yrd. (34)	Başhemşire/Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü (11)	Başhemşire Yardımcısı/ Sağlık Bakım Hizmetleri Yardımcısı (11)
Kıyaslama (Benchmarking)	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Hastanedeki uygulamalar sırasında	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Meslektaşlarımdan	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet
Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi	Hastanedeki uygulamalar sırasında	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet
Faaliyet Tabanlı Maliyetleme	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Meslektaşlarımdan
Kalite Maliyetleri	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet
Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet
Kaizen Maliyetleme	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Hastanedeki uygulamalar sırasında
Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet
Hedef Maliyetleme	Hastanedeki uygulamalar sırasında	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet
Değer Mühendisliği	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet
Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizi	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet
Kısıtlar Teorisi	Hastanedeki uygulamalar sırasında	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet
Dengeli Puan Cetveli	Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Almış olduğum 78 üniversite eğitimi vb	Almış olduğum üniversite eğitimi vb	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet	Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet



Tablo 32'de Katılımcıların ilgili ileri maliyet yaklaşımı için bilgilerin en çok nereden elde edildiği görülmektedir. Tabloya göre başhekim düzeyinde görev yapan yöneticiler yaklaşımlar hakkındaki bilgilerini en çok aldığı kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb aracılığı ile elde etmiştir. Başhekim yardımcısı düzeyinde yazılı, görsel dokümanlardan veya internet aracılığı ile maliyet yöntemleri hakkında bilgi edinimi sağlandığı görülmüştür. Hastane müdürü/ hastane yöneticisi/ idari mali işler müdürü/ destek ve kalite müdürü düzeyinde görev yapan yöneticiler ve yardımcılarının almış oldukları üniversite eğitimi ile maliyet yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Hastanelerde başhemşire/sağlık bakım hizmetleri müdürü ve müdür yardımcısı olan yöneticiler ise maliyet yöntemleri hakkındaki bilgilerini yazılı, görsel dokümanlardan veya internet aracılığı ile elde ettiği belirlenmiştir.

#### 4.5. Katılımcıların Maliyetleme Yöntemlerini Duyma Durumu

Katılımcılar Tablo 33'de görüldüğü üzere bütün maliyet yaklaşımlarından ortalamanın üzerinde haberdarlardır.

**Tablo 33: Yöneticilerin Maliyetleme Yöntemlerini Duyma Durumu**

Maliyetleme Yöntemi	Sayı	Yüzde(%)
Kıyaslama (Benchmarking)	92	86,8
Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi	91	85,8
Faaliyet Tabanlı Maliyetleme	85	80,2
Kalite Maliyetleri	83	78,3
Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme	79	74,5
Kaizen Maliyetleme	78	73,6
Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması	78	73,6
Hedef Maliyetleme	76	71,7

Değer Mühendisliği	69	65,1
Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizi	68	64,2
Kısıtlar Teorisi (Theory Of Constraints)	55	51,9
Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)	54	50,9

Tablo 33'de belirtildiği üzere hastane yöneticileri belirtilen maliyetleme yöntemleri içerisinde en çok kıyaslama yaklaşımını(%86,8) duymuş olup, bunu tam zamanında üretim ortamında maliyetleme(%85,8), faaliyet tabanlı maliyetleme(%80,2) ve kalite maliyetleri(%78,3) yaklaşımları takip etmektedir.

Tablo 43'de belirtildiği üzere hastane yöneticileri belirtilen maliyetleme yöntemleri içerisinde en az bilinen maliyetleme yaklaşımları ise; dengeli puan cetveli yaklaşımı(%50,9), kısıtlar teorisi yaklaşımı (%51,9), stratejik maliyet yönetimi ve analizi yaklaşımı (%64,2) ve değer mühendisliği yaklaşımı (%65,1) olarak saptanmıştır.

#### **4.6. Yöneticilerin Pozisyonlarına Göre İleri Maliyetleme Yöntemlerine Hakimiyetleri**

Katılımcıların buldukları mevcut pozisyon itibari ile her bir ileri maliyetleme yaklaşımına olan hakimiyeti Tablo 34'te verilmiştir.

**Tablo 34: Yöneticilerin Pozisyonlarına Göre İleri Maliyetleme Yöntemlerine Bilgi Oranları**

	Başhekim (12)	Başhekim Yardımcısı(21)	Hastane Md/ Hastane Yön/ İdari Mali İşler Md/ Destek ve Kalite Md.(17)	Müdür Yrd/ / İdari Mali İşler Md Yrd./ Destek ve Kalite Md Yrd. (34)	Başhekim/Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü (11)	Başhekim Yardımcısı/ Sağlık Bakım Hizmetleri Yardımcısı (11)
Kıyaslama	58,3%	81,0%	<b>100,0%</b>	94,1%	90,9%	81,8%
Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi	50,0%	81,0%	<b>100,0%</b>	94,1%	100,0%	72,7%
Faaliyet Tabanlı Maliyetleme	58,3%	61,9%	<b>94,1%</b>	91,2%	81,8%	81,8%
Kalite Maliyetleri	58,3%	71,4%	<b>94,1%</b>	82,4%	90,9%	63,6%
Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme	50,0%	57,1%	<b>94,1%</b>	85,3%	72,7%	72,7%
Kaizen Maliyetleme	25,0%	71,4%	<b>100,0%</b>	76,5%	90,9%	63,6%
Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması	58,3%	66,7%	76,5%	<b>82,4%</b>	81,8%	63,6%
Hedef Maliyetleme	50,0%	71,4%	<b>94,1%</b>	73,5%	72,7%	54,5%
Değer Mühendisliği	50,0%	52,4%	88,2%	61,8%	<b>100,0%</b>	45,5%
Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizi	50,0%	52,4%	<b>88,2%</b>	70,6%	63,6%	45,5%
Kısıtlar Teorisi	58,3%	42,9%	52,9%	55,9%	<b>63,6%</b>	36,4%
Dengeli Puan Cetveli	33,3%	23,8%	70,6%	61,8%	<b>72,7%</b>	36,4%

Tablo 34'e bakıldığında, yöneticilerin pozisyonlarına göre İleri maliyetleme yöntemlerine hakimiyet oranları görülmektedir. Tabloda her bir pozisyonda görev yapan yöneticilerin kendi içerisinde ilgili maliyet yaklaşımını duyma oranları incelendiğinde; Kıyaslama yaklaşımını Hastane Müdürü/ Hastane Yöneticisi/ İdari Mali İşler Müdürü/ Destek ve Kalite Müdürü kademesinde bulunan yöneticilerin tamamı, Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi yaklaşımını Hastane Müdürü/ Hastane Yöneticisi/ İdari Mali İşler Müdürü/ Destek ve Kalite Müdürü kademesinde bulunan yöneticilerin tamamı, Faaliyet Tabanlı Maliyetleme yaklaşımını Hastane Müdürü/ Hastane Yöneticisi/ İdari Mali İşler Müdürü/ Destek ve Kalite Müdürü kademesinde bulunan yöneticilerin % 94,1'i , Kalite Maliyetleri yaklaşımını Hastane Müdürü/ Hastane Yöneticisi/ İdari Mali İşler Müdürü/ Destek ve Kalite Müdürü kademesinde bulunan yöneticilerin % 94,1'i, Mamul Yaşam Dönemi Boyunca Maliyetleme yaklaşımını Hastane Müdürü/ Hastane Yöneticisi/ İdari Mali İşler Müdürü/ Destek ve Kalite Müdürü kademesinde bulunan yöneticilerin % 94,1'i, Kaizen Maliyetleme yaklaşımını Hastane Müdürü/ Hastane Yöneticisi/ İdari Mali İşler Müdürü/ Destek ve Kalite Müdürü kademesinde bulunan yöneticilerin tamamı, Değer Yaratmayan Maliyetlerin Ortadan Kaldırılması yaklaşımını Hastane Müdür yardımcısı/ İdari Mali İşler Müdür yardımcısı/ Destek ve Kalite Müdür yardımcılarının %82,4'ü, Hedef Maliyetleme yaklaşımını Hastane Müdürü/ Hastane Yöneticisi/ İdari Mali İşler Müdürü/ Destek ve Kalite Müdürü kademesinde bulunan yöneticilerin % 94,1'i, Değer Mühendisliği yaklaşımını Başhemşire/Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlerinin tamamı, Stratejik Maliyet Yönetimi ve Analizi yaklaşımını Hastane Müdürü/ Hastane Yöneticisi/ İdari Mali İşler Müdürü/ Destek ve Kalite Müdürü %88,2'si, Kısıtlar Teorisi yaklaşımını Başhemşire/Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlerinin %63,6'sı ve Dengeli Puan Cetveli yaklaşımını Başhemşire/Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlerinin %72,7'si oranla maliyetleme yaklaşımlarından haberdar oldukları saptanmıştır.

Değer Mühendisliği, Kısıtlar Teorisi ve Dengeli Puan Cetveli yaklaşımlarının Sağlık Bakım hizmetleri yöneticileri ve Başhemşireler tarafından kendi içlerinde yüksek bir oranla biliniyor olması ilginç bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır. Tablo 32'yi incelediğimizde bu yönetici grubun "Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet" üzerinden hastaneyi ilgilendiren konulara ilgili oldukları söylenebilir.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma 8. Sağlık hizmet bölgesine bağlı olan Tokat ve Sivas'ta bulunan kamu ve üniversite hastanelerinde, yöneticilerin hastanelerde karlılığı ve maliyetleri etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerinin alınması, yöneticilerin İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarına ilişkin bilinç düzeylerini ve bu yaklaşımların hastanelerde uygulanması üzerine algının belirlenmesi olup ilgili literatür çerçevesinde tartışılacaktır. Çalışma Türkiye'de bu değerlendirme soru ve ifadeleri ile yapılan 2. çalışma olduğu için literatürde çok fazla çalışma bulunmamaktadır.

### 5.1. Hastane Yöneticilerinin Karlılık Ve Maliyetleri Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşlerinin Tartışılması

Çarıkçı(2014) tarafından 400 yatak ve üzeri hastanelerin 70 finansal yöneticisi üzerinde yapılan çalışmada katılımcılara yöneltilen 28 soruluk karlılığı ve maliyetleri etkileyen faktörlere ilişkin ifadeler yer verilmiştir. Ölçek puanlamasına baktığımızda alınabilecek en düşük puan  $28 \times 1 = 28$ , en yüksek puan ise  $28 \times 5 = 140$  olarak hesaplanmaktadır. Çarıkçı(2014) tarafından çalışmanın yanıtlarından elde edilen ortalama test değeri 100,84 bulunurken çalışmamızda bu değer 99,1 bulunmuştur. Çalışmaların yapıldığı gruplar karşılaştırıldığında her bir grubun kamu grubu olması sonuçların birbirine yakın olmasına neden olmuştur.

28 soruluk ifadelerin yer aldığı ve 5'li Likert tipi ölçek ile değerlendirilen bu bölümde katılımcıların ortalama puanı 4'ten yüksek olan ifadelerle bakıldığında; "Hastanelerde fazla ilaç ve malzeme stoku yapılması maliyetleri artırmaktadır." ifadesi Çarıkçı(2014) tarafından yapılan çalışmada 4,01 ortalama değerlendirilmişken çalışmamızda 3,70 olarak değerlendirilmiştir. İki çalışmanın gerçekleştirildiği hastanelerin büyüklüğünün ve muhtemel yapacakları stok miktarlarının büyüklüğünün bu farklılığa sebep olduğu düşünülmektedir.

Kurumların kendi iç dinamiklerinden bağımsız olarak uygulanan kararların maliyet kontrolü açısından zorluk yaratacağı görüşüne sahiptirler. Sağlıkta dönüşüm programının bileşenlerinden olan, idari ve mali açıdan özerk sağlık işletmeleri bileşeninin uygulanması, yöneticilere maliyete duyarlı müdahale gücü verecektir. 28 ifadeli ölçeğin en çok kabul gören seçeneği olan "Sağlık Uygulama Tebliğinin

hastanelerin kendilerine özgü maliyetlerini dikkate almadan belirlemesi karlılığı olumsuz etkilemektedir." ifadesi ile hastane yöneticilerinin bu alanda söz sahibi olma istediği aşıkardır.

## **5.2. Hastane Yöneticilerinin İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarına İlişkin Görüşlerinin Tartışılması**

Yılmaz (2008) tarafından Konya'da kamu ve özel hastanelerde çalışan 43 yönetici üzerinde yapılan çalışmada yöneticilerin %44'ünün faaliyet tabanlı maliyetleme yaklaşımı hakkında bilgi sahibi olduğu %26'sının biraz bilgi sahibi olduğu ve %30'unun bilgi sahibi olmadığı toplamda yöneticilerin %70'inin bilgi sahibi olduğu, Çarıkçı (2014) tarafından 400 yatak ve üzeri hastanelerin 70 finansal yöneticisi üzerinde yapılan çalışmada ise yöneticilerin %75,7'sinin faaliyet tabanlı maliyetleme yaklaşımı hakkında bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla kıyaslandığında yöneticilerin %78'inin faaliyet tabanlı maliyetleme yaklaşımından haberdar olduğu ve diğer çalışmalar ile paralel bir sonuç çıktığı söylenebilir. Çarıkçı (2014) tarafından yapılan çalışmada faaliyet tabanlı maliyetlemenin hastanelerde uygulanabilirliğine ilişkin sorusuna yöneticiler; %30,2 oranında uygulanabilir derken %52,8 oranında kısmen uygulanabilir şeklinde cevap vermişlerdir. Ancak Bekçi ve Özal (2010) tarafından 17 özel hastane yöneticisi üzerinde yapılan çalışmada "Modern maliyet yöntemlerinden Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemi hastanelerde uygulanabileceği düşünülmektedir." hipotezi reddedilmiştir. Çalışmamızda yöneticiler %38,6 oranında uygulanabilir derken %48,9 oranında kısmen uygulanabilir şeklinde cevap vermişlerdir. Bekçi ve Özal (2010) tarafından yapılan çalışmada örneklem grubu yöneticilerin özel hastane olması ve özel hastanelerin doğrudan kâr amacı gütmesi sonucun farklılaşmasını sağladığı düşünülmektedir.

Bekçi ve Özal (2010) tarafından yapılan çalışmada oluşturulan " Modern maliyet yöntemlerinden hedef maliyetleme yöntemi hastanelerde uygulanabileceği düşünülmektedir." Hipotezi reddedilmiştir. Çarıkçı(2014) tarafından yapılan çalışmada hedef maliyetlemenin hastanelerde uygulanabilirliğine ilişkin sorusuna yöneticiler; %29,2 oranında uygulanabilir derken, %33,3 oranında kısmen uygulanabilir olarak cevap vermişlerdir. Çalışmamızda ise yöneticiler %32,5

oranında uygulanabilir derken %41,3 oranında kısmen uygulanabilir olarak cevap vermişlerdir. Çarıkçı (2014) tarafından yapılan çalışma ile benzer sonuçlar çıkarken Bekçi ve Özal (2010) tarafından yapılan çalışmada örneklem grubu yöneticilerin özel hastane olması ve özel hastanelerin doğrudan kâr amacı gütmesi sonucun farklılaşmasını sağladığı düşünülmektedir.

Bekçi ve Özal (2010) tarafından yapılan çalışmada "Modern maliyet yöntemlerinden Tam Zamanında Üretim Yöntemi hastanelerde uygulanabileceği düşünülmektedir." hipotezi kabul edilmiştir. Çarıkçı (2014) tarafından yapılan çalışmada tam zamanında üretim ortamında maliyet yönetiminin hastanelerde uygulanabilirliğine ilişkin sorusuna yöneticiler; % 50,0 oranında uygulanabilir derken, %38 oranında kısmen uygulanabilir olarak cevap vermişlerdir. Çalışmamızda ise yöneticiler %39,4 oranında uygulanabilir derken %39,4 oranında kısmen uygulanabilir olarak cevap vermişlerdir. 3 çalışmanın yöneticileri benzer görüşler sergilemişlerdir. Çalışmamızda Çarıkçı (2014)'ün çalışmasına göre daha az uygulanabilir görülmesinin sebebi ise evrende bulunan hastanelerin ilçe nüfusuna hizmet vermesi ve ilçelerin her an istediği ürünlerin tedarikini yapamaması olduğu düşünülmektedir.

Bekçi ve Özal (2010) tarafından yapılan çalışmada "Modern maliyet yöntemlerinden Stratejik Maliyet Yönetimi Yöntemi hastanelerde uygulanabileceği düşünülmektedir." hipotezi reddedilmiştir. Çarıkçı (2014) tarafından yapılan çalışmada Stratejik Maliyet Yönetiminin hastanelerde uygulanabilirliğine ilişkin sorusuna yöneticiler; %53,2 oranında uygulanabilir derken, % 36,2 oranında kısmen uygulanabilir olarak cevap vermişlerdir. Çalışmamızda ise yöneticiler Stratejik Maliyetleme yöntemi için, %45,3 oranında uygulanabilir derken %48 oranında kısmen uygulanabilir olarak cevap vermişlerdir. Çarıkçı (2014) tarafından yapılan çalışma ve çalışmamız arasında paralel cevaplar bulunurken Bekçi ve Özal (2010) tarafından yapılan çalışmada ise Modern maliyet yöntemlerinden Stratejik Maliyet Yönetiminin hastanelerde uygulanabileceği görüşü reddedilmiştir.

Bekçi ve Özal (2010) tarafından yapılan çalışmada "Modern maliyet yöntemlerinden Kaizen Maliyetleme Yöntemi hastanelerde uygulanabileceği düşünülmektedir." hipotezi reddedilmiştir. Çarıkçı (2014) tarafından yapılan

çalışmada Kaizen Maliyetleme Yönetiminin hastanelerde uygulanabilirliğine ilişkin sorusuna yöneticiler; % 48,1 oranında uygulanabilir derken, % 42,3 oranında kısmen uygulanabilir olarak cevap vermişlerdir. Ayrıca kaizen maliyetleme yaklaşımının bilinip bilinmediği hususunda yöneticilerin %74,3'ü yaklaşımı bildiğini söylemiştir. Çalışmamızda ise yöneticiler kaizen maliyetleme için, %45,3 oranında uygulanabilir derken %48 oranında kısmen uygulanabilir olarak cevap vermişlerdir. Ayrıca Kaizen maliyetleme yaklaşımının bilinip bilinmediği hususunda yöneticilerin %72,6'sı yaklaşımı bildiğini söylemiştir. Bekçi ve Özal (2010) tarafından yapılan çalışmanın sonucunun farklı oluş sebebi olarak özel hastane ve kamu hastanesi farkı olması düşünülmektedir.

Bekçi ve Özal (2010) tarafından yapılan çalışmada, "Modern maliyet yöntemlerinden Toplam Kalite Kontrolü Yöntemi hastanelerde uygulanabileceği düşünülmektedir." hipotezi kabul edilmiştir. Çarıkçı (2014) tarafından yapılan çalışmada Kalite Maliyetleri Yönteminin hastanelerde uygulanabilirliğine ilişkin sorusuna yöneticiler; % 48,2 oranında uygulanabilir derken, % 39,3 oranında kısmen uygulanabilir olarak cevap vermişlerdir. Çalışmamızda ise yöneticiler kalite maliyetleri yaklaşımı için, %58,6 oranında uygulanabilir derken %39,1 oranında kısmen uygulanabilir olarak cevap vermişlerdir. Bütün çalışmaların sonuçları hasta memnuniyeti odaklı bir sağlık hizmet yaklaşımına dayalı olarak paralel gerçekleşmiştir.

Bekçi ve Özal (2010) tarafından yapılan çalışmada, "Modern maliyet yöntemlerinden Mamul Yaşam Döneminde Maliyetleme Yöntemi hastanelerde uygulanabileceği düşünülmektedir." hipotezi reddedilmiştir. Çarıkçı (2014) tarafından yapılan çalışmada Mamul Yaşam Döneminde Maliyetleme Yönteminin hastanelerde uygulanabilirliğine ilişkin sorusuna yöneticiler; % 27,3 oranında uygulanabilir derken, % 54,5 oranında kısmen uygulanabilir olarak cevap vermişlerdir. Çalışmamızda ise yöneticiler Kalite Maliyetleri yaklaşımı için, %33,7 oranında uygulanabilir derken %37,2 oranında kısmen uygulanabilir olarak cevap vermişlerdir. Çarıkçı (2010) ve Mevcut çalışmada Mamul Yaşam Döneminde Maliyetleme Yöntemi uygulanabilir olarak görülmesine karşın, katılımcılar diğer



yaklaşımlara oranla daha düşük düzeyde uygulanabilir ve kısmen uygulanabilir yanıtları vermiştir.

Çalışmamızda ve Çarıkçı (2014) tarafından yapılan çalışmada, maliyetleme yaklaşımlarını için yöneticilerin duyma, bilme oranlarının yüksek oluşu ve uygulanabilir olma konusunda olumlu bir algıya sahip olmalarının sebebi olarak, anket formu üzerinde maliyetleme yaklaşımları ile alakalı bilgi verici paragrafların olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.



## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Sağlık, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri hakkında uluslararası alanda geçerli bir değerlendirme aracı haline gelmiştir. Ülkeler sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için kaynakların çok önemli bir kısmını bu sektöre aktarmaktadır. Ayrılan kaynakların verimli değerlendirilmesi için ise maliyet kontrolü olmazsa olmaz bir araçtır. Bu çalışmada 8. Sağlık Hizmet Bölgesinde görev yapan Sağlık yöneticilerinin maliyetler üzerinde ne ölçüde durdukları, yeni yaklaşımları takip edip etmedikleri ve hastanelerinin ileri maliyet yönetim tekniklerinin uygulanması konusundaki konumu ortaya koyulmaya çalışılmıştır.

- Katılımcıların genel görünümüne bakıldığında; %57,5'i Lisans mezunu, %32,1'i Müdür Yardımcısı/ / İdari Mali İşler Müdür Yardımcısı/ Destek ve Kalite Müdür Yardımcısı pozisyonunda çalışmakta, %34'ünün 11-15 kıdem yılı bulunmakta, %50,1'i 1-3 yıl arası mevcut görev kıdem yılı bulunmakta, %29,2'si tıp bölümü mezundur.
- Katılımcılar İleri Maliyet Yönetim yaklaşımlarının her birinden %50'nin üzerinde haberdar durumdadır.
- Katılımcılar maliyetleri ve karlılığı etkileyen faktörlere ilişkin olarak olumsuz bir algıya sahiptirler.
- Katılımcıların karlılığa ilişkin görüşleri incelendiğinde; "Sağlık hizmetlerinin Fiyatlarının Tek Taraflı Belirlenmesi (SGK) karlılığı olumsuz etkilemektedir" ifadesine 5'li likert ölçeğinde 4,28 ortalama ile en yüksek, "Ülkemizde uygulanan sağlık hizmetleri fiyat tarifesi (SUT) hastanenin sağlık hizmeti üretim maliyetlerini karşılamaktadır." İfadesi için ise 2,11 ile en düşük ortalama olarak fikirlerini ifade etmişlerdir.
- Çalışmada ele alınan ileri maliyet yönetim yaklaşımlarının yöneticiler tarafından bilinirliği incelendiğinde, Kıyaslama yaklaşımı yöneticilerin %86,8'i tarafından en çok bilinen yaklaşım olurken, Dengeli Puan Cetveli

Yaklaşımı ise %50,9 ile en az bilinen maliyet yaklaşımı olarak ön plana çıkmıştır.

- Katılımcıların İleri maliyet yönetim yaklaşımlarının mevcut hastanelerinde uygulanabilirliğine ilişkin yapılan değerlendirmede Kalite Maliyetleri Yaklaşımının %58,6 oranında uygulanabilir olduğu, %39,1 oranında kısmen uygulanabilir olduğu ve %2,3 oranında uygulanamaz olduğu diğer yandan Tam Zamanında Üretim Ortamında Maliyet Yönetimi yaklaşımının %39,4 oranında uygulanabilir olduğu, %39,4 oranında kısmen uygulanabilir olduğu ve %21,3 oranında uygulanamaz olduğu saptanmıştır.

## 6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki öneriler yapılmıştır.

- Sağlıkta dönüşüm programının bileşenlerinden olan, idari ve mali açıdan özerk sağlık işletmeleri bileşeninin uygulanması, yöneticilere maliyete duyarlı müdahale gücü verecektir.
- Bundan sonra yapılabilecek çalışmalar için kurumsallaşmış özel hastanelerin üst düzey yöneticileri ile çalışma yapılması sektöre geniş açıdan bakılmasını sağlayacaktır.
- Hastane yöneticilerinin güncel yaklaşımlarına ilgisi olduğu sonucu ile yetkili kuruluşların gelişimi ve yeniliği öncelikleyen politikaları yönlenmesi faydalı olacaktır.
- Yasal ve teknik konularda yapılacak düzenlemelerle İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarının hastanelerde uygulanabileceği görülmüş olup bu konuya sağlık kurumlarında gereken önemin verilmesi ve tüm sağlık kurumlarında gerekli eğitimlerin Sağlık Bakanlığı tarafından verilmesi faydalı olacaktır.

## 7. KAYNAKÇA

- Altınbay, A., (2006). Etkin Bir Maliyet Sistemi Olarak Hedef Maliyetleme Sistemi Tmm (Toyota Motor Manufacturing Uygulaması). *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* .
- A.R.Bailey, C.W.Chow, & Haddad, K. (1999). Continuous Improvement In Business Education: Insights From The For-Profit Sector And Business School Deans. *Journal Of Education For Business* , 74 (3), 165-181.
- Acar, D. (1998). İleri Maliyet Yaklaşımı Olarak Hedef Maliyetleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* , 81-95.
- Acar, D. (2005). *Küresel Rekabette Maliyet Yönetimi ve Yaklaşımları*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Ağırbaş, İ. (2016). *Hastane Yönetimi ve Organizasyon*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Akyürek, Ç. E. (2012). Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. *Sosyal Güvenlik Dergisi* , 2 (2), 124-153.
- Arık, Ö., & İleri, Y. Y. (2016). Sağlıkta Geri Ödeme Sistemleri ve Global Bütçe. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 5 (4), 78-92.
- Arslan, N. (2008). Kısıtlar Teorisi ve Bir Deneme Çalışması. Yüksek Lisans Tezi Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Bekçi, İ., & Özal, H. (2010). Stratejik Maliyet Yönetiminin Sağlık Sektöründe Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi* , 2 (3), 78.
- Bursal, N., & Ercan, Y. (1999). *Maliyet Muhasebesi İlkeler ve Uygulama*. İstanbul: Der Yayınları.
- Büyükyılmaz, O., & Gürkan, S. (2009). Süreçlerde En Zayıf Halkanın Bulunması: Kısıtlar Teorisi. *Zkü Sosyal Bilimler Dergisi* , 5 (9), 177 195.
- Cankul, İ. H., B.Şahin, & Demir, C. (2006). Hastanelerde İnsan Gücü Planlaması: İş Yükü Analizine Dayalı Bir Çalışma. *Amme İdaresi Dergisi* , 39 (4), 245-266.
- Çabuk, Y. (2005). Kalite Maliyetleri ve Kalite Maliyetlerini Ölçmede Kullanılan Yöntemler. *Zkü Bartın Orman Fakültesi Dergisi* .
- Çarıkcı, O. (2014). İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Hastane Yöneticileri Tarafından Algılanma Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Çarıkçı, O., & Acar, D. (2017). Hastane Yöneticilerinin İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarına ve Hastane Maliyetlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* , 20 (3), 275-298.
- Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Dedhia, N. (2001). Global Perspectives on Quality, Total Quality Management, 657-668 .
- Dunk, A. S. (2004). Product Life Cycle Cost Analysis: The Impact Of Customer Profiling, Competitive Advantage, And Quality Of Is Information. *Management Accounting Research* , 401–414.
- Dursun, A. (2001). Tam Zamanında Üretim (TzÜ) Sisteminde Standart Maliyet Fark Analizleri. *Muhasebe ve Denetim Bakış* , 19-30.
- E.Bilgili, & E.Ecevit. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler Ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* , 11 (2), 201-228.
- Ellram, L. M. (2000). Purchasing And Supply Management’s Participation İn The Target Costing Process. *The Journal Of Supply Chain Management* , 39-51.
- Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Üretim Ve Hizmet İşletmelerinde Uygulamalar*. (2003). Literatür Yayıncılık.
- Gersil, A. (2006). Stratejik Maliyet Yönetimi Kapsamında Ürün Yaşam Seyri Maliyet Yönteminin Analizi ve Bir İşletme Uygulaması. Doktora Tezi Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.
- Gottert, P., & Schieber, G. (2006). Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide. Washington: The World Bank.
- Gürdal, K. (2007). *Maliyet Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Hacırustemoğlu, R., & Şakrak, M. (2002). *Maliyet Muhasebesinde Yeni Yaklaşımlar*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Hacırustemoğlu, R., (1995) *Maliyet Muhasebesi*, İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Hatipoğlu, B. (2008). Toplam Kalite Yönetiminde Kalite Maliyetlerinin Önemi ve Kalite Maliyetlerinin Raporlanması Sürecinde Muhasebenin Rolü. Doktora Tezi İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Hazman, G. G., & Küçükilhan, M. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Yatırım Harcamalarının Hastane Hizmetleri ve Hizmet Kalitesine Etkisi: Ampirik Bir Çalışma. *Neü Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 138-153.
- Horngren, C., Harrison, W., & M.S.Oliver. (2012). *Accounting (9th Edition)*. New Jersey.
- <http://www.civitas.org.uk>. (2018). 2 3, 2018 tarihinde <http://www.civitas.org.uk/pdf/hpcgsystems.pdf> adresinden alındı
- J, B. E., H, C. K., & W., L. T. (2002). *Cost Management, A Strategic Emphasis*. Boston: Mc Graw Hill.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. (1996). Using The Balanced Scorecard As A Strategic Management System. *Harvard Business Review*.
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How To Solve The Cost Crisis İn Health Care.. 2011 Sep;89(9):46–52, 54, 56–61 Passim. Pmıd: 21939127 . *Harvard Business Review* , 1-18.
- Karacan, S., & Aslanoğlu, S. (2005). Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yönetiminin Temel Mali Tablolar Üzerindeki Etkileri. *Muhasebe ve Denetime Bakış Dergisi* , 17 -38.
- Karakaya, M. (1999). Yeni Üretim Ortamlarında Ürün Maliyet Unsurlarının Bileşimi ve Teknoloji Muhasebesi. *Muhasebe Bilim Dünyası Dergisi* , 1 (2).
- Karcıoğlu, R. (2000). *Stratejik Maliyet Yönetimi Maliyet Muhasebesinde Yeni Yaklaşımlar*. Erzurum: Aktif Yayınevi.
- Karsavuran, S. (2013). Stratejik Değerlendirme ve Kontrol: Dengeli Puan Kartı'nın Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı . *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi* , 16 (2).
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaygusuz, S. (2011). Kısıtlar Teorisi Ve Maliyet Hacim Kâr Analizi: Bir Çalışma Sayfası Modellemesi. *Muhasebe Ve Finansman Dergisi* , 171-188.
- Kaygusuz, S. Y. ( 2000). Stratejik Maliyet Yönetimi ve Bir Uygulama. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Keys, D. E., & Lefevre, R. (2002). Why Is “Integrated” Abc Beter ? *The Journal Of Corporate Accounting & Finance* , 45- 53.
- Kroll, K. M. (1997). On Target. *Industry Week* , 17-22.

- Kulesher, R., & Forrestal, E. (2014). International Models Of Health Systems Financing. *Journal Of Hospital Administration* , 3 (4), 127-139.
- Lawson, R. A. (1994). Activity-Based Costing System for Hospital Management. *CMA Magazine* , 68 (5), 31-38.
- Lawson, R. A. (2005). The Use Of Activity Based Costing In The Healthcare Industry:1994 vs.2004. *Research in Healthcare Financial Management* , 80-94.
- Learn About Quality* . (2004). 7 5, 2018 tarihinde ASQ: <http://asq.org/learn-about-quality/benchmarking/overview/overview.html> adresinden alındı
- Monden, Y. (2000). *Japanese Cost Management*,. London: Imperial College Press.
- Monden, Y., & Lee, J. (1993). How A Japanese Auto Maker Reduces Costs. *Management Accounting* , 22-26.
- Moss, H. (2007). Improving Service Quality With The Theory Of Constraints. *Journal Of Academy Of Business And Economics* , 7 (2), 1-15.
- Mucuk, İ. (2001). *Pazarlama İlkeleri*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Okutmuş, E., Kurar, İ., & Kahveci, A. (2014). Çağdaş Maliyet Yöntemlerinin Ortaya Çıkışına İlişkin Nitel Bir Araştırma. *Aibü Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 14 (3), 51-77.
- Öğüt, A., İraz, R., Zerenler, M., (2007), Değer Mühendisliği (Value Engineering) Uygulamalarının Fonksiyonel Etkinlik Açısından İşletmelerin Somut ve Soyut Varlıklarına Yönelik Olası Etkileri, Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Sayı:13. (ss. 51-68)
- Ömürgönülşen, M., Kalite Maliyetlerinin Ölçümü: Gıda Sektöründe Bir Araştırma, Milli Produktivite Merkezi Yayınları, No: 703, Ankara, 2008.
- Örnek, A. Ş. (2003). Bir Yönetim Tekniği Olarak Değer Mühendisliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* , 5 (2), 213-230.
- Özgülbaş, N. (2014). *Sağlık Sektöründe Hizmet ve Hastalık Maliyet Analizi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Özkan, Azzem (2003); “Hastane İşletmelerinde Maliyetleme Yaklaşımları” Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Cilt XXII, Sayı 2, s. 113-130.
- Pineno, C. J. (2011). The Balanced Scorecard with Time-Driven Activity Based-Costing:The Balanced Scorecard with Time-Driven Activity Based-Costing:.

- R.Cooper, & Kaplan, R. S. (1999). *Design Of Cost Management Systems*. 52-55
- Saygın, T. (2008). Stratejik Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarından Kaizen Maliyetleme ve Hedef Maliyetlemenin Birlikte Uygulanabilirliği ve Bir Uygulama. Doktora Tezi Çanakkale: Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Shank, J. K., & Govindarajan, V. (1989). *Strategic Cost Analysis: The Evolution from Managerial to Strategic Accounting*.
- Solak, B. (2012). Kısıtlar Teorisi Yaklaşımı İle Üretim Senaryolarının Finansal Analizi: Otomotiv Endüstrisinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi İstanbul: İstanbul Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Sözbilir, H. (1986). *Hastanelerde Etkinliği Artırmada Yönetime Yardımcı Bir Araç Olarak Maliyet Bilgilerinin Kullanılması ve Afyon da Bir Örnek Olay Çalışması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Şakrak, M. (1997). *Maliyet Yönetimi Maliyet ve Yönetim Muhasebesinde Yeni Yaklaşımlar*. İstanbul: Yasa Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (tarih yok). <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php> adresinden alınmıştır
- Tek, Ö. B. (1999). *Pazarlama İlkeleri*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Tekin, M., Güleş, H. K., & Öğüt, A. (2010). *Değişim Çağında Teknoloji Yönetimi*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu.
- Tengilimoğlu, D., Akpolat, M., & Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Titiz, İ., & Çetin, C. (2000). Karar Almada Geleneksel Maliyet Yönetimi Yaklaşımında Yaşanan Gelişmeler Ve Stratejik Maliyet Yönetimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5 (2).
- Türk Dil Kurumu. (2019). <http://www.tdk.gov.tr>. 03 09, 2019 tarihinde <http://www.tdk.gov.tr>: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&kelime=KAPAS%C4%B0TE](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=KAPAS%C4%B0TE) adresinden alındı



- U.S. Agency for International Development. (2004). Management Accounting System For Hospitals (Mash) Manual. Bethesda, Maryland: Partners for Health Reform plus.
- Ulukanoğlu, C. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi ve Kaizen Felsefesi*. 7 2, 2018 tarihinde İş,Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi: <http://www.isguc.org/?p=article&id=70&cilt=3&sayi=2&yil=2001> adresinden alındı
- WHO. <http://www.who.int/hospitals/en/>. 2 14, 2018 tarihinde [www.who.int](http://www.who.int). adresinden alındı
- Yalçın, S. (2006). Rekabet Avantajı Sağlamada Stratejik Maliyet Yönetiminin Muhasebe Uygulamalarıyla İlişkileri. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* .
- Yıldırım, H. H. (1999). Piyasa Sağlık Bakımı Ve Piyasa Başarısızlıkları. *Amme İdaresi Dergisi* , 32 (1), 123-134.
- Yıldıztekin, İ. (2010). Aşırı Kapasite Kontrolü ve Maliyet Analizi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* , 24 (3), 197-228
- Yılmaz, B. (2008). Hastane İşletmelerinde Rekabet Üstünlüğü Sağlamada Faaliyet Esasına Dayalı Maliyetleme Yönteminin Rolü ve Bir Uygulama. Doktora Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yükçü, S. (2015). Hastane İşletmelerinde Kısıtlar Teorisi Yaklaşımı ve Örnek Bir Uygulama. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* , 29 (3), 557-577.
- Yükçü, S. (2007). *Yönetim Açısından Maliyet Muhasebesi*. İzmir: Birleşik Matbaacılık.
- Yüzbaşıoğlu, N. (2004). İşletmelerde Stratejik Yönetim Ve Planlama Açısından Stratejik Maliyet Yönetimi Enstrümanları. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 387-410.

## EKLER

### EK-1: Anket Formu

#### Maliyet Yönetimi

(\* İşareti ile biten sorular zorunludur.)

#### 1- Hastane Türü \*

- Üniversite Hastanesi   
Kamu Hastanesi

#### 2- Eğitim Seviyesi \*

- Lise   
Ön Lisans   
Lisans   
Yüksek Lisans   
Doktora/Tıpta uzmanlık

#### 3- Pozisyon – Görev \*

- Başhekim (Üniversite)   
Başhekim Yardımcısı(Üniversite)   
Hastane Müdürü (Üniversite)   
Müdür Yardımcısı (Üniversite)   
Başhemşire(Üniversite)   
Başhemşire Yardımcısı   
Başhekim (Kamu)   
Başhekim Yardımcısı(Kamu)   
Hastane Yöneticisi (Kamu)   
İdari Mali İşler Müdürü (kamu)   
İdari Mali İşler Müdür Yrd (kamu)   
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü(Kamu)   
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı(Kamu)   
Destek ve Kalite Müdürü (Kamu)   
Destek ve Kalite Müdür Yrd (Kamu)   
Diğer .....

#### 4- Toplam Kıdem Yılıınız? \*

- 1-5 Yıl   
6-10 Yıl   
11-15 Yıl   
16-20 Yıl   
21 Yıl ve Üzeri

#### 5- Mevcut Görev Kıdem Yılı \*

- 1-3 Yıl   
4-6 Yıl   
7-9 Yıl

10 Yıl ve üzeri

**6- Mezun Olduğunuz Bölüm/Program? \***

- Tıp  
 Sağlık Yönetimi  
 Hemşirelik  
 İşletme  
 Kamu Yönetimi  
 Diğer..(.....)

**7- Hastanelerde kârlılığı etkileyen faktörler \***

*Aşağıdaki Konularda HASTANENİZ açısından size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz...*

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kismen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Sağlık hizmetlerinin Fiyatlarının Tek Taraflı Belirlenmesi (SGK) karlılığı olumsuz etkilemektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) hastanelerin kendine özgü maliyetlerini dikkate almadan belirlenmesi karlılığı olumsuz etkiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tıbbi Malzeme maliyetlerine gerçek maliyetinin dikkate alınmaksızın ilave edilen kar paylarının düşük olması karlılığı olumsuz Etkilemektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ayaktan Hastalarda Vakanın içeriğine bakılmaksızın vaka başı ödeme yöntemi uygulanması karlılığı olumsuz etkilemektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tam Gün Yasası ile hekimlerin kişisel hizmet üretimi yapamamaları karlılığı olumsuz Etkilemektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosyal Güvenlik Kurumunun maliyet kısıtlayıcı politikaları karlılığı olumsuz Etkilemektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanelerde özel bütçe/ve veya genel bütçeden çok az ödenek verilmesi karlılığı olumsuz Etkilemektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanelerde etkin bütçe kontrol mekanizmasının olmayışı karlılığı olumsuz etkilemektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanelerde stratejik karar alma ve planlamada her bir hizmetin maliyetini hesaplayacak sistemin olmaması karlılığı olumsuz Etkilemektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tıbbi cihaz yatırımlarının kamu ihale kanununa göre yapılması maliyetleri artırmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8- Hastanelerde kârlılığı etkileyen faktörler (Devamı...) \****Aşağıdaki Konularda HASTANENİZ açısından size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz...*

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kismen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Hastanenizde ki personelin önemli bir kısmının devlet memurları yasası kapsamında çalıştırılması maliyetleri artırmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastane yönetiminin kaynak planlamasını doğrudan kendisinin yapamaması maliyetleri artırır (tıbbi sarf malzemesi, sağlık vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaç ve tıbbi malzeme alımlarında hastane yönetimlerinin doğrudan inisiyatif kullanamaması ve ödeme süresinin uzaması dolayısıyla maliyetlerin artmasına neden olmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanelerde fazla ilaç ve malzeme stoku yapılması maliyetleri artırmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanelerde etkin bir maliyet ve performans sisteminin kurulmaması maliyetlerin kontrol edilememesine neden olmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanede fiziki mekan ve tıbbi donanımın ihtiyaçtan fazla bulundurulması maliyetleri artırır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hizmet Kalite standartlarını artırmak için yapılan giderler maliyetleri artırır (hasta güvenliği)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SGK'nın hizmet birim maliyetlerini düşürmek için maliyet sınırlama stratejisi geliştirmesi kalitesizlik maliyetine neden olmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aşağıdaki Konularda HASTANENİZ açısından size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz...

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
SGK'nın hasta faturalarında kesinti yapması hizmet kalitesini etkilemekte ve dolayısıyla hizmet maliyetlerini artırmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastalardan farklı sağlık kuruluşlarında farklı katkı paylarının alınması hastaneye başvuran hasta sayısını düşürdüğü için sağlık hizmeti üretim maliyetlerini artırmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilimsel araştırma projeleri fonuna döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hazineye döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Performansa dayalı ek ödeme sistemi gereksiz hizmet kullanımını artırdığından dolayı hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ülkemizde uygulanan sağlık hizmetleri fiyat tarifesi (SUT) hastanenin sağlık hizmeti üretim maliyetlerini karşılamaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ülkemizde uygulanan çekirdek kaynak yönetim sistemi (ÇKYS) ve diğer uygulamalar hizmet maliyetini düşürmektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanemizde stratejik karar alma ve planlamada herhangi bir finansal yönetim bilgi sistemi uygulaması mevcuttur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanemizde dışarıdan hizmet satın alınması maliyetler düşürmektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tıbbi malzeme tedarikçilerinin kendi aralarında anlaşmaları malzeme maliyetlerinin yüksek olmasına neden olmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aşağıdaki Konularda HASTANENİZ açısından size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz...

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kismen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
SGK'nın hasta faturalarında kesinti yapması hizmet kalitesini etkilemekte ve dolayısıyla hizmet maliyetlerini artırmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastalardan farklı sağlık kuruluşlarında farklı katkı paylarının alınması hastaneye başvuran hasta sayısını düşürdüğü için sağlık hizmeti üretim maliyetlerini artırmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilimsel araştırma projeleri fonuna döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hazineye döner sermayeden kaynak aktarılması hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Performansa dayalı ek ödeme sistemi gereksiz hizmet kullanımını artırdığından dolayı hizmet üretim maliyetlerini artırmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ülkemizde uygulanan sağlık hizmetleri fiyat tarifesi (SUT) hastanenin sağlık hizmeti üretim maliyetlerini karşılamaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ülkemizde uygulanan çekirdek kaynak yönetim sistemi (ÇKYS) ve diğer uygulamalar hizmet maliyetini düşürmektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanemizde stratejik karar alma ve planlamada herhangi bir finansal yönetim bilgi sistemi uygulaması mevcuttur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastanemizde dışarıdan hizmet satın alınması maliyetler düşürmektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tıbbi malzeme tedarikçilerinin kendi aralarında anlaşmaları malzeme maliyetlerinin yüksek olmasına neden olmaktadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------





**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 hastaneve olan maliyetlerini tasarrufa dönüştürmektir. (Bu açıklama 10-13 sorularını kapsamaktadır.)**

**10- Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu? \***

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 11. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 14. soruya geçiniz.*

Evet

Hayır

**11- Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 12. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 14. soruya geçiniz.*

Evet

Hayır

**12- Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz? \***

*Yanıtladıktan sonra 13. Soruya geçiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb

Almış olduğum üniversite eğitimi vb

Meslektaşlarımdan

Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet

Hastanedeki uygulamalar sırasında

Diğer

**13- Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?**

Evet

Kısmen

Hayır

**MAMUL YASAM 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 14-17 sorularını kapsamaktadır.)**

**14- Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu? \***

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 15. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 18. soruya geçiniz.*

Evet

Hayır

**15- Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 16. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 18. soruya geçiniz.*

Evet

Hayır

**16- Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?**

*Yanıtladıktan sonra 17. Soruya geçiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

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

**17- Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?**

- Evet
- Kısmen
- 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 18-21 sorularını kapsamaktadır.)**

**18- Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu? \***

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 19. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 22. soruya geçiniz.*

- Evet
- Hayır

**19- Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 20. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 22. soruya geçiniz.*

- Evet
- Hayır

**20- Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?**

*Yanıtladıktan sonra 21. Soruya geçiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

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

**21- Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?**

- Evet
- Kısmen
- 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 22-25 sorularını kapsamaktadır.)**

**22- Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu? \***

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 23. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 26. soruya geçiniz.*

- Evet   
Hayır

**23- Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 24. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 26. soruya geçiniz.*

- Evet   
Hayır

**24- Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?**

*Yanıtladıktan sonra 25. Soruya geçiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

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

**25- Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?**

- Evet   
Kısmen   
Hayır

**DEĞER MÜHENDİSLİĞİ: Düşük maliyetle, gerekli fonksiyonelliğe sahip optimum değerde ürün, hizmet veya sisteme ulaşmayı sağlayan organize cabalarının 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 26-29 sorularını kapsamaktadır.)**

**26- Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu? \***

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 27. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 30. soruya geçiniz.*

- Evet   
Hayır

**27- Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 28. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 30. soruya geçiniz.*

- Evet   
Hayır

**28- Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?**

*Yanıtladıktan sonra 29. Soruya geçiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

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

**29- Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?**

- Evet
- Kısmen
- Hayır

**KALİTE MALİYETLERİ: Bir mamul ya da hizmetin istenen koşullarda üretilmesini ve tüketicie 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 30-33 sorularını kapsamaktadır.)**

**30- Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu? \***

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 31. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 34. soruya geçiniz.*

- Evet
- Hayır

**31- Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 32. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 34. soruya geçiniz.*

- Evet
- Hayır

**32- Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?**

*Yanıtladıktan sonra 33. Soruya geçiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

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

**33- Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?**

- Evet
- Kısmen
- 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 34-37 sorularını kapsamaktadır.)**

**34- Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu? \***

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 35. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 38. soruya geçiniz.*

Evet

Hayır

**35- Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 36. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 38. soruya geçiniz.*

Evet

Hayır

**36- Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?**

*Yanıtladıktan sonra 37. Soruya geçiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

Aldığım kurs, hizmet içi eğitim, seminer vb

Almış olduğum üniversite eğitimi vb

Meslektaşlarımdan

Yazılı, görsel dokümanlardan veya internet

Hastanedeki uygulamalar sırasında

Diğer

**37- Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?**

Evet

Kısmen

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 38-41 sorularını kapsamaktadır.)**

**38- Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu? \***

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 39. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 42. soruya geçiniz.*

Evet

Hayır

**39- Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 40.. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 42. soruya geçiniz.*

- Evet   
Hayır

**40- Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?**

*Yanıtladıktan sonra 41. Soruya geçiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

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

**41- Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?**

- Evet   
Kısmen   
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 42-45 sorularını kapsamaktadır.)**

**42- Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu? \***

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 43. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 46. soruya geçiniz.*

- Evet   
Hayır

**43- Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 44. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 46. soruya geçiniz.*

- Evet   
Hayır

**44- Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?**

*Yanıtladıktan sonra 45. Soruya geçiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

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

**45- Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?**

- Evet   
Kısmen   
Hayır

**KIYASLAMA (BENCHMARKING): 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 46-49 sorularını kapsamaktadır.)**

**46- Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 47. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 50. soruya geçiniz.*

- Evet   
Hayır

**47- Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 48. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 50. soruya geçiniz.*

- Evet   
Hayır

**48- Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?**

*Yanıtladıktan sonra 49. Soruya geçiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

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

**49- Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?**

- Evet   
Kısmen   
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 50-53 sorularını kapsamaktadır.)**

**50- Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?**

*Yanıtladıktan sonra 51. Soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 54. soruya geçiniz.*

- Evet   
Hayır

**51- Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 52. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 54. soruya geçiniz.*

- Evet   
Hayır

**52- Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?**

*Yanıtladıktan sonra 53. Soruya geçiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

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

**53- Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?**

- Evet
- Kısmen
- 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 54-57 sorularını kapsamaktadır.)**

**54- Yukarıda açıklaması yapılan maliyet yaklaşımını daha önce duydunuz mu?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 55. soruya geçiniz. HAYIR yanıtı verdiyseniz 58. soruya geçiniz.*

- Evet
- Hayır

**55- Söz konusu maliyet yaklaşımı hakkında bilginiz olduğunu söyleyebilir misiniz?**

*Bu soruya EVET yanıtı verdiyseniz 56. soruya geçiniz.*

- Evet
- Hayır

**56- Bu maliyet yaklaşımı hakkında nereden bilgi edindiniz?**

*Yanıtladıktan sonra 57. Soruya geçiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)*

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

**57- Bu maliyet yaklaşımının hastanenizde uygulanabilir olduğunu düşünüyor musunuz?**

- Evet
- Kısmen
- Hayır



## EK-2: Etik Kurul Raporu

	<b>CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK</b> <b>ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU</b>
---	--

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama
-----------------------	---

<b>ETİK KURULU</b> <b>BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

<b>BAŞVURU</b> <b>BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Enis Baha Biçer			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
İLAN	<input type="checkbox"/>	
YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input type="checkbox"/>	

KARAR BELGELERİ	Karar No: 2018-01/13	Tarih: 10.01.2018
-----------------	----------------------	-------------------

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tamamının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Muhittin</i>
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Yalçın</i>
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Hatice</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Ercan</i>
Doç. Dr. Gökay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Gökay</i>
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ataç	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Mehmet</i>
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Binnur</i>
Yrd. Doç. Dr. Engin Altınkaya	İç Hastalıklar	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Engin</i>

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

İmza:

## EK-3: İzinler

Evrak Tarih ve Sayısı: 02/04/2018-4520



T.C.  
TOKAT VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 30118480-044  
Konu : Mustafa ORHAN Araştırma İzni Hk.

### CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 26/02/2018 tarih ve 1641 sayılı yazınız

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Yönetimi Ad.Yüksek lisans öğrencisi Mustafa ORHAN 'ın "Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde bir Uygulama" isimli çalışmanın yapılabilmesi konusunda Müdürlüğümüz Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu kararı ekte sunulmuştur. Kararın ilgili kişiye tebliği ve Bilimsel Araştırma Protokolünün taraflarca imzalanması için ivedilikle Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Birimine (II Sağlık Müdürlüğü Hizmet Binası 1.Kat) başvurusunun sağlanması hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr.Yunus TOPAL  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

**EKLER:**  
Mustafa ORHAN Araştırma İzni Komisyon Kararı

Güvenli Elektronik İmza  
Aynı ile Aynıdır  
30.04.2018  
Hacı Ali UĞUREL  
V.H.H.

Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Hizmet Binası Hoca Ahmet Mh. Mesur GÜRGENÇ cd.  
No:4 60100 TOKAT  
Faks No:2144027  
e-Posta:seyhan.ozelce@saglik.gov.tr İnt.Adresi: .

Bilgi için: Seyhan ÖZELCE  
Unvan: EBE

Telefon No: 03562121138/1012

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 28f0e5a1-460c-4825-b752-2192f41d0c5e kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



Y.C.Sağlık Bakanlığı

TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYON KARAR TUTANAĞI			
	KARAR TARİHİ	TOPLANTI NO	KARAR NO
	29/ 03 /2018	01	07
KONUNUN ÖZETİ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Yönetimi AD. Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mustafa ORHAN'ın Tokat Devlet Hastanesi,GOÜ Hastanesi, Almus Devlet Hastanesi,Erbaa Devlet Hastanesi,Reşadiye Devlet Hastanesi,Niksar Devlet Hastanesi,Zile Devlet Hastanesi,Turhal Devlet Hastanesinde yapmayı planladığı "Sağlık Hizmetlerinde İleri maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama" isimli yüksek lisans tez çalışması.		
KONU : Sağlık Hizmetlerinde İleri maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama			
KARAR: Komisyon üyelerinin oy birliği ile çalışmanın yapılması uygun görülmüştür.			
BAŞKAN	ÜYE	ÜYE	
İmza	İmza	İmza	
Dr.Cihat ZÜLFÜOĞULLARI Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Başkan Yardımcısı	Dr.Zeynel KALLI Kamu Hast.Hizmt. Başkanlığı Başkan Yardımcısı	Dr.Nilay ELİBOL Halk Sağlığı Hizmt. Başkanlığı Başkan Yardımcısı	
ÜYE	ÜYE	YEDEK ÜYELER	
İmza	İmza	İmza	
Mustafa AYDIN Pers. ve Destek Hizmt. Başkanlığı Başkan Yardımcısı	Uzm.Dr.N.Pınar BAYSAN Halk Sağlığı Hizmt. Başkanlığı Halk Sağlığı Uzmanı	Canan DOĞAN Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Uzman	

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 28f0e5a1-460c-4825-b752-2192f41d0c5e kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
TOKAT VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 30118480-044  
Konu : Anket İzni-Mustafa ORHAN

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 30/10/2018 tarihli ve 30118480-12910 sayılı yazı.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Yönetimi AD. Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mustafa ORHAN'ın 01.11.2018-05.01.2019 tarihleri arasında Tokat Dr.Cevdet AYKAN Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Tokat Ağız Diş Sağlığı Merkezi yöneticilerine yapmayı planladığı "Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama" isimli yüksek lisans tez çalışması Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş, yapılması yönünde karar verilmiştir. Komisyon karar tutanakları ekte gönderilmiş olup; Araştırmacılara gerekli kolaylığın sağlanması hususunda; Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr.Yunus TOPAL  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Komisyon Karar Tutanağı (1 Adet)

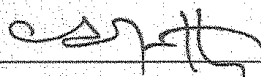

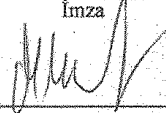
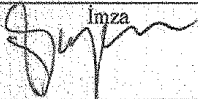

Dağıtım:  
Tokat Dr.Cevdet Aykan Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi  
Tokat Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi

Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Hizmet Binası Hoca Ahmet Mh. Mesrur GÜRGENÇ cd.  
No:4 60100 TOKAT  
Faks No:2144027  
e-Posta:seyhan.ozelce@saglik.gov.tr İnt.Adresi: .

Bilgi için:Seyhan ÖZELCE  
Unvan:EBE

Telefon No:03562121138/1012

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d9105734-c382-471b-a5f9-f0cd0ccd2903 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYON KARAR TUTANAĞI			
	KARAR TARİHİ	TOPLANTI NO	KARAR NO
	08 / 11 / 2018	12	03
KONUNUN ÖZETİ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Yönetimi AD. Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mustafa ORHAN'ın 01.11.2018-05.01.2019 tarihleri arasında Tokat Dr.Cevdet AYKAN Ruh sağlığı ve Hastahıkları Hastanesi ve Tokat Ağız diş sağlığı merkezi yöneticilerine yapmayı planladığı "Sağlık Hizmetlerinde İleri maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama" isimli yüksek lisans tez çalışması.		
KONU: Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama			
KARAR: Komisyon üyelerinin oy birliği ile çalışmanın yapılması uygun görülmüştür. Araştırmaya başlanması için Araştırma İzin Protokolünün imzalanması gerekmekte olup; Müdürlüğümüz Eğitim Birimine (İl Sağlık Müdürlüğü Hizmet Binası 1. kat. oda kapı No:101) şahsen başvurulması gerekmektedir.			
BAŞKAN	ÜYE	ÜYE	
İmza	İmza	İmza	
			
Dr.Cihat ZÜLFÜOĞULLARI Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Başkan Yardımcısı	Dr.Zeynel KALLI Kamu Hast.Hizmt. Başkanlığı Başkan Yardımcısı	Dr.Nilay ELİBOL Halk Sağlığı Hizmt. Başkanlığı Başkan Yardımcısı	
ÜYE	ÜYE		
İmza	İmza		
			
Uzm.Dr.Nimet Pinar BAYSAN Halk Sağlığı Hizmt. Başkanlığı Halk Sağlığı Uzmanı	Uğur ÇIRAK Pers. ve Destek Hizmt. Başk. Başkan Yardımcısı		

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d9105734-c382-471b-a5f9-f0cd0ced2903 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C  
SİVAS VALİLİĞİ  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sivas Şarkışla Devlet Hastanesi



Sayı : 13260107-044  
Konu : Anket Çalışması Talebi - Mustafa  
ORHAN

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
( Müdürlük Makamına )

İlgi : 14/02/2018 tarihli ve 19448395-044-2634 sayılı yazı.

İlgi yazı ile Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Mustafa ORHAN'ın "Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği:Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama" başlıklı tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını 15.02.2018-15.06.2018 tarihleri arasında hastanemizde uygulamasında herhangi bir sakınca bulunmadığına dair Anket Çalışma İzin Talebi belgesi onaylanarak yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereği için bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Uzm.Dr. Yalçın KAYA  
Başhekim

EKİ: 1 Adet Anket Çalışma İzin Talebi Belgesi

Yıldırım Mah. Ülkü Sok. No: 27 58400 Şarkışla / SİVAS

Faks No:03465125100

e-Posta:Erol.dinc@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.sarkisladh.gov.tr

Bilgi için:Erol DİNÇ  
Unvan:TIBBİ SEKRETER  
Telefon No:  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 152d08c4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C  
SİVAS VALİLİĞİ  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sivas Gemerek Devlet Hastanesi



Sayı: 71524649-840/  
Konu: Anket Çalışması Talebi-Mustafa ORHAN

16/02/2018

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 14.02.2018 tarih ve 19448395-044-E.2634 ve sayılı yazısı

İlgi yazı gereği; Mustafa ORHAN' in Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama başlıklı tez çalışması kapsamında hastanemizde araştırma yapması uygun görülmüş olup, araştırma ön izin belgesi yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Muhammet KIZMAZ  
Başhekim V.



EK: Araştırma Ön İzin Belgesi

Adres: Gemerek Devlet Hastanesi

Faks:0346 614 14 62

Tel:0346 614 10 58

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 152d08c4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.





T.C  
SİVAS VALİLİĞİ  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sivas Gürün Devlet Hastanesi



Sayı : 42650666-044  
Konu : Anket Çalışma Talebi-Mustafa  
ORHAN

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ 'NE  
(İdari Hizmetler Başkanlığı)

İlgi : 14/02/2018 tarihli ve 19448395-044-2634 sayılı yazı

İlgi yazıya istinaden Ön İzin Belgesi yazımız ekinde gönderilmiştir.  
Bilgilerinize arz ederim

e-İmzalıdır.  
Uzm.Dr.Aysun ŞAHİN  
Başhekim V.

**EKLER:**  
Ön İzleme belgesi

Burçevi Mah.Malatya Kayseri Karayolu Üzeri Gürün/SİVAS

Bilgi için:Saliha KOLCU

Faks No:3467151092

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşt.

e-Posta:saliha.kolcu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: gurundis.saglik.gov.tr

Telefon No:0346

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 152d08c4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.  
İMRANLI KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Hastanesi Baştabipliği



SAYI : B.10.1.HSK.4.58.48.00/804-1/  
KONU: Anket Çalışması Talebi-Mustafa ORHAN

19/02/2018

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
(Ar-Ge Birimi)

**İlgi:** Sivas İl Sağlık Müdürlüğünün 14.02.2018 Tarih ve 19448395-044-E.2634 sayılı yazısı.

İlgi yazı doğrultusunda Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Mustafa ORHAN "Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde bir uygulama" başlıklı tez çalışması hakkındaki Tez çalışması kurumumuz tarafından uygun bulunmuştur.  
Bilgi ve gereğini arz ederim.

Dr. F.Gülser TİBETLİOĞLU  
Başhekim V.



Eki:  
Anket Çalışması izin Kağıdı

**Adres:** İmranlı İlçe Hastanesi:58980/İMRANLI  
**İnternet Adresi:** imranlisaglik@mynet.com

**Tel:** 0(346)8612003-8612030

**e-mail:** imranlisaglik@mynet.com

**Fax:** 0(346)8613069

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 152d08e4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SİVAS VALİLİĞİ  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sivas Şişehri Devlet Hastanesi



Sayı : 91684243-044  
Konu : Anket Çalışması Talebi-Mustafa  
ORHAN

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
( Müdürlük Makamına )

İlgi : 14/02/2018 tarih ve 19448395-044-E.2634 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınız gereği; Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Mustafa ORHAN'ın " Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği:Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama" başlıklı tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını 15.02.2018-15.06.2018 tarihleri arasında hastanemizde uygulaması tarafımızca uygun görülmüş olup, Hastane İzin Belgesi imzalanarak yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Opr.Dr. Ümit KAYA  
Başhekim

**EKLER:**

1- Hastane İzin Belgesi (1 Sayfa).

SUŞEHİRİ DEVLET HASTANESİ

Faks No:0346 311 48 3

e-Posta:yusuf.ari@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.susehri-dh.gov.tr/

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 152d08e4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Yusuf ARI

Unvan:MEMUR

Telefon No:0346 311 40 08 - 1026



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SİVAS VALİLİĞİ  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sivas Yıldızeli Devlet Hastanesi

SİVAS YILDIZELİ DEVLET HASTANESİ - SİVAS  
YILDIZELİ DEVLET HASTANESİ  
15/02/2018 14:49 - 15344499 - 044 - E.190



00062963189

Sayı : 15844499-044  
Konu : Anket Çalışması Talebi - Mustafa  
ORHAN

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
( Müdürlük Makamına )

İlgi : 14.02.2018 tarih ve 19448395-044-E.2634 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Mustafa ORHAN'ın Anket Çalışması tarafımızca uygun görülmüş olup, Hastane İzin Belgesi imzalanarak yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Uz.Dr.Ömer Faruk ÖZER  
Başhekim V.

Ek: 1- Hastane İzin Belgesi

Fevzi Çakmak Mah.Nazmi Yaraş Cad. No:31/3

Faks No:3467512507

e-Posta:soner.bayram@saglik.gov.tr İnt.Adresi: yildizelidh.@saglik.gov.tr

Bilgi için:Soner BAYRAM  
Unvan:BİLGİSAYAR İŞLETMENİ  
Telefon No:3467512498/1283  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 152d08c4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SİVAS VALİLİĞİ  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sivas Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi

SİVAS DİVRİĞİ SADIK ÖZGÜR DEVLET HASTANESİ -  
SİVAS DİVRİĞİ SADIK ÖZGÜR DEVLET HASTANESİ  
16/02/2018 07:57 - 21810404 - 044 - E.277



Sayı : 21810404-044  
Konu : Anket Çalışması Talebi-Mustafa  
ORHAN

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 14/02/2018 tarihli ve 19448395-044-2634 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Mustafa ORHAN Lisans Öğrencisi Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama" başlıklı tez anketi yapması uygun görülmüş olup, Ön İzin Formu ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Uzm.Dr.Harun Tolga DURAN  
Başhekim.

Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi

Faks No:0346 418 49 91

e-Posta:Ali.caglayan4@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ali.caglayan@saglik.com.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 152d08c4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Ali ÇAĞLAYAN

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:0346 418 10 05 / 1085



T.C  
SİVAS VALİLİĞİ  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sivas Kangal Devlet Hastanesi

SİVAS KANGAL DEVLET HASTANESİ - SİVAS KANGAL  
DEVLET HASTANESİ  
22/02/2018 14:19 - 89848497 - 020 - E.210  
00063461587

Sayı : 89848497-020  
Konu : Anket Çalışması Talebi-Mustafa  
ORHAN Hk.

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
( Müdürlük Makamına )

İlgi : 14/02/2018 tarihli ve 19448395-044-2634 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden anket çalışması için Kurumumuza yapılan başvuruda Kurumumuz tarafından onaylanmış olup onay formu yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Ahmet ÖZGÜR  
Başhekim / Hastane Yöneticisi.

**EKLER:**  
**Onay Formu**

Gürsel Mah. Divriği Cad. No:92 Kangal/SİVAS

Faks No:03464571998

e-Posta:saban.arayan@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 152d08c4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Şaban ARAYAN

Unvan:MEMUR

Telefon No:0346 457 3217 / 122



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Sayı : 95796091-010.07

Konu : Araştırma İzni

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
TKHK - TÜRKİYE KAMU HASTANE BİRLİK  
DAİRE BAŞKANLIĞI  
19.06.2013 10:38 - 95796091/010/4  
01539930


SİVAS KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNE  
(Genel Sekreterlik)

Üniversiteler, diğer özel ve kamu kuruluşları, araştırma görevlileri veya şahıslar tarafından Kurumumuza bağlı 2 inci ve 3 üncü basamak sağlık tesisleri ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde hasta ve/veya çalışanları kapsayacak şekilde araştırma, tez çalışması, anket ve benzeri çalışmaların yapılması konusunda izin talebinde bulunmaktadır.

Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul Ve Esaslar Hakkında Yönerge kapsamında bulunmayan söz konusu çalışmalarla ilişkin izin/onay taleplerinin, çalışmaya başlama sürecinin ve bürokrasinin azaltılması bakımından Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerince mevzuat ve bilimsel esaslar çerçevesinde değerlendirilerek izin verilmesi uygun görülmüştür.

Bu çerçevede; Başvuruların Kurumumuzla yazışmaya gerek kalmadan mahallinde değerlendirilip sonuçlandırılması, çalışmaların sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ekte gönderilen başvuru formundaki bilgilerin göz önünde bulundurulması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, kaydıyla izin taleplerinin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerince değerlendirilerek sonuçlandırılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Dr. Hasan ÇAGIL  
Kurum Başkanı

EK:  
Başvuru Formu (2 sayfa)

DAĞITIM:  
87 Kamu Hastaneleri Birliğine (Genel Sekreterlik)  
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına

Kamu Hastane Birlikleri Daire Başkanlığı  
Nasuh Akar mah. Ziyabey Cad. 1407. sok. No:4  
Balgat-Çankaya/Ankara

Ayrıntılı bilgi için irtibat: N. GÜNERİ  
Tel: 0(312)705 16 76  
Faks: 0(312)705 15 98

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 60880804-1848-4868-852c-a13744b1-6a23 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Zara Devlet Hastanesi

Sayı :82502066/  
Konu : Anket Çalışması -Mustafa ORHAN

19.02.2018

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi:14/02/2018 tarih ve 19448395-044-E.2364 sayılı yazı;

İlgi tarih ve sayılı yazınız gereği Mustafa ORHAN'ın hastanemizde anket çalışması yapması uygun görülmüş olup,ön izin belgesi yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Rüşan SÜMBÜLOĞLU  
Başhekim V.

Ek: Ön İzin Belgesi(1 Sayfa)

Adres: Şehitler Mah.İsmet Paşa Cad. Hükümet Konağı Karşısı Zara/SİVAS Tel:(0346)8161026 Faks:0346)8162169  
Web Adresi: [www.zaradh.saglik.gov.tr](http://www.zaradh.saglik.gov.tr) e-mail: saglik.zara.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 152d08c4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.





T. C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ZARA DEVLET..... HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda,  
gereğini arz ederim.

Ad Soyadı M. O. OKHAN  
Tarih 12.02.2018  
İmza

Araştırmanın;

Adı:	Sağlık hizmetlerinde ileri Mediyet Yönetim Yönelimlerinin Uygulanabilirliği: Hükümet binde bir uygulama
Amacı:	Ş. Sağlık hizmet bölge hastanelerinde ileri Mediyet yönetim yaklaşımının uygulanabilirliği ve yönlendirici görevlerinin belirlenmesi
Yöntemi:	Görüşme ve Anket Çalışması
Uygulanacağı Yerler:	Sivas ve Zarat Kamu ve Üniversite Hastaneleri
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	CÜBAP:
Başlama Tarihi ve Süresi:	15.02.2018 - 15.06.2018
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Yardımcı Doçent İris Bulut BİÇER

NOT: 1- Araştırma çalışmaları başvuru formu ile birlikte hastaneye başvuru yapılmalıdır.

2- İş bu form araştırma/çalışmanın kurumda yapılabilmesi için Hastane Yöneticiliğinin uygun görüşü ifade ettiği için araştırmaya başlamak için yeterli değildir. Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Komisyon onayı ile birlikte protokol imzalandığı takdirde araştırmaya/çalışmaya başlanabilecektir.

HASTANE YÖNETİCİSİ

Uygundur

İmza

19/02/2018

Dr. Rüşan S. M. ÖLÜĞLU

Zara Devlet Hastanesi

Dip. Tesc. No: 71836

Başhekim

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 152d08c4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C  
SİVAS VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 19448395-044  
Konu : Anket Çalışması Talebi-Mustafa  
ORHAN

Sn. MUSTAFA ORHAN

İlgi : a) Mustafa ORHAN 'ın 12/02/2018 tarihli Anket Çalışması için İzin Talebi  
b) TKHK Kamu Hastane Birlik Daire Başkanlığının 19.06.2013 tarih ve  
95796091-010.07 sayılı yazısı

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Mustafa ORHAN 'ın " Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama " konulu anket çalışması başvurusu İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilmiştir.

İlgi (a) tarih ve sayılı yazıda belirtilen çalışmanın,TKHK Kamu Hastane Birlik Daire Başkanlığının ekte de yer alan ilgi (b) tarih ve sayılı yazısı gereği, çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak, sonucun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi hususları dikkate alınarak ekte yer alan hastanelerde yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Fethullah Selçuk  
MOĞULKOÇ  
İl Sağlık Müdürü

**EKLER:**

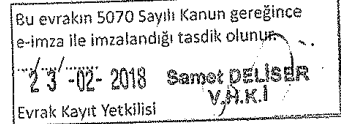
- Anket Çalışması Talebi -Mustafa ORHAN (12 hastane Ön İzin Belgesi )
- TKHK Anket Çalışması Yazısı

**Gereği:**

-Mustafa ORHAN

**Bilgi:**

-İmranlı DH. ,Gürün DH. ,Şarkışla DH.  
Numune Hast. , Zara DH. , Gemerek DH  
Akıncılar DH. ,Suşehri DH. ,Gölova DH  
Divriği DH., Yıldızeli DH. , Kangal DH:



Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadıburhanettin Mah.  
Demiryolu Cad. No:7 SİVAS  
Faks No:03462258088

e-Posta:aysegul.ozturk13@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://sivas.khb.saglik.gov.tr/

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 152d08c4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Ayşe Gül ÖZTÜRK

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0346 225 80 80 /



T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
NUMUNE HASTANESİ

Sayı: 9448395-044  
Konu: Anket Çalışması Talebi- Mustafa ORHAN



SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Mustafa ORHAN " Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetim Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama" başlıklı tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını 15.02.2018 -15.06.2018 tarihleri arasında hastanenizde uygulamak istemektedir. Konunun tarafımızca değerlendirilerek uygun görülmüş olup;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. E./Ertan TEMİZÖZ  
BAŞHEKİM

EK : 1. Araştırma Ön İzin Belgesi(2 sayfa)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 152d08c4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



00063061816

T.C  
AKINCILAR KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 91649528-044/  
Konu : Anket Çalışması Talebi  
Mustafa ORHAN

16/02/2018

SIVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
(Ar-Ge Birimi)

İLGİ: 14/02/2018 tarih ve 044-E.2634 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Birimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Mustafa ORHAN'ın tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını 15.02.18 – 15.06.2018 tarihleri arasında hastanemizde uygulamak istemesi tarafımızca uygun görülmüş olup, ilgi yazı ekinde yer alan Hastane İzin Belgesi ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr.Faruk ÖMÜR  
Başhekim

EK:  
Hastane İzin Belgesi (1 Adet)

ADRES:Akincılar İlçe Hastanesi -58550 Akincılar/SIVAS  
TEL: (0 346) 361 5010 FAKS:(0346) 361 5433  
EMAIL:akincilarsaglik\_58@hotmail.com

Bilgi İçin: Eren HASBEK  
Unvan : TIBBİ SEKRETER  
Dahili: 119

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 152d08c4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.  
GÖLOVA KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 514652256-  
Konu :Anket Çalışması Talebi-Mustafa  
ORHAN

16/02/2018

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : İl Sağlık Müdürlüğünün 14.02.2018 tarih ve E.2634 sayılı yazıları.

İlgi yazıya istinaden Mustafa ORHAN tarafından yapılacak olan anket çalışması Kurumumuzca uygun görülmüş olup,ön izin belgesi yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr.Burak KAYA  
Başhekim

Ek: Ön İzin Belgesi

16.02.2018 V.H.K.İ.Y.İLGÜN

ADRES:İlçe Hastanesi Başhekimliği-58640-Gölova/SİVAS-Tel:0 346 381 2021 Faks:0 346 381 2024  
E-mail: [sivasdhs3@saglik.gov.tr](mailto:sivasdhs3@saglik.gov.tr)



T. C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

..... HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda,  
gereğini arz ederim.

Ad Soyadı: Mustafa ORHAN  
Tarih: 12.02.2018  
İmza:

Araştırmanın;

Adı:	Sağlık hizmetlerinde ileri tıbbiyat yanastım
Amacı:	Yaklaşımın Uygulanabilirliği; Halka tanıtılabilir uygulama Sağlık hizmet balyası hastanelerinde ileri tıbbiyat yanastım yaklaşımın uygulanabilirliği ve yönelik gereksinim belirlenmesi
Yöntemi:	Girisimsel olmayan Anket Çalışması
Uygulanacağı Yerler:	Sivas ve Tokat Kamu ve Üniversite Hastaneleri
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	CÜBAP:
Başlama Tarihi ve Süresi:	15.02.2018 - 15.06.2018
Tez Çalışması ise Danışman	
Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Yardımcı Doçent İsmail Baki RİÇER

NOT: 1- Araştırma çalışmaları başvuru formu ile birlikte hastaneye başvuru yapılmıştır.  
2- İş bu form araştırma/çalışmanın kurumda yapılabilmesi için Hastane Yöneticiliğinin uygun görüşü ifade ettiği için araştırmaya başlamak için yeterli değildir. Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Komisyon anayı ile birlikte protokol imzalandığı takdirde araştırmaya/çalışmaya başlanabilecektir.

HASTANE YÖNETİCİSİ

Uygundur

İmza

16.02.2018

Dr. Burak KAYA  
İlçe Sağlık Müdürü  
TSA Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Sağhekim

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ddc1d8dd-99e4-4231-acd1-9fa3f948a312 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 152d08c4-c85c-4e62-9cae-c1754dbefa28 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C  
ULAŞ KAYMAKAMLIĞI  
Entegre İlçe Hastanesi



Sayı : 89638229-044  
Konu : Uygulama İzni

T.C  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: 30.10.2018 tarih ve 044-E12909 sayılı yazınız

İlgi tarih ve sayılı yazıda belirtilen çalışmanın, sağlık tesisimizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak, sonucun Başhekimliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususları dikkate alınarak yapılması Başhekimliğimiz tarafından uygun görülmüştür.

e-İmzalıdır.  
Uzm.Dr. Muhammet Ali İÇCİ  
Başhekim

Mustafa Orhan

Zeynep DASTAN  
Tıbbi Sekreter  
Güvenli Elektronik İmza  
Aslı Ayhan  
09.11.2018

Hürriyet Mahallesi Sağlık Sokak No: 15  
Faks No:0346 7812024

e-Posta:harun.kiris@saglik.gov.tr İnt.Adresi: H.KİRİŞ 0346 7812017/122

Bilgi için:Harun KİRİŞ  
Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:(0)346 7812017/ 122

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3576c769-4b10-4ed3-aec9-d3b5b7fb1eef kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C  
HAFİK KAYMAKAMLIĞI  
Hafik Entegre İlçe Hastanesi

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAS HAFİK  
ENTEĞRE İLÇE HASTANESİ  
24/11/2018 12:31 - 57650327 - 044 - E.1266



Sayı : 57650327-044  
Konu : Uygulama İzni

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 30.10.2018 tarihli ve E.12909 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden Enstitünüz yüksek lisans öğrenciniz Mustafa ORHAN'ın tez çalışması kapsamında gönderilen anket Hastane Müdürümüz Mehmet Fatih KARASU tarafından doldurularak yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Sümeyye CEVAHİR  
Başhekim

Ek:Anket (12 Sayfa)

Koç Mahallesi Ortayol Caddesi No:2 Hafik /SİVAS  
Faks No:0346 8412012

e-Posta:ozge.yildirim1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ö.YILDIRIM  
841 25 08/132

Bilgi için:Özge YILDIRIM  
Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0(346) 841 25 08/132

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 28b0ee78-4971-490b-a18e-33ce8710a7ca kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.





T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi  
Başhekimliği

Sayı : 93596471-044-E.291710  
Konu : Anketler

28/02/2018

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi : 26/02/2018 tarihli ,30182376-291152 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mustafa ORHAN "*Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama*" başlıklı tez kapsamında hazırladığı anket çalışmasını 15 Şubat 2018-15 Haziran 2018 tarihleri arasında Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz bünyesinde yapması uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. Ahmet YILMAZ  
Başhekim

Öğrenciye verilecek

Adres:Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas  
Telefon:0 346 2581326 Belgegeçer:0 346 258 0024  
e-Posta:hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ:www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için: Elif KILIÇ  
Unvanı: Firma Personeli

**Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır**



T.C.  
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Genel Sekreterlik

Sayı :23845617-044/  
Konu :Anket Uygulama İzni

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 26.02.2018 tarih ve 1578 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mustafa ORHAN'ın "Sağlık Hizmetlerinde İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarının Uygulanabilirliği: Hastane Yöneticilerinde Bir Uygulama" konulu anket çalışmasını Üniversitemiz Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde uygulama talebi Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize arz ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof. Dr.Mücahit EĞRİ  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

*Öpürüne verilecek*

Mevcut Elektronik Ortam İçin : [https://ebys.gop.edu.tr/en/Vision/Validate\\_doc.aspx?V=BEAM40FH6](https://ebys.gop.edu.tr/en/Vision/Validate_doc.aspx?V=BEAM40FH6)

MÜCAHİT EĞRİ - (Bilgisayar İşletmeni) Taşlıçiftlik Yerleşkesi 60150 Tokat/Türkiye		Bilgi için: A.DÖKER Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni
Tel: (0356)2521616 Faks: (0356)2521625	E-Posta: gensek@gop.edu.tr Elektronik ağı: gensek.gop.edu.tr	KeP Adresleri : gaziosmanpasa.universitesi@hs03.kep.tr gou@hs01.kep.tr (tebligat adresi) gaziosmanpasauni.hastane@hs03.kep.tr





Mustafa ORHAN

30.10.2017 Pzt 17:59

...

Oğuzhan Hocam selamlar. Cumhuriyet Üniversitesi'nde Sağlık Yönetimi Bölümünde Yüksek Lisans yapmaktayım. Şu an tez aşamasında olmakla birlikte yapmış olduğunuz doktora tezini inceledim. Kapsamını değiştirerek kullanmak istiyorum. Anket çalışmanızı kullanmamın bir sakıncası olur mu sormak istedim. İlginiz için teşekkür ederim.



oğuzhan çarıkçı

@hotmail.com

↩ ↪ → ...

>

30.10.2017 Pzt 21:18

Siz ✓

atf yapıp kullandığınız, yanı belirttiğiniz taktirde sıkıntı yok iyi çalışmalar

...

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Mustafa ORHAN
Doğum Yeri ve Tarihi	Mersin - 1992
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, 58140-Sivas
E-posta Adresi	<a href="mailto:mustafaorhan33@hotmail.com">mustafaorhan33@hotmail.com</a>

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Bozyazı Anadolu Lisesi 2011
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2016
Yüksek Lisans	Sivas Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019