

T.C. İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HASTANELERDE KAPASİTE PLANLAMASI, SWOT ANALİZİ YÖNTEMİ,
MALİYET HESAPLAMASI VE MALİYET MİNİMİZASYONU İLE İLGİLİ
ÖZEL BİR HASTANE UYGULAMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ömer KURNAZ

Anabilim Dalı: İşletme

Programı: Kalite ve Üretim Yönetimi

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Rıfat Gürcan ÖZDEMİR

İSTANBUL

2012

ÖNSÖZ

“HASTANELERDE KAPASİTE PLANLAMASI, SWOT ANALİZİ YÖNTEMİ, MALİYET HESAPLAMASI VE MALİYET MİNİMİZASYONU İLE İLGİLİ ÖZEL BİR HASTANE UYGULAMASI” isimli tez çalışmamın yürütülmesi sırasında benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve bana yön veren çok değerli tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Rıfat Gürcan ÖZDEMİR’e sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca tezin fikir oluşumu esnasında ki cesaret ve motive edici desteklerinden ötürü Sayın H.Ozan YAŞAR’a, çalışmakta olduğum kurumda ki değerli yöneticilerim Sayın Mustafa HAYTA, Reşat BAHAT ve Sedat AZAK’a ayrıca yönetici ve ekip arkadaşlarıma, değerli paylaşımları ve desteklerinden dolayı hem özel hem kamu hastanelerinde çalışan bir çok iş ve yakın arkadaşlarıma teşekkür ederim. Bunun yanında benden manevi desteğini hiç bir zaman esirgemeyen sevgili aileme sonsuz teşekkürler.

ÖMER KURNAZ

İstanbul-2012

HASTANELERDE KAPASİTE PLANLAMASI, SWOT ANALİZİ YÖNTEMİ, MALİYET HESAPLAMASI VE MİNİMİZASYONU İLE İLGİLİ ÖZEL BİR HASTANE UYGULAMASI

ÖZET

Gelişmiş ve Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda sağlık hizmetlerinin maliyetleri yükselmektedir. Buna karşılık hizmetlerin götürüldüğü kitlenin sağlığının geliştirilmesi anlamında eldeki kıt kaynaklarla üretilen sağlık hizmetlerini pahalılaştığı şeklindeki tartışmalar süreklilik arz eder hale gelmektedir. Günümüzde, sağlık sektöründe tıkanıklığa neden olan sorunların temelinde faaliyet ve kaynak planlamasında yapılan yanlışlıklar bulunmaktadır.

Gerek hastaneler, gerekse finansman kuruluşları hastanelerde bilimsel maliyet muhasebesi uygulamasının yeterince gelişmiş olmaması nedeniyle ödeme yönteminin gerçek maliyetleri karşılayıp karşılamadığını bilememektedir.

Bu durum karşısında genel bazlı ve birim bazlı maliyet çalışmalarının tam yapılamaması, gelir anlamında ki kısıtlamalarla birlikte finansal güçlük çeken hastaneler ve grubu oluşmaktadır. Günümüzde bu durumla karşılaşan kurumlar birleşme, satılma, kapanma veya hizmet sunuculuğunu kısmi süreli askıya alma yollarına başvurmaktadır.

Gelirlerin hesaplanabildiği kadar giderlerinde aynı yöntemle planlaması ve kontrolü gerekmektedir. Yönetilmek için önce ölçmek gerekir fikriyle yola çıkan hastaneler zor koşullar ve kısıtlı kaynaklarla gelecek hakkında daha net bir yol görebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastanelerde Maliyet, Swot Analizi, Kaynak Yönetimi ve Kapasite Planlaması.

IN HOSPITALS CAPACITY PLANNING, SWOT ANALYSIS, COST
CALCULATION AND MINIMISATION WITH A SPECIAL HOSPITAL
PRACTICE

ABSTRACT

The costs of health care is rising in most developed and developing countries. However, the debates of the way people were taken to the services in terms of health promotion health services produced with the available scarce resources have become continually. Today, the basis of the problems that cause congestion are inaccuracies in the activity and resource planning in the health sector.

Both hospitals and funding agencies due to lack of sufficiently developed in the scientific application of cost accounting in hospital does not know the actual costs of meeting the payment method.

Faced with this situation general based and unit based cost analysis could not make completely, restrictions in terms of revenue with the financial difficulties that consists of hospitals and group. Today institutions faced with this situation refers to ways of making mergers, selling, closing or suspending service for part-time presenter.

Expenses should control and plan the way same as revenue to be calculated. With difficult conditions and limited resources, hospital which set out with the idea of to be governed the first thing is to be measured hospitals are able to see more clearly way about the future.

Keywords: Cost in the Hospitals, Swot Analysis, Resource Management and Capacity Planning.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
TABLO ve ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix

1.BÖLÜM

1.HASTANE KAVRAMI.....	4
1.1. Hastanelerin Tanımı.....	4
1.2. Hastanelerin Amaçları.....	5
1.2.1. Genel Amaçlar.....	5
1.2.2. Özel Amaçlar.....	6
1.3. Hastanelerin Fonksiyonları.....	7
1.3.1. Tıbbi fonksiyonlar.....	7
1.3.2. İdari Fonksiyonlar.....	7
1.3.3. Mali Fonksiyonlar.....	7
1.3.4. Teknik Fonksiyonlar.....	8
1.3.5. Eğitim ve Araştırma Fonksiyonu.....	8
1.3.6. Sosyal Fonksiyonlar.....	8
1.4. Hastanelerde Verilen Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	9

2.BÖLÜM

2. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA POLİKLİNİK HİZMETLERİ.....	10
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	10
2.1.1. Birinci Basamakta Sağlık Hizmetleri.....	10
2.1.2. İkinci ve Üçüncü Basamakta Sağlık Hizmetleri.....	12
2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri.....	13
2.2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmet Sunumunun Gelişimi.....	13
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri.....	16

3.BÖLÜM

3. MALİYETLEME İLE İLGİLİ TEMEL BİLGİLER VE İLİŞKİLERİ.....	20
3.1. Maliyet, Gider, Harcama ve Maliyet Gideri Kavramları.....	21
3.1.1.Maliyet Kavramı.....	21

3.1.2. Gider Kavramı	21
3.1.3. Harcama Kavramı.....	22
3.2. Maliyet, Gider ve Harcama Arasındaki İlişkiler	23
3.2.1. Maliyet - Gider İlişkisi	23
3.2.2. Gider-Harcama ilişkisi.....	25
3.2.3. Maliyet- Gider -Harcama İlişkisi	25
3.3. Maliyet-Fayda İlişkisi.....	26
3.4. Üretim Maliyetleri	27
3.4.1. İlk Madde ve Malzeme Maliyetleri	27
4.BÖLÜM	
4. MALİYET DENETİMİ.....	30
4.1. Maliyet Denetimi İhtiyacı.....	30
4.2. Maliyet Denetimi İhtiyacı.....	31
4.3. Maliyet Denetiminin Yararları	32
4.4. Maliyet Denetim Süreci.....	34
4.4.1. Maliyet Denetiminin Planlanması	34
4.4.2. Maliyet Denetiminin Uygulanması	36
4.4.3. Maliyet Denetiminin Tamamlanması ve Raporlanması.....	44
4.5. Maliyet Denetimi ve Mali Rapor Hazırlayıcılar.....	44
5.BÖLÜM	
5. KAPASİTE PLANLAMASI VE KAYNAK YÖNETİM.....	46
5.1. Sağlık Sektöründe Kapasite Durumu ve Kaynak Kullanımı.....	46
5.2. Temel Kavramlar	52
5.2.1. Tesis Yönetimi	52
5.2.2. Teknoloji Yatırımlarının Yönetimi	57
5.2.3. Personel Yönetimi	60
5.2.4. Sürekli iyileştirme	61
5.2.5. Performans Ölçümü.....	63
6.BÖLÜM	
6. SWOT ANALİZİ	66
6.1 Giriş	66
6.2 Swot Analizinde İçsel ve Dışsal Durum Göstergeleri.....	69
6.2.1 İçsel Durum Göstergeleri:	

6.2.2 Dışsal Durum Göstergeleri	71
6.3 Swot Matrisi	77

7.BÖLÜM

7. ÖZEL BİR HASTANEDE UYGULAMA ÖRNEKLERİ	78
7.1. Yurtdışında Uygulanan Doktor ve Hemşire Nöbet Çizelgeleme Teknikleri ve Nöbet Çizelgeleme Çalışmaları	78
7.1.1. Doktor ve Hemşire Nöbet Çizelgelemesi ile ilgili Yurtdışında Yapılan Çalışmalar	78
7.1.2. Doktor ve Hemşire Nöbet Çizelgelemesi	80
7.1.3. Çizelgeleme Uygulaması	85
7.2. Sağlık Hizmetindeki Kapasite ve Veri Hesaplanması	87
7.2.1. Kapasite Kullanım Oranı	87
7.2.2. Operasyon Hekim Oranı	88
7.2.3. Ortalama Yatış Süresi	89
7.2.4. Poliklinik Hizmet Oranı	90
7.2.5. Yatak Devir Hızı	92
7.2.6. Yatak İşgal Oranı	93
7.2.7. Yatan Hasta Oranı	94
7.3. Maliyet Çalışması Uygulaması	96
7.3.1. Maliyet Analizi Metodolojisi	96
7.3.2. Maliyet Analizini Amaçları	96
7.3.3. Maliyet Analizinin Aşamaları	96
7.3.4. Maliyet Merkezlerinin Belirlenmesi	97
7.3.5. Maliyetlerin Belirlenmesi	101
7.3.6. Direkt Maliyetlerin Dağıtılması	108
7.3.7. Endirekt Maliyetlerin Belirlenmesi	109
7.3.8. Birim Maliyetlerin Belirlenmesi	113
7.3.9. Maliyet Analizi Sonuçları	114
7.3.10. Birim (Ortalama) Maliyetler	153
7.3.11. Gelir Özeti	156
7.3.12. Gelir Gider Etkinliği	160
7.4. SWOT Analizi Uygulaması	1603

8.BÖLÜM

8.FİNANSAL TABLO ANALİZİ	167
8.1. Bilanço	167

8.2. Gelir Tablosu.....	169
8.3. Finansal Oranlar	170
8.4. Likidite Oranları	171
8.5. Finansal Yapı Oranları	173
8.6. Faaliyet Oranları.....	175
8.7. Karlılık Oranları.....	178
SONUÇ	181
EKLER	1866
KAYNAKÇA	200

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1. SWOT Gözlüğü
- Şekil 2. Organizasyonun İçinde Bulunduğu Çevreler ve Bunların Bileşenleri
- Şekil 3. Maliyet Analizi Metodolojisi
- Şekil 4. Medixy Hastanesi Malzeme Hareketleri
- Şekil 5. Gider Kalemlerine Göre Toplam Maliyetler
- Şekil 6. Endirekt Maliyetlerin Dağıtılması
- Şekil 7. Gelir Kalemlerine göre Hastane Gelirleri

TABLolar DİZİNİ

- Tablo 1. Özel Medixy Hastanesi'nin Esas Üretim Gider Merkezleri
- Tablo 2. Genel Üretim Giderleri
- Tablo 3. Diğer Giderlerin Türlerine Göre Dağılımı
- Tablo 4. Kira Giderlerinin Dağılımı
- Tablo 5. Çalışmada Kullanılan Dağıtım Kriterleri
- Tablo 6. Gider Kalemlerine Göre Toplam Maliyetler
- Tablo 7. Bölümlerin Direkt Maliyetleri (Tablo 7'in türevleri)
- Tablo 8. Endirekt Giderlerin Dağıtılması (Tablo 8'in türevleri)
- Tablo 9. Ameliyat İstatistikleri ve Ameliyathane Kullanım Skorları
- Tablo 10. Genel Yönetim Giderleri ve Diğer Giderlerin Yüklenmesi (Tablo 10'un türevleri)
- Tablo 11. Poliklinik Birim ve Ortalama Maliyetleri

Tablo 12. Servis (Hasta Günü) Maliyetleri

Tablo 13. Gelir Kalemlerine göre Hastane Gelirleri

Tablo 14. Hastane Gelirlerinin Tür ve Bölümlere Göre Dağılımı (Tablo 14'ün türevleri)

Tablo 15. Bölümlere Göre Hastane Gelir Gider Durumu

Tablo 16. Bilanço

Tablo 17. Gelir Tablosu

Tablo 18. Finansal Oranlar

KISALTMALAR

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

BUT: Bütçe Uygulama Tebliği

AÇS: Ana ve Çocuk Sağlığı

TTB: Türk Tabipler Birliği

GÜM : Genel Üretim Maliyetleri

GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla

GHÜM : Genel Hizmet Üretim Maliyetleri

FIFO : İlk Giren İlk Çıkar

LIFO : Son Giren İlk Çıkar

NIFO : İlk Gelecek Olan İlk Çıkan

BM: Birim Maliyet

VUK: Vergi Usul Kanunu

GİRİŞ

Sağlık sektöründe ki özel sağlık hizmet sunucuları; 2003 öncesi SSK, 2003 yılından bu yana kademeli olarak önce emekli sandığı emeklilerine ve daha sonra devlet memurlarına daha sonrasında da tüm Sosyal Güvenlik Kurumu mensuplarına sağlık hizmeti vermekteyiz. Bu süreçte 2003 yılı itibarıyla % 57.1 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2011 yılı itibarıyla % 69.7'e yükselmiştir.(www.saglik.gov.tr)

Hizmette bu memnuniyet oranında ki artışla beraber teknolojik gelişmelerin yakından takip edilmesi, tıbbi hizmetlerine ayrılan araştırma geliştirme bütçeleri ve yüksek kalite de hizmet verme gayesi sonucunda maliyetler de artış önemli hale gelmiştir. Bunlara ek olarak özellikle tıbbi cihaz, ilaç ve malzeme anlamında yurtdışına bağımlılık sonucunda fiyat avantajlarının oluşmaması dalgalı seyreden döviz kuru gibi etkenler sonucunda maliyetlerin artışında süreklilik olmuştur. Buna karşın hasta dağılımı açısından SGK'ya bağımlı hastanelerin durumu; Hizmet verilen alanlarda hizmetlerin fiyatlarında 2005 yılından bu yana, Bütçe Uygulama Talimatı ve Sağlık Uygulama Tebliği fiyatlarında sabit kalan fiyatlarla beraber, kısmı artış olan bazı alanların fiyat düşüşleri de olmuştur.

Sabit maliyetler, sarf malzeme ve ilaç giderleri ve personel giderleri sürekli artmasına rağmen, düşen/artmayan SUT fiyatları özel sağlık sektörü zor durumda bırakmış ve hizmetin sürdürülebilirliğini zora sokmuştu. Bu durumda sağlık sunucuları maliyet düşürme konusuna daha öncelik vermek durumunda kalmıştır.

Kaynakların etkin kullanımı için sunulan hizmetlerin maliyetlerinin güvenilir bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Bunun sağlanması için de faaliyetler ve maliyetler sürekli bir şekilde denetlenmelidir. İşte bu durum özellikle sağlık kuruluşlarında maliyet denetimi ihtiyacını bir zorunluluk olarak ortaya çıkarmaktadır.

Ülkemizde sağlık sektöründe yaşanan en önemli sorunlardan biri maliyetlerin doğru olarak belirlenmemesidir. Maliyetlerin doğru olarak belirlenmesi, hem hastanedeki

girdilerin planlanması ve kontrol edilmesi, hem de sunulan sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması bakımından önemlidir.

Ülkemizdeki sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak, sosyal devlet anlayışının bir gereği olarak kamu sağlık kurumları tarafından yerine getirilmekte ve bu hizmetlerin önemli bir kısmı da kamu hastanelerince sunulmaktadır. Sosyal devlet anlayışının gereği olarak, söz konusu hastanelerde fiyatlar maliyete göre değil, Maliye Bakanlığı'nca belirlenen tarifeye göre oluşturulmaktadır. Bu durum yedinci beş yıllık kalkınma planında açıkça belirtilmiştir. Söz konusu planda maliyet muhasebesi tekniklerinin kullanılmamasından dolayı, maliyet unsurlarının tamamının hesaba katılmadığı, sunulan hizmetin fiyatlandırılmasında gerçek maliyetlerin yeterince dikkate alınmadığı ve verilen hizmet bedelinin ancak bir kısmının hastalardan alınabildiği ifade edilmektedir.

Sosyal devlet anlayışı kapsamında sunulan hizmetlerin ve kamu hastanelerinin amacının kâr olmaması, sunulacak hizmet maliyetinin ve bundan sağlanacak yararın bilinmesine engel değildir. Aksine, sosyal amacın gerçekleştirilmesinde ve yaygınlaştırılmasında maliyet verileri ve bu verilerin denetimi ile sağlanacak etkinlik ve verimlilik sayesinde kaynaklar daha rasyonel kullanılarak kamusal amaçlara daha kolay ulaşılabilecektir.

Hastanenin hizmet sunan bütün hizmet merkezlerinin ihtiyaçlarının tespitinde ve sunulan hizmetlerin değerlendirilmesinde maliyetlerin ortaya konulmasına ihtiyaç vardır. Hastanelerde hizmet üretim ve sunum maliyetlerinin gerçek anlamda saptanabilmesi, hastanenin maliyet fonksiyonunun belirlenerek yönetim tarafından müdahale edilebilir maliyet değişkenlerinin denetlenip tanımlanması ile mümkündür. Kıt kaynaklarla hizmet sunan sağlık sektörünün, sağlık göstergelerinde anlamlı bir gelişme sağlayabilmesi için mevcut kaynakları etkin ve verimli kullanması gerekmektedir. Kaynakların etkin ve verimli kullanılması, faaliyetlerin etken ve etkili bir şekilde kullanılmasına bağlıdır.

Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin maliyetlerinin yüksekliği ve hızlı artışı, maliyetlerin denetimini zorunlu kılmaktadır. Maliyetleri denetlemek üzere yapılacak işlemlerden biri maliyet denetimini mali denetimden ayrı olarak yürütmektir. Maliyet

denetimi yoluyla, gereksiz kaynak kullanımı tespit edilecek ve maliyet tasarrufu sağlanabilecektir.

Hastanelerde yürütülen rasyonel bir maliyet denetimi, zaten kısıtlı olan kaynakların optimum kullanımını ve olumsuz sonuçların en aza indirilmesini sağlayacaktır. Hastanelerdeki hizmet üretim süreci, karmaşık bir yapıya sahiptir. Her hastanın ihtiyaç duyduğu teşhis ve tedaviye göre farklı işlem yapılmaktadır. Her hastaya farklı işlem yapılması hastanelerde maliyetleme çalışmalarını da zorlaştırmaktadır.

Sağlık kurumlarında ortaya çıkan bu zorluk, hastanelerdeki maliyetleme yaklaşımlarını incelemek ve uygulanabilir bir maliyet denetimi modeli geliştirilmesini bir ihtiyaç haline getirmiştir.

1.BÖLÜM

1.HASTANE KAVRAMI

Hastaneler, sağlık hizmeti üretimi ile uğraşan ve sağlık sektörünün içerisinde gerek tükettiği kaynakların büyüklüğü gerekse sunduğu hizmetlerin önemliliği nedeniyle en büyük yeri kapsayan işletmeleridir. Bu nedenle araştırmanın bu bölümünde hastanelerin tanımına, amaçlarının ne olduğuna, fonksiyonlarına ve sunduğu hizmetlere yer verilecektir.

1.1. Hastanelerin Tanımı

Tedavi hizmetlerinin en büyük üreticisi durumunda olan hastaneler, Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliği'nde aşağıdaki gibi tanımlanmıştır: "Hasta ve yaralıların hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayakta veya yatarak izleme (müşahade), muayene, tanı (teşhis), tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumlar"(Özmen; 2001:383).

Hastane, sağlık hizmetlerine uygun yetiştirilmiş tıbbi, hemşirelik, idari ve teknik personel tarafından yeni tıbbi bilgi ve tekniklerin beceriyle uygulanması suretiyle sağlık hizmeti sunulan, modern yönetim ve organizasyon ilkelerine göre sevk ve idare edilen karmaşık bir organizasyon olarak tanımlanabilir (Özdemir; 2001:1278). İdeal yapıdaki modern bir hastane, hastalığı olan insanların hastalıklarının araştırıldığı ve bu kişilere sağlık hizmeti sunulan, aynı zamanda tıp öğrencilerine, hemşirelere ve hemen hemen tüm sağlık profesyonellerine klinik eğitim sağlanan yerdir (Wolper; 1995:10). Diğer bir tanımla hastaneler; her türlü sağlık hizmetinin ekonomik ve kesintisiz olarak üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, kârın geri planda kaldığı, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendine özgü özellikler gösteren bir hizmet işletmesi türüdür.

Hastanelerin amaçlarından en önemlisi hasta beklentilerinin karşılanmasıdır. Hastanelerin hasta ve yaralıları tedavi etme yanında birey ve toplum sağlığına olan

etkisi de teşhis ve tedavi kadar önemlidir. Bu nedenle hastaneler kârlılık değil sosyal sorumluluk amacının baskın olduğu işletmeler olarak tanımlanırlar (Akar ve Özalp; 2001:58). Hastaneler, hizmet üretim kapasitesi ve sağlık harcamaları bakımından sağlık sisteminin en önemli alt sistemidirler (Kavuncubaşı; 2000:76). Sistem yaklaşımıyla bir bütün olarak tanımlandığı gibi, hastanelerdeki her hizmet biriminin hastane işlevlerinin yürütülmesinde katkısı olan alt işlevleri ve bu alt işlevleri gerçekleştirmek üzere bir araya getirilerek organize edilmiş elemanları ve kaynakları bulunması sebebiyle içinde barındırdığı çeşitli hizmet birimlerini de birer alt sistem olarak tanımlamak mümkündür (Schulz ve Johnson; 1983:107). Bu tanımların ışığı altında hastane yöneticileri de yukarıda sıralanan amaçları gerçekleştirmek için hastane kaynaklarının optimum düzeyde kullanılmasını planlayan ve üretilecek hizmetler için gerekli girdileri kontrol altında bulunduran kişi olarak nitelendirilir (Menderes; 1994:2).

1.2. Hastanelerin Amaçları

Hastanelerin çeşitli gruplara ayrılması, onların amaç ve fonksiyonlarını ön plana çıkarmaktadır. Geçmiş asırlarda düşkün ve yoksulların barındırıldığı yerler olan ilk sağlık kuruluşlarından günümüz modern hastanelerine kadar hastane amaç ve görevleri de büyük ölçüde değişmiştir. Tıbbi bakım, teşhis ve tedavi hizmetlerinin sunulmasının yanında, eğitim ve araştırma görevlerini de üstlenmesi, bu gelişimin kapsamını genişletmiş ve hastanelerin yükünü ağırlaştırmıştır (Özdemir; 2001:1279). Hastanelerin amaçlarını, diğer işletmelerde olduğu gibi genel ve özel amaçlar olarak iki gruba ayırarak tanımlayabiliriz:

1.2.1. Genel Amaçlar

Genel amaçlar hastaneler de dâhil tüm işletmeler için geçerlilik arz eden amaçlardır. Genel amaçlar kârlılık, sosyal sorumluluk ve süreklilik olarak tanımlanabilir.

İşletme faaliyetleri sonucunda gelirler ile giderler arasında oluşan olumlu fark olan kâr, işletmelerde büyüme, süreklilik sağlama, sosyal yükümlülükleri yerine getirme gibi pek çok amacı gerçekleştirebilmede bir faktör olarak ele alınır. Bu sebeple hastaneler de dâhil tüm işletmelerin temel amaçları arasında yer alır. Ancak sağlık

hizmetlerinin vazgeçilmez ve ihtiyaç duyulduğunda mutlaka tatmini gereken, hakkaniyet ilkesi ile toplumun tüm kesimlerine ulaştırılması gereken hizmetler olması gibi faktörlerin etkisiyle özellikle kamu tarafından sunulduğunda, bu amaç hastanelerde göz ardı edilebilen bir amaca dönüşmektedir. Hastanelerin belki de en önemli temel amacı olarak ele alınan sosyal sorumluluk, işletme faaliyetlerinin yürütülmesinde toplum çıkarlarının gözetilmesi olarak algılanır. Özellikle kâr amaçsız kamu hastanelerinin birinci amacı sosyal sorumluluk ilkesi gereğince, ihtiyacı olan herkese, ihtiyaç duyulduğunda adil ve eşit bir biçimde sağlık hizmeti sunmaları sosyal sorumluluk amacının gereği olarak düşünülebilir.

Süreklilik ise hastanelerin varlıklarını, dış çevrenin olumsuz faktörlerine karşı koruyarak, iç ve dış çevre uyumunu sağlayarak, sonsuza kadar sürdürmesi olarak ele alınır. Hastanelerin bu amacı gerçekleştirebilmek için kendi içlerinde dinamik bir yapılanma kurmaları, dış çevre şartlarına uyum için sürekli çalışmalar yapmaları, kendilerini yenilemeleri, açık bir sistem olarak çevreyle birlikte yaşamayı öğrenmeleri gerekir. Ayrıca dengeli bir finansal yapı da sürekliliği sağlamanın temel ilkelerinden birisi olarak görülmektedir (Akar ve Özalp; 2002:150).

1.2.2. Özel Amaçlar

Özel amaçlar, hastanelerin faaliyette bulunduğu alanlar itibariyle yürütmekte oldukları hizmetlere göre çeşitli biçimlerde tanımlanabilir. Bu amaçlar:

- Tıbbi gözlem, tetkik, teşhis, dahili ve cerrahi tedavi rehabilitasyon ve doğum hizmetleri gibi tedavi hizmetlerini üretmek ve ihtiyaç sahiplerine sunmak,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin araştırma, tarama ve bağışıklama gibi sağlık hizmetlerini üretmek ve ihtiyaç sahiplerine ulaştırmak,
- Çevre sağlığı ile ilgili araştırma ve çevre sağlığı şartlarının iyileştirilmesi için hizmet faaliyetlerini yerine getirmek,
- Verimlilik ve etkililik ilkelerine göre ürettiği tüm sağlık hizmetlerini, ihtiyaç sahiplerine kaliteli ve düşük maliyetli bir biçimde sunmak (Akar ve Özalp; 2002:150-151),
- Sağlık hizmetleri ile ilgili araştırma ve eğitim faaliyetlerini yürütmek, buna her türlü imkan ve ortamı sağlamak (Özdemir; 2001:1279).

1.3. Hastanelerin Fonksiyonları

İşletmelerin üretim, pazarlama, araştırma geliştirme, insan kaynakları yönetimi, finans, satış ve dağıtım gibi temel fonksiyonları vardır. Hastanelerin hizmet üretiminde bulunmaları ve ana faaliyetlerinin hasta bakımı ve tedavisi olması nedeniyle, hastanelerin fonksiyonları genel işletme fonksiyonlarından farklılık göstermektedir. Bu fonksiyonları tıbbi, idari, mali, teknik, eğitim ve araştırma, sosyal fonksiyon olarak altı başlık altında incelemek mümkündür.

1.3.1. Tıbbi fonksiyonlar

Hasta ve yaralıların tedavi ve bakımı ile ilgili her türlü tıbbi hizmet ve faaliyeti kapsamaktadır. Genel olarak hastanelerin varoluş nedeni ve temel fonksiyonu tıbbi hizmet üretimidir. Bunun dışındaki diğer görevler, yardımcı destek hizmetler olarak nitelendirilmektedir. Ancak hastanede yürütülen bütün görevler birbirine sıkı sıkıya bağlı, ayrılması imkânsız olan parçalar bütünüdür (Özdemir; 2001:1280).

1.3.2. İdari Fonksiyonlar

Hastanelerdeki tüm yönetim ve organizasyon faaliyetlerini kapsamaktadır. Hastanelerde görev yapan tüm personelin göreve başlatılması, görevlerine devamlarının sağlanması, planlama, örgütlenme, kadrolama, icra uyumlaştırma (yöneltme), isteklendirme, haberleşme ve denetim hizmetlerinin yürütümü; izin, hastalık, maaş, terfi, disiplin, emeklilik, kayıt ve dokümantasyon hizmetleri vb. kapsamaktadır (Ak; 1990:180).

1.3.3. Mali Fonksiyonlar

Hastaneler kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olarak bilinmektedirler; ancak kâr amacı gütmemesi bu işletmelerin mali fonksiyonlarının olmaması anlamına gelmez. Çünkü hastaların ve çalışanların ihtiyaçları ile her türlü sağlık hizmeti üretim unsurları olan malzeme, araç, gereç, giyim, kuşam, yakacak vb. satın alınması, personel ücret, tazminat, yolluk vb. ödemelerin yapılması, bütçenin hazırlanması, sarfi, hastane ile

ilgili gelir ve gider işlemlerinin yönetimi gibi mali işler bu fonksiyonun kapsamı içerisinde (Öztürk; 1991:18, Ak; 1990:180).

1.3.4. Teknik Fonksiyonlar

Hastanelerin bina, malzeme, makine, cihaz vb.lerin tamir, periyodik bakım, onarım, sıhhi tesisat, kanalizasyon, elektrik, ısı ve havalandırma sistemleri, çamaşırhane, terzihane, bahçe, mutfak vb. hizmetleri kapsamaktadır (Ak; 1990:180).

1.3.5. Eğitim ve Araştırma Fonksiyonu

Hastanelerin aynı zamanda bir eğitim kurumu olduğunu söylemek mümkündür. Hastanelerde verilen ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri hastaların ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi, hastane personelinin hizmet içi eğitimi ile sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilmektedir (Seçim; 1991:15). Özellikle tıp personelinin eğitimi hastanelerin eğitim hastaneleri olarak branşlaşmasına neden olacak derecede önem arz etmektedir. Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak klinik içinde ve dışında gerçekleştirilen her türlü araştırma faaliyetleri araştırma fonksiyonunun içerisinde. Hastanelerde laboratuvarlar ve ameliyathaneler tıp araştırmalarının en yaygın olarak yer aldığı ünitelerdir. Bazı hastanelerde yeni hizmet tasarımları veya teknoloji takibi ile ilgili özgün araştırma ve geliştirme üniteleri de kurulmaktadır (Akar ve Özalp; 2002:151-152). ABD’de hastaneler büyük endüstriler arasında yer aldığından tıbbi araştırmaların yanı sıra, idari araştırmalara da çok önem verilmektedir. Hastanelerde verimliliğin artırılmasına yönelik olan bu araştırmalar, ya hastane içinde bir ekibe, ya da hastane dışından bir uzmanlar grubuna yaptırılmaktadır (Seçim; 1991:18).

1.3.6. Sosyal Fonksiyonlar

Tedavi için hastaneye gelen hastanın sadece biyolojik yapısı değil, sosyal bir varlık olması nedeniyle, ailesi, sosyal çevresi, iş koşulları gibi diğer psikolojik, sosyal ve ekonomik durumları da dikkate alınmaktadır. Günümüzde hastalıkların, biyolojik olanlarının yanında, psikolojik ve sosyal faktörlerden de ileri geldiği anlaşıldıktan sonra, hastaneye tedavi için gelen hasta, sadece fiziksel yapısı ile değil, aile ve sosyal

çevresi içinde incelenmeye başlanmıştır. Büyük hastanelerde bu görev, sosyal bir fonksiyon olarak, “sosyal hizmet uzmanları” tarafından titizlikle yürütülmektedir. Ayrıca hastanenin halkla ilişkileri, çevredeki birey, grup, kurum ve kuruluşlarla ilişkilerin yürütülmesi, sosyal fonksiyonların bir parçası olarak nitelendirilmektedir (Özdemir; 2001:1281).

1.4. Hastanelerde Verilen Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hastanelerde verilen hizmetler çeşitli açılardan sınıflandırılabilir. Hizmetler esas amaçlarına göre yedi grup altında toplanmaktadır (Berki; 1972:18):

1. Koruyucu Hizmetler
2. Teşhis
3. Tedavi
4. Bakım
5. Araştırma
6. Eğitim

Koruyucu hizmetler, sağlığı bozucu şartların ve olayların meydana gelmesini mümkün olduğu kadar önlemeyi amaçlayan faaliyetlerdir. Kişilerde hastalık bulunup bulunmadığını belirlemek amacı ile yapılan çalışmaların tümü teşhis hizmetleri; hasta oldukları belirlenen kişilerin eski sağlıklarına kavuşmalarına veya koşulların el verdiği en iyi duruma getirmeleri ile ilgili faaliyetlerin tümü ise tedavi hizmetleridir. Bakım hizmetleri, kişi sağlığının üst düzeyde tutulması için yapılan faaliyetlerdir. Hastanelerin yukarıda sayılan hizmetlerinin gelecekte daha etkili olarak yapılabilmesi için yeni bilgilerin ve tekniklerin elde edilmesi amacıyla düzenlenen bilimsel faaliyetlerin tümü araştırma hizmetleridir. Son olarak da eğitim hizmetleri ise, kabul edilmiş tıp bilgilerinin yaygınlaştırılması ve yukarıda sayılan hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili tekniklerin öğretilmesi ile ilgili faaliyetlerdir.

2.BÖLÜM

2. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA POLİKLİNİK HİZMETLERİ

Poliklinik hizmetleri, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer alan temel tanı ve tedavi hizmetlerindedir.

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri; sağlık kuruluşlarında, hastalara ayaktan ve yatan da muayene, tetkik teşhis, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesidir. Sunulduğu sağlık kuruluşuna ve verilen hizmetlerin içeriğine göre sağlık hizmetleri iki gruba ayrılmaktadır:

1. Birinci basamak sağlık hizmetleri

2. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri

2.1.1. Birinci Basamakta Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri; toplum sağlığına yönelik hizmetler ile kişisel koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsayan, kişilerin sağlık sisteminden ilk alış noktasında verilen sağlık hizmetini ifade etmektedir (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik). Bu hizmetler bireylerin kolayca erişebilecekleri ve yararlanabilecekleri şekilde oluşturulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmeti veren birimler; sağlık ocakları, sağlık evleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, işyeri revirleri, bazı laboratuvarlar ve çevre sağlığı birimleridir (Kavuncubaşı; 2000:36-37)

Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri, Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirme Kanunu ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'a göre iki değişik biçimde ele alınabilmektedir. 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu"na göre birinci basamak sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı hizmetlerini yerine getirmekle sağlık ocakları görevlendirilmiştir. Birinci basamak sağlık

hizmetlerinde tedavi hizmetlerinin temel birimi sağlık ocaklarıdır. Kırsal alanda her 5–10 bin nüfusa, kentsel alanda ise her 50 bin nüfusa hizmet vermek üzere bir sağlık ocağı kurulması, 2000–2500 kişiye bir köy ebesi öngörölmüş, bu ekiplerin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunması planlanmıştır (Kırimer; 2004:11).

Birinci basamakta sağlık hizmetlerinin sunumunun ikinci modeli aile hekimleri aracılığıyla poliklinik hizmetlerinin sunumudur. Aile Hekimliği Uzmanlığı ilk kez 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır. Ülkemizde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Faköltesi'nde kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise; ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır. Ancak bundan sonra 1990'lara doğru Türk Tabipleri Birliği (TTB) pratisyen hekimlerin sorunlarının çözümünde ayrı bir mesleki eğitimi öngörmüş ve bu anlayış giderek uzmanlık eğitiminin kabulüne dönuşmüştür. Yüksek Öğretim Kurumu'nun (YÖK) 16 Temmuz 1993 tarihinde 12547 sayılı kararı ile tıp fakölterinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını uygun görölmüştür. Bu karar aile hekimliğinin akademik gelişiminde önemli kilometre taşlarından biri olmuştur. 17 Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde aile hekimliği asistan eğitimi başlamıştır. Aile hekimi uzmanları akademik kadrolarda 1994 yılında yer almaya başlamıştır. 1994 Yılında Ankara'da, 1996 yılından itibaren Adana, Bursa ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri açmış olup, Bursa ve İzmir'deki merkezler çalışmaları şeklinde devam etmiştir.

09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazetede birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun yayınlanmış ve bu tarihten itibaren aile hekimliğinin Türkiye'de yaygınlaştırılması çalışmalarına başlanılmıştır ve günümüz itibariyle sağlık ocaklarının yerine aile sağlığı merkezleri (ASM)'ler almıştır.

Aile hekimliği, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşılabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulamasıdır. Bu doktorlar, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında, ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenmektedirler

(Korukoğlu ve Diğerleri; 2004:15). Aile hekimliği pilot uygulaması hakkında kanuna gore aile hekimi; kişiye yonelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yukumlu, gerektiği olude gezici sağlık hizmeti veren ve tam gun esasına gore alışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının ongorduğu eğitimi alan uzman tabip veya tabiptir. Aile sağlığı elamanı ise, aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır (madde 2). Aile hekimliği uygulamasına geilen yerlerde kişilerin aile hekimine kaydı yapılacaktır. Her bir aile hekimi iin kayıtlı kişi sayısı, asgari 1000, azami 4000 kişi olacaktır (madde 5) (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun) .

2.1.2. İkinci ve uuncu Basamakta Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri; hastaların tanı ve tedavisinin, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanamadığı durumlarda, sevk edildiği sağlık kuruluşu tarafından verilen hizmetleri kapsamaktadır. uuncu basamak sağlık hizmetleri ise, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında yer almayıp, ileri tetkik ve tedavi yontemlerini gerektiren ve tedavisi ozellik arz eden hastaların sevk edildiği bir ust sağlık kuruluşunda verilen hizmetleri ifade etmektedir (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yonetmelik). uuncu basamak sağlık kuruluşları Devlet ve Universitelere ait eğitim ve araştırma hastanelerinden oluşmaktadır. Hastaların, ayakta bakım ve tedavilerinin yapıldığı, hastane imkanlarından ve sağlık programından faydalanılarak ve hastaneye yatırılmadan genel ve acil olarak teşhis, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği tıbbi uniteler olarak tanımlanabilen poliklinik ve poliklinik faaliyetleri, yataklı tedavi kurumlarında verilen hasta bakım ve tedavi hizmetlerinin onemli bir bolumunu oluşturmaktadır. Poliklinik, hasta ile hastane arasındaki ilk ilişkilerin kurulduğu yerdir. Bu nedenle, hastanın hastane hakkındaki fikri bu safhada oluşmaktadır (Kaplan; 1991:5).

Poliklinikler ve klinikler tıbbi uzmanlık dallarına gore, hastanedeki mevcut personel ve kaynak imkanları arasında değişik sayılarda aılmaktadır. Hastane hizmetlerinin en onemli kısmının sunulduğu polikliniklerde hekimler, hemşireler, sağlık memuru ve sekreterlik yapan idari memurlar tarafından, hastaların muayene, teşhis, tedavi ve

bakımı ile birlikte halk sağlığının korunmasına yönelik toplum hekimliği hizmetleri sunulmaktadır. Bilim ve teknolojinin bugünkü gibi gelişmiş olmadığı dönemlerde hastaneye başvuran hastalar, çoğu kez yatırılarak tedavi edildiği halde, bugün modern tıbbi araç, gereç ve laboratuvar imknleriyle donatılmış polikliniklerde kolayca ve kısa zamanda tedavi ve bakım yapılmaktadır (zdemir; 2001:1284).

Polikliniklerde hastalar, ayakta tedavi edildikleri gibi yatırılması gerekli olmayan hastaların kk ameliyatları da yapılabilmektedir. Bu durum ise, yukarıda belirtildiği üzere yatan hasta servislerinin yükünü azaltarak daha ciddi ve önemli vakalarla ilgilenmesine ortam hazırlamaktadır (Kaplan; 1991:38-39).

Hastanelerde poliklinik-servis türlerine ilişkin olarak Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi (HUAP1) projesi kapsamında geliştirilen ve temel olarak Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'n esas alan bir sınıflandırma Ek-6'te verilmiştir. (Akar ve Diğerleri; 2006:7-15);

2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri her  basamakta da sunulan bir sağlık hizmeti türü olup poliklinik-servis hizmetlerinin Cumhuriyet tarihi itibariyle gelişimi ve poliklinik-servis hizmetini kurumsal sunucular açısından dağılımı aşağıda sunulmuştur.

2.2.1. Türkiye'de Sağlık Hizmet Sunumunun Gelişimi

Türkiye'de cumhuriyet döneminde Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişimler aşağıda sunulmuştur (Sargutan;2006:211-220, Uz; Erişim: 08.11.2011, www.merih.net/m1/whaysur12.htm).

Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam olup, kısa bir süre dışında 1937 yılına kadar 14 yıl bakanlık yapmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında izlediği politikalar ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve gelişmesinde büyük katkıları olmuştur. Refik Saydam, koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmuştur. Sınırlı kaynakların, sık görülen, çok öldüren ve sakat bırakan hastalıkların kontrolü

ve önlenmesi için kullanılması doğrultusunda çaba harcamıştır. Kamu sağlık hizmetlerinin il düzeyinde, sağlık müdürlükleri, ilçe düzeyinde hükümet tabiplikleri şeklinde örgütlenmesini gerçekleştirmiş, ayrıca dikey örgütlenme anlayışına uygun olarak başlıca frengi, trahom, sıtma, cüzzam gibi sağlık sorunlarına yönelik örgütler kurmuştur.

Tedavi edici hizmetler konusunu il özel idarelere bırakmış, bunlara örnek olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da birer adet "Numune Hastanesi" açılmasını sağlamıştır. Refik Saydam'ın izlediği politikalar ile koruyucu hizmetler alanında önemli başarılar sağlanmıştır. İyi ücret almak isteyenlerin koruyucu hizmetlere yönelmesi, sağlık müdürlüklerinde ya da bakanlık merkez örgütünde çalışması sağlanmış, yüksek ücret politikaları ile kamu sağlık hizmeti, personel açısından çekici hale getirilmiştir. Kamu sağlık sektöründe görev alan tüm sağlık personelinin atama, yükselme, ödül, ceza gibi özlük hakları tek elde, Sağlık Bakanlığında toplanmış, bakanlık hizmeti fiilen yürüten bir kurum haline getirilmiştir. Büyük sıtma salgınları nedeniyle 1945 yılında "Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu" çıkarılmıştır. Dr. Behçet Uz'un bakanlığı sırasında 1946-1947 yıllarında hazırlanan birinci on yıllık Milli Sağlık Planına göre yaklaşık 20 000 nüfusa hizmet verecek "Sağlık Merkezleri" tasarlanmış, 10 hasta yatağının bulunacağı bu merkezlerde, 2 hekim, 11 hekim dışı sağlık personelinin görev yapması, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edilmesi öngörülmüşse de bu plan uygulamaya tam olarak konulamamıştır. 1949 yılında yapılan bir düzenleme ile Verem savaşı için kentlerde "Verem Savaş Dernekleri" kurulmuştur. 1952 yılında "Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü" kurulmuş, AÇS merkezleri, şubeleri ve istasyonları açılmıştır. Refik Saydam döneminde il özel idarelere bırakılmış olan tedavi edici hizmetler, 1954 yılında Sağlık Bakanlığınca üstlenilmiş, belediye hastaneleri devletleştirilmiştir. Buna bağlı olarak koruyucu hizmetlerde görev yapan personelin hastanelere kayması ve hizmet açığının doğmasına yol açılmıştır. Hastanecilik alanında büyük gelişmeler sağlanırken, koruyucu hizmetler gerilemiş, özellikle hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesine gereken önem verilememiştir.

1960 sonrası dönem Planlı Kalkınma dönemidir. 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile hükümet tabipliği yerine nüfus temel alınarak sağlık ocaklarının kurulması öngörülmüştür. İlk kez

1963'te Muş ilinde başlayan uygulamalar her yıl birkaç ile daha yayılarak 1979'da 45, 1982 yılında ise 53 ile yayılmış, 1983 yılında yapılan bir düzenleme ile tüm ülkede bu kanuna uygun sağlık örgütlenmesine gidilmesi sağlanmıştır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin temel ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- Eşit hizmet
- Sürekli hizmet
- Entegre hizmet
- Kademeli hizmet
- Öncelikli hizmet
- Katılımlı hizmet
- Ekip hizmeti
- Denetlenen hizmet
- Uygun hizmet
- Nüfusa göre hizmet

Bu ilkelere uygun olarak tasarlanan örgütlenme modeli de şöyledir:

-Sağlık örgütlenmesinin temel birimi, 5-10 bin kişiye birinci basamak hizmeti verecek olan sağlık ocaklarıdır. Her sağlık ocağında bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, 2-4 köy ebesi ve bir tıbbi sekreter ile hizmetli, şoför bulunacaktır.

-Sağlık ocakları ekip anlayışı içerisinde, kendi bölgesindeki tüm nüfusa, birinci basamak tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini sunacaktır. Personel sorumlu olduğu bölgede oturacak hizmet sürekli ve gerektiğinde gezici olacaktır.

-Sağlık ocakları, tedavi edici hizmetler yönünden devlet hastanelerince, koruyucu hizmetler yönünden ise sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek, sevk zinciri kurulacaktır.

Halen yürürlükte olan bu örgütlenme modeli kırsal kesimde başarılı olmuşsa da çeşitli nedenlerle kentsel kesimde bir türlü etkin hale getirilememiştir. Kentsel kesimdeki temel sağlık hizmetlerinin gelişimi ile ilgili olarak 2005 yılında başlayan Aile Hekimliği pilot uygulamaları bu konuda yeni bir açılım sağlamıştır.

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri

Aşağıda çeşitli ülkelerde uygulanan ödeme yöntemleri ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Kullanılan Geri Ödeme Yöntemleri açıklanmaktadır.

• Geri Ödeme Yöntemleri

Sağlık hizmeti sunanlara temel olarak iki kaynaktan ödeme yapılmaktadır. Doğrudan yapılan ödemelerde, hizmetten yararlanan kişiler, kamu veya özel sektördeki hizmet sunucusuna doğrudan ödeme yapar. Dolaylı ödeme yönteminde ise hizmetten yararlanan kişiler adına onları sigortalayan özel veya sosyal sigorta kuruluşları, işveren veya ödeme gücü olmayanlar için de devlet “üçüncü şahıs” olarak (third party) hizmet sunan kurum ve kuruluşlara ödeme yapar. Bir çok ülkede her ne kadar çeşitli ödeme şekilleri kullanılıyor olsa da hiç birisi mükemmel değildir ve sağlık hizmetlerinin kalitesi, maliyeti ve yönetimi üzerine olumlu veya olumsuz etkileri vardır. Bir kısmının verimlilik, bir kısmının hakkaniyet, bir kısmının hasta ve/veya hizmet sunucusu tarafından suiistimali; diğerlerinin de her üçünün değişik kombinasyonlarıyla ilgili çeşitli dezavantajları vardır. Ancak ödeme yönteminin belirlenmesinde, düşük idari maliyeti olan, suiistimali önleyen, etkililiği, verimliliği ve insancılığı, örneğin hasta tatmini, göz önünde tutan ve etkililik ve verimlilik arasında uygun bir dengeyi sağlayan yapıda olması dikkat edilecek en önemli noktadır (Uz; Erişim: 15.11.2011, www.merih.net/m1/whulkuz23.htm).

Çeşitli ülkelerde uygulanan ödeme yöntemleri aşağıdaki gibidir: Sabit Bütçe (Fixed Budget): Hastaneye tüm harcamalarını karşılamak üzere belli bir süre için (sıklıkla yıllık) belirlenen sabit bir bütçe verilir. Ancak hastaneler, beklenilmeyen bir morbidite artışında veya maliyetleri artıran ve önceden kestirilemeyen olaylarla riske girmektedir. Ödeme yapan kuruluş ve hastane arasında yapılacak anlaşmaya göre bütçe sabitlenmekte veya yukarıda sayılan riskleri bertaraf etmek için belli parametrelerdeki değişikliklerde (örneğin morbiditedeki aşırı değişiklikler) ek bütçe yapma olanağı tanınmaktadır. Bu modelde hastane yöneticileri kendilerine tahsis edilen bütçeyi, hastanenin gider yerlerine en etkili ve verimli şekilde harcamak zorundadır. Aksi takdirde hastane henüz yıl bitmeden bütçesinin üzerine çıkar (Uz; Erişim: 13.11.2011, www.merih.net/m1/whulkuz23.htm).

Fatura Bedelinin Ödenmesi (Payment by Itemised Bill - Fee For Service): Hastanelere hakedişleri devlet veya sigorta kurum ve şirketleri tarafından genelde bu yöntemle ödenir. Hastanelere verdikleri her bir hizmet için ayrı ayrı ödeme yapılır. Örneğin bir mide ülserinin hastanede yatarak tedavisinde hastanenin tüm imkanlarından faydalanan hastanın kendisi veya onun adına üçüncü şahıslar (third party) hastaya yapılan tüm harcamalar karşılığında ödeme yaparlar. Hastanın hastanede bulunduğu süre içindeki tüm maliyetler hastanın faturasına yansıtılır. Her bir hizmetin fiyatı pazar şartlarında hastaneler tarafından belirlenebildiği gibi maliyet artışlarını önlemek üzere üçüncü şahıslar tarafından belli bir üst sınır da konulabilir. Bu durumda da hastaneler üç muhtemel yolla kazançlarını artırabilirler:

- Ürettikleri hizmet sayısını artırmak
- Hizmetlerin kalitesini düşürmek (örneğin muayene başına düşen zamanı kısıtlamak). Ancak bir rekabet ortamında hizmetlerin kalitesinin artması beklenir (örneğin hastayla daha fazla zaman geçirme).
- İş yükünün büyük bir kısmını daha ucuz çalıştırılan personele (örneğin hemşireler, teknisyenler) kaydırmak.

Bu yöntemin ödeme yapan kişi, kurum veya kuruluşlar açısından gözle görülür en önemli dezavantajı sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artması ve hizmet sunucular tarafından yaratılan ve çoğu zaman gereksiz olan taleplerdir. Gereksiz tıbbi müdahaleler yapmak, gereksiz ve aşırı sayı ve nitelikte testler istemek (özellikle hastaneye ortak ve/veya döner sermaye gibi yapılanmalardan belli bir ödenek alan hekimler arasında sık rastlanılabilir), gereksiz ilaç reçete etmek buna örneklerdir. Bu ödeme yönteminde hizmet sunucular ödemeyi yapanlara göre daha güçlü durumdadırlar (Uz; Erişim: 02.12.2011, www.merih.net/m1/whulkuz23.htm).

Gün Başına Ödeme (Payment by Day): Hastanelere, bireylere sundukları hizmetlerin süresi başına ödeme yapılır. Hasta başına günlük ödenen miktar tüm harcamaları (tedavi, protez, ilaçlar, konaklama gibi) kapsar. Hastaneler ise kazançlarını daha da artırmak için hastanın gerekenden daha da uzun kalmasını sağlamak isteyebilirler. Çünkü hastaya yapılan müdahaleler ve buna personel, araç gereç, malzeme vb. girdilerin maliyetleri dikkate alındığında hastanede yatan bir hastanın maliyeti

genellikle ilk iki gün çok yüksektir ve daha sonra giderek azalır. Bu durumda ödemeyi yapan kurum veya kuruluş ya kendisinin görevlendireceği hekim veya hemşire aracılığıyla hastanede hastayı ziyaret ederek olası taburcu tarihini belirler veya belli teşhisler için ödeme yapılabilecek hastanede kalış sürelerini kısıtlayabilir ve bir apendektomi için, örneğin, sadece 3 gün için ödeme yapar. Bu sürenin sonunda ya hastanenin uygun görülen başvurusuna göre süre uzatılır veya hastane tüm maliyetleri karşılamak zorunda kalır (Uz; Erişim:06.12.20011, www.merih.net/m1/whulkuz23.htm).

Kişi Başına Ödeme (Capitation Fee): Bu ödeme yönteminde hizmet sunucusuna listesinde bulunan bakmakla yükümlü olduğu her hasta başına belirli bir dönem için (genellikle 1 yıl) sabit bir ücret ödenir. Bu ücret hastanın hizmet sunucusuna yaptığı ziyaret sayısından ve yapılan işlemlerden bağımsızdır. Hatta birey listesine kayıtlı olduğu doktoru o yıl boyunca hiç ziyaret etmese dahi ödenir. Ancak ücretin belirlenmesinde hizmet sunucusunun listesinde bulunan kişilerin yaş ve cinsiyet kompozisyonu, kronik hastalıklarının olup olmaması önemli girdilerdir. Bu yöntem özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda sıklıkla kullanılmaktadır. Bakım sürekliliğinin en iyi bu yöntemde sağlanması (herhangi bir gerekçeyle değiştirmedığı sürece bir yıl aynı hizmet sunucusuna gitmek zorunda olduğu için) birinci basamak örgütlenme ilkeleriyle de uyumludur. Kişi başına ödeme yöntemin uygulandığı sağlık sistemlerinde ikinci basamakta ya da üçüncü basamakta yer alan poliklinik hizmetlerine sevk ancak birinci basamaktaki hekimin gerekli görerek hastayı bir üst düzeye sevk etmesiyle mümkün olmaktadır. Bu da özellikle sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin sınırlanmasında önemli bir stratejidir. Yöntemi kullanan ülkelere örnek olarak Birleşik Krallık, Danimarka, Hollanda, Finlandiya ve A.B.D.'de bazı sağlığı koruma örgütleri (health maintenance organizations) gösterilebilir. Bu yöntemin en önemli avantajı, hizmet başına ödeme yönteminde mevcut olan gerekli bakımdan daha fazlasını vermede özendirici olmamasıdır. İkinci avantajı, hasta açısından sürekli aynı doktor tarafından görülebilmek bütüncül bakış açısını gerçekleştirmek açısından önemlidir. Hasta gerekli hallerde ikinci basamağa sevk edilse dahi birinci basamaktaki doktoru kendisiyle ilgili yapılan her türlü işlemde haberdar olmaktadır. Üçüncüsü, liste büyüklüğü doktorun gelirinin önemli bir belirleyicisi olduğu için doktorların dengeli coğrafi dağılımını sağlamada önemli bir düzenleyici rol oynayabilmesidir. Doktor sayısının fazla olduğu coğrafi

bölgelerde liste büyüklüğü daha küçük olacağı için özellikle yeni doktorlar bu bölgelerde çalışmak yerine daha az doktorun bulunduğu ve listelerine daha fazla hasta alabilecekleri bölgelerde çalışmayı tercih edecektir. Yöntemin başarıyla uygulandığı ülkelerde bir doktorun listesine kaydedebileceği maksimum hasta sayısı belirlendiği için bu yöntem, dengeli coğrafi dağılımın sağlanmasında önemli ve uygulanabilir bir stratejidir. Bu yöntemin yönetim maliyeti de hizmet başına ödeme yöntemi ile karşılaştırıldığında çok daha düşüktür. Yöntemin en önemli dezavantajı, doktorun listesine kayıtlı kişi sayısını artırma, ancak bunların aldığı hizmetleri en aza indirme konusunda bir motivasyonun söz konusu olmasıdır. Bir diğer dezavantajı ise ikinci basamağa gereksiz sevklerin yapılabilmesidir. Bu olumsuz etkiyi ortadan kaldırmak için kişi başına ödemeyi benimseyen ülkelerde doktorların sevk uygulamalarını izleyen ve gereksiz sevkleri cezalandıran denetim mekanizmaları geliştirilmiştir (Tatar; 2001:12-13).

Vaka Başına veya Teşhise Göre Ödeme (Case Payment-Payment by Diagnosis): Vakanın teşhisinin ne olduğuna ve tedavisinin ne kadar zor veya kolay olduğuna bakılmaksızın her bir vaka için (örneğin genito-üriner enfeksiyon, basit diyare veya tüberküloz osteomyeliti) farklı ödeme yapılır. Diğer bir modelde ise ödeme miktarını belirlemek için vaka sınıflandırma sistemleri kullanılır. Bunun için öncelikle hastaların teşhisleri maliyet ve tıbbi benzerliklerine göre gruplandırılır. Hastanelere koyulan teşhislere göre ödeme yapılır. Bu model ilk önce ABD’de başlatılmıştır ve yaklaşık 470 teşhis grubu geliştirilmiştir (DRG’s – Diagnosis Related Groups).

Bu sistem hastaneye yapılan ödemelerin kontrolünü kolaylaştırır. Fakat erken taburcu olaylarını, hatta tam iyileşmeden taburcuları teşvik edebilir. Ayrıca “teşhis veya “DRG kurnazlığı” (diagnostic veya DRG creep) denen hekimlerin hastaneye daha fazla ödeme yapılmasını sağlamak için muhtemel iki teşhisten daha pahalı olanı tercih etmesine yol açabilir. Bu nedenle sistem hekimlerin dürüstlüğü esasına dayanmaktadır. Ancak özellikle hastaneye sahip olan veya ek ödenek alan hekimler arasında benzeri bir dürüstlüğe güvenmek zordur (Uz; Erişim: 03.12.2011, www.merih.net/m1/whulkuz23.htm).

- Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları Poliklinik Hizmetlerinin Finansmanında Kullanılan Geri Ödeme Yöntemleri

Türkiye’de 2006 yılına kadar sağlık hizmetlerinde ödeme sistemi olarak fatura bedelinin ödenmesi yöntemi kullanılmaktaydı. 29.4.2006 tarihinde 26153 sayılı Resmi Gazetede 2006 Yılı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği yayınlanmış ve bu tebliğe göre sağlık kuruluş ve kurumlarına, sağlık harcamalarına yönelik olarak kaynakların tasarruflu ve etkin kullanımını sağlamak, sağlık kurum ve kuruluşlarının faturalama işlemlerinin, geri ödeme kurumlarının ise fatura inceleme ve ödeme işlemlerinin kolaylaştırılabilmesi açısından ayakta yapılan tedavilerde vaka başı ödeme yöntemi getirilmiştir. Danıştay, yayınlanan tebliğe ilişkin 23.10.2006 tarihinde yürütmeyi durdurma kararı almış olmasına karşın, yürütmeyi durdurma kararı ilgili taraflara bildirilmediği için uygulama devam etmektedir.

Uygulamaya vaka başı ödeme sistemi denilse de, vaka başı ödeme listesi incelendiğinde sistemin daha çok tıpta uzmanlık dalları göz önüne alınarak hastane çeşitlerine göre farklılaştırılmış bir sabit biçimi içerdiği görülmektedir. Türkiye’de geçerli olan bir diğer ödeme yöntemi ise pilot olarak uygulanan aile hekimliğinin ücretlendirilmesinde kullanılan kişi başına ödeme yöntemidir. Aile hekimliğine yapılan geri ödeme üç unsurdan oluşmaktadır. Bu unsurlar aşağıdaki gibidir:

1. Kayıtlı kişi başına ödeme (hekime kayıtlı nüfus, bölgesel gelişmişlik düzeyi ve verilen mobil hizmete göre belirlenmektedir.)
2. İşletme giderleri (hekim başına göre sabit olarak belirlenmektedir.)
3. Laboratuvar giderleri (hizmet başına ödeme yapılmaktadır. Ancak üst limitler belirlenmiştir. Belirlenen limitler üstünde ödeme yapılmamaktadır.)

3.BÖLÜM

3. MALİYETLEME İLE İLGİLİ TEMEL BİLGİLER VE İLİŞKİLERİ

Maliyetlemenin bir kaç temel kavramı vardır. Bu kavramlar maliyet, gider, harcama ve maliyet gideridir. Bu kavramları ve aralarındaki ilişkileri anlatmadan

maliyetlemeyi anlatmak zordur. Bu nedenle birinci bölümde bu kavramlar açıklanacaktır.

3.1. Maliyet, Gider, Harcama ve Maliyet Gideri Kavramları

Maliyet muhasebesinde kullanılan maliyet, gider, harcama ve maliyet gideri kavramları birbiriyle iç içe olan kavramlar gibi gözükmeyle birlikte, farklılık taşır. Ancak bu kavramlar, literatürde çoğu zaman aynı anlamlarda kullanılmaktadır. Çalışmamızın bundan sonraki bölümlerinde bu kavramlara yer verileceğinden, tek tek tanımlanmasında fayda vardır.

3.1.1. Maliyet Kavramı

Maliyet geniş ve dar anlamda olmak üzere iki şekilde tanımlanabilir. Dar anlamda maliyet, belirli bir amaca ulaşmak için katlanılan fedakârlıkların toplamıdır. (Usal; Kurgun 2001, 25)

Ancak tanımdan da anlaşılacağı gibi, burada işletme boyutuna yer verilmemiştir. O halde geniş anlamda maliyet, işletmenin amaçları doğrultusunda herhangi bir malın veya hizmetin oluşturulabilmesi için doğrudan doğruya ve endirekt olarak yapılan toplam fedakârlıkların para ile ölçülen değeridir. (Sözbilir; Kaymaz; Fidancı 2003, 5) Bir başka ifade ile maliyet; bir mal ya da hizmetin edinilmesi için, o dönem içinde yapılan harcamalarla, daha önceki dönemde yapılan harcamalarda o mal ve hizmetin edinilmesinde katlanılan fedakârlıkların parasal tutarı olarak belirtilmektedir. (Akdoğan 2000, 11) Tanımdan da anlaşılacağı gibi, maliyet ile harcama kavramları arasında bir ilişki kurulmaktadır.

3.1.2. Gider Kavramı

İşletmeler, faaliyetlerini devam ettirebilmek için bazı ürünleri kullanmak, bazı hizmetlerden yararlanmak zorundadırlar. Örneğin, üretim faaliyetini devam ettirebilmek için hammadde kullanmak, çalıştırdığı personele ücret vermek, elektrik-su kullanmak zorundadır. Buna göre gider, işletmenin faaliyetlerini ve varlığını

sürdürebilmesi ve bir gelir elde edebilmesi için belli bir dönemde kullandığı ve tükettiği ürün ve hizmetlerin parasal tutarıdır (Çetiner 2000, 10).

3.1.3. Harcama Kavramı

Genellikle nakden yapılan ödeme ve borçlanmaları anlatmak için kullanılır. Ancak, bu ödeme ve borçlanmalar, işletmenin faaliyetleri sonucu olabileceği gibi; olağanüstü bir durum karşısında da yapılabilir. Buna göre, harcama kavramı şu şekilde tanımlanabilir:

Bir varlık elde etmek, bir hizmet sağlamak veya bir zararı önlemek amacıyla yapılan ödemeler, borç altına girmelerdir (Fidancı, 2002, 28).

Harcama için temel unsur ödemedir. Yapılan ödeme karşılığında bir ürün ya da hizmet elde edilebileceği gibi hâsılatın elde edilmesi amacıyla da ödeme yapılmış olabilir. Her iki durum da harcama oluşturacaktır. Burada yeni bir kavram doğmakta ve hâsılatın tanımlanması gerekmektedir. Hâsılat; genel anlamda, satılan ürün ya da hizmet karşılığında satış tutarına eşit olacak şekilde söz konusu ürün ve hizmet alıcılarına yüklenen mükellefiyettir (Kârtal; Adnan; Erdin 2003, 8).

Harcamanın bir varlığın elde edilmesi için gerçekleştirilmesi durumunda, işletmenin bilanço yapısı bu durumdan doğrudan etkilenecek; harcamalar maliyete dönüşmüş olarak aktifte görünecektir (Fidancı, 2002,28).

Harcamanın maliyete dönüşebilmesi için, harcama karşılığında elde edilen yararın, aynı dönemde tüketilmesi gerekmektedir. Buna göre, her harcama maliyet oluşturmayacağı gibi; her maliyetin de harcama olması beklenemez (Sözbilir; Kaymaz;Fidancı 2003, 6).

Bu durumda maliyet, işletmenin belirli bir dönemdeki ürün ve hizmet üretimi veya kullanımını ya da sürekli ana iş konusuyla ilgili diğer işlemleri sonucunda işletmenin varlıklarında meydana gelen azalışlar veya yükümlülüklerinde meydana gelen artışlardır (Akdoğan 2000, 7). Bir başka tanımda ise maliyet, işletmenin faaliyetlerini ve varlığını sürdürebilmesi ve bir gelir elde etmesi için, belirli bir dönemde kullandığı veya tükettiği ürünlerin ve hizmetlerin, yararı tükenmiş maliyetlerinin

gelirden düşülen kısmını oluşturmaktadır. İşletmelerde maliyetten söz edebilmek için, sağlanması gereken koşulların başında, maliyetlerin yararının belirli bir dönemde tükenmiş olması gelmektedir. Yine yararı tükenen maliyetler, işletmenin faaliyetinin ve varlığının sürdürülmesi ile ilgili olmalıdır (Savcı 1999, 8).

Genel kabul görmüş muhasebe ilkelerinden, dönemsellik ilkesi gereği işletmeler faaliyetleri sonucu, ilgili dönemde oluşan tüm hâsılatlarını, maliyetlerini ve ortaya çıkan zarar veya kârlarını mali tablolarında göstermek zorundadırlar. Yine bu ilke gereği, dönem sonuçlarına etkisi olan maliyetlerin, etkisi olmayanlardan ayrılması gerekmektedir. Maliyetlerin dönem sonuçlarına etkili olmaları ise, dört olasılıktan birinin gerçekleşmesini gerektirmektedir. Bu olasılıklar; işleme, zaman aşımı, kullanma ve teknolojik yıpranmalardır. Maliyetlerin ürün ya da hizmet üretimine etkisinde bu dört olasılıktan biri ile üretime dönüşen maliyetler, maliyet olarak nitelenmektedir.

İşletmeler kuruluş amaçları gereği, belirli maliyetlere katlanarak mal ve hizmet üretmektedir. Katlanılan maliyetler gelir oluşumu içindir. Maliyet ve gelir arasında oluşacak olumlu fark kârı, olumsuz fark ise zararı oluşturacaktır. Zarar, aynı zamanda varlıkların amaçsız olarak tüketilmesi olarak da tanımlanabilir.

3.2. Maliyet, Gider ve Harcama Arasındaki İlişkiler

Maliyetlemenin kavramlarını anlattıktan sonra, maliyetlemenin kavramları arasındaki ilişkiler de anlatılmalıdır.

3.2.1. Maliyet - Gider İlişkisi

Maliyet ile gider kavramları genellikle birbirlerinin yerine kullanılmaktadırlar. Maliyet gider kavramı arasındaki ayrım, öncelikle muhasebenin temel kavramlarından olan dönemsellik kavramı gereği ortaya çıkmaktadır. Dönemsellik kavramı gereği, ilgili dönemdeki gelir ile maliyetler karşılaştırılır. Bunun için dönem sonuçlarına etki eden maliyetler ile etkisiz olanların ayırt edilmesi gerekir. Maliyetler aşağıdaki durumlarda dönem sonucunu etkiler, yani gider haline dönüşürler; (Hacıüstemoğlu 2002, 11;Sevgener 2000, 19)

- İşleme,
- Kullanma,
- Zaman aşımı,
- Teknolojik yıpranma.

Maliyetlerin üretime etkisi göz önüne alındığında yukarıdaki unsurlardan birinin etkisi ile üretimde tüketilen maliyetler, gider olarak nitelendirilmektedirler. Dolayısıyla gider, belli bir zaman dilimi içerisinde kullanılan ve tüketilen varlıkların (ürün ve hizmetlerin) parasal değeridir (Sevgener 2000, 19).

Dönemsellik ilkesine göre maliyetleri, Bekleme Süresi Dolmuş ve Bekleme Süresi Dolmamış Maliyetler olarak iki gruba ayırabiliriz. Bekleme süresi dolmuş maliyetler (expire cost); cari dönem içinde üretim için kullanılan ve gelecekte fayda sağlamayacak olan maliyetlerdir. Bekleme süresi dolmamış maliyetler (unexpire cost) ise; gelecek dönemlerde fayda sağlayacak olan ve bunun için aktifleştirilmiş maliyetlerdir. Örneğin, aktifleştirilen ilk madde stokları bekleme süresi dolmamış maliyetler iken, satılan ürünler maliyetinin unsuru olan direkt madde maliyetleri, bekleme süresi dolmuş maliyetlerdir (Sevgener 2000, 19).

Maliyet, belli bir amaca ulaşmak için katlanılan fedakârlıkların tümü iken, gider, bir işletmenin varlığını sürdürebilmesi ve işletilebilmesi için kullanılan üretim faktörlerinin bedelidir (Engin, 2001, 51). Örneğin, işletme varlıklarının edinimi için yapılan veya yapılması öngörülen kaynak kullanımına maliyet, bu varlıkların ürün ve hizmet üretiminde kullanılmasına ise gider denir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, dönemsellik ilkesinin önem taşımasıdır. Çünkü bu ilke, dönem kârının hesaplanması ve üretim maliyetlerinin doğru biçimde tespit edilebilmesi için gereklidir. Dolayısıyla varlık ve hizmet tüketimlerinin gider olarak nitelendirilebilmesi için iki unsur göz önüne alınmalıdır (Karakaya 2006, 13):

- Tüketimin işletme faaliyetlerinin yerine getirilmesi için yapılmış olması gerekmektedir. Yani işletmeye bir fayda sağlamalıdır.
- Tüketimin belli bir döneme ait olması gerekmektedir. Döneme ait değil ise, gider olarak nitelendirilememektedir.

3.2.2. Gider-Harcama ilişkisi

Günlük hayatta harcama kavramı, genellikle nakit çıkışı olarak bilinmektedir. Ancak bu bakış açısı, işletme ekonomisi açısından yetersiz kalmaktadır. İşletme açısından harcama kavramı daha ziyade, işletmelerin yapmış oldukları nakit veya nakit yerine geçen çıkışlardır (Dinç 2001, 47).

Daha geniş anlamıyla harcama, bir varlık elde etmek, bir hizmet sağlamak için veya bir zararı önlemek için borç altına girme veya para ödemedir. Harcama ile gider arasında benzerlik olmakla birlikte farklılıklar da bulunmaktadır. Örneğin, tüketilen bir elektrik enerjisi için gelen fatura, işletme için bir harcamayı gösterir, ayrıca bu elektrik enerjisinin tamamı tüketilmiş olduğundan gider niteliği de taşır. Ayrılan yönleri şunlardır (Hacırüstemoğlu 2002, 12):

- Harcamayı gerektirmeyen maliyetler olabilmektedir. Örneğin kendi yaptığı yanrı mamulleri üretimde kullanmak ödemeyi gerektirmemektedir.
- Bazı harcamalar da gider niteliği taşımamaktadır. Örneğin bağış ve yardımlar.
- Faydalanma ile ödemenin ayrı zamanlarda olması harcamaya bağlı maliyetlerde her iki işlemde zarar farkını yansıtır. Örneğin peşin ödenen giderler.
- Gider ile harcama, değerlendirme açısından da ayrılmaktadır. Gider, rayiç bedel veya ortalama fiyat ile değerlendirilirken, harcama ise edinme bedeli ile değerlendirilir.

3.2.3. Maliyet- Gider -Harcama İlişkisi

Harcama (ödeme) kavramı ile maliyet-gider kavramları arasında ortak bir anlam bulunmamaktadır. Zaman içerisinde maliyet ve gider ile harcama kavramları arasında farklı bağlantılar ortaya çıkar. Buna göre; (Altuğ 2001, 18)

a) Maliyet karşılığı bir ödeme aynı anda gerçekleşebilir.

- Nakit ödeme karşılığı ticari ürün satın alınması, (nakit ödeme ile alım aynı anda gerçekleşmektedir).
- Bozulan makinenin tamiri karşılığında çek ciro edilmesi, (Çek ile ödeme ve genel üretim maliyetleri aynı anda).

b) Maliyetler ödemededen önce gerçekleşebilir.

- Üretimde harcanan elektrik bedelinin bir ay sonra ödenmesi (önce GÜM, sonra ödeme).
- Bir ay vadeli borçlanılarak, bilgisayar satın alınması, (önce demirbaş maliyeti, sonra ödemesi).
- Ödemeler, ilgili maliyetlerden önce gerçekleşebilir.
- Fabrika kirasının bir yıllık peşin olarak nakden ödenmesi (Önce nakit ödeme, sonra GÜM)
- Bedeli ödenmiş duran varlık amortismanları (Önce ödeme, sonra GÜM).

3.3. Maliyet-Fayda İlişkisi

Maliyet, fayda sağlamak amacıyla üretim faktörlerinin tüketilmesidir. Fayda ise, herhangi bir ürüne çeşitli etkenler kullanılarak insan gereksinimlerini karşılayacak özellikler kazandırılmasıdır. Fayda; şekil, zaman ve mekân olarak üç ana gruba ayrılır (Altuğ 2001, 16).

- Şekil Faydası; herhangi bir ürünün fiziksel veya kimyasal tekniklerle biçimsel, öz ve kapsam yönünden değişikliğe uğratılmak suretiyle insan ihtiyaçlarına sunulmasıdır. Endüstri işletmelerinin tümünde şekil faydası söz konusu olmaktadır.
- Zaman Faydası; herhangi bir ürünün daha fazla ihtiyaç duyulduğu zamanda insan ihtiyaçlarına sunulmasıdır. Örneğin, depoculuk, konservecilik faaliyetleri ile zaman faydası sağlanmaktadır.
- Mekân Faydası; herhangi bir ürünün daha çok, ihtiyaç duyulduğunda bir yere götürülerek orada insan ihtiyaçlarına sunulmasıdır. Örneğin, ulaştırma ve nakliye faaliyetleri ile mekân faydası sağlanmaktadır.

Yukarıdaki faydalara ek olarak, makro ekonomik açıdan, mülkiyet faydasını da sayabiliriz. Mülkiyet Faydası; herhangi bir ürüne sahip olmanın sağladığı faydayı ifade eder. Örneğin bir arabaya sahip olmanın getirdiği fayda.

Sağlanan her fayda, maliyeti de beraberinde getirecektir. Yani insan ihtiyaçlarının karşılanması için bir ürüne şekil, zaman ve mekân olarak bazı özelliklerin katılması beraberinde maliyeti getirecektir. Temelde faydayı ortaya çıkaran unsur ise, üretim faaliyetidir (Altuğ 2001, 16). Fayda sağlanabilmesi ve üretim yapılabilmesi için ise maddi ve maddi olmayan kaynakların tüketilmesi gerekmektedir. Bunun içindir ki,

kaynakların nerelerde kullanıldığının tespit edilip etkin bir maliyet kontrolünün sağlanabilmesi için, maliyet hesaplamaları yapılmalıdır. Etkin bir maliyet yönetimi ise, üretim süreci içerisinde kaynakların nerelerde kullanıldığının doğru bir şekilde tespiti ve bunların verimli kullanılmaması sonucu ortaya çıkan israfların yok edilmesini gerektirmektedir.

3.4. Üretim Maliyetleri

Bu kısımda ilk madde ve malzeme maliyetleri, personel (işçilik) maliyetleri, genel üretim maliyetleri gibi maliyet çeşitlerinin geniş bir biçimde açıklanması yapılmaya çalışılmıştır.

3.4.1. İlk Madde ve Malzeme Maliyetleri

En geniş anlamı ile sağlık hizmeti üretimi amacıyla kullanılan her türlü maddeye ilk madde ve malzeme denilebilmektedir.

Hastanelerin sağlık hizmeti üretimi amacıyla kullandıkları malzemelerin en küçükhastanede bile binlerce çeşidi bulunmaktadır (Menderes 1994, 36). Bu nedenle ilk madde ve malzemelerin belirlenmesi işleminde öncelikle malzemelerin sınıflandırılması ve tanımlanması gerekmektedir. Malzemelerin sınıflandırılması işlemi muhasebe açısından bu malzemelere ilişkin kayıtların tutulması (örneğin, malzemelerin kodlanması ve stok kartlarında izlenmesi), kullanıcıların belirlenmesi (örneğin, malzemelerin kullanım yerlerine göre ayrılması) ve maliyet hesaplama çalışmalarında kolaylık sağlamak amacıyla niteliklerinin belirlenmesi (örneğin direkt ve endirekt olarak ayırma yapılması) bakımından önemlidir (Özkan 2000, 39).

Bu amaçla hastanelerde ilk madde ve malzeme maliyetleri niteliklerine göre ve maliyet çeşitleri sınıflandırılabilir (Şahin 2006, 1- 3).

Bu ayırım malzemelerin işlevlerine göre yapılırken maliyet muhasebesi açısından ilk madde ve malzeme maliyetlerinin direkt ve endirekt olarak ayırımının yapılmasına da gerek duyulmaktadır (Özkan 2000, 39).

Direkt ilk madde ve malzeme maliyetleri, belirli bir ürün veya hizmetin üretim maliyetine doğrudan doğruya yüklenebilen maliyetlerdir. Bir başka ifadeyle hasta başına kullanım miktarları ve dolayısıyla parasal değerleri kolaylıkla tespit edilebilen ilk madde ve malzemelerdir. Örneğin hastaya verilen serum miktarı kolaylıkla belirlenebileceğinden ilk madde ve malzeme olarak sınıflandırılabilir.

Endirekt ilk madde ve malzemeler ise belirli bir ürün veya hizmetin üretim maliyetine doğrudan doğruya yüklenemeyip, bir takım dağıtım ölçütleri yardımıyla yüklenebilen maliyetler olarak açıklanmıştır. Bu sebeple endirekt ilk madde ve malzeme maliyetleri genel üretim maliyetleri arasında yer almaktadırlar. Endirekt ilk madde ve malzeme maliyetleri de iki alt gruba ayrılmaktadır (Şahin 2006,1-3);Yardımcı Malzemeler; direkt ilk madde ve malzeme gibi ürün bünyesine katılmakla birlikte, gerek miktar, gerekse tutar olarak ürünün temel yapısını oluşturmayan malzemelerdir. Bu tip ilk madde ve malzemelere örnek olarak poliklinik hizmetlerinde kullanılan pamuk, gazlı bez, plâster gibi malzemeler verilebilir. İşletme Malzemesi ise ürünün üretiminde kullanılan; ancak ürün bünyesine girmeyen malzemelerden oluşmaktadır. Eldiven, temizlik malzemeleri vb. örnek olarak verilebilir.

3.4.1.1. İlk Madde ve Malzemelerin Hastanelerde Akışı

İlk madde ve malzemelerin hastane içerisindeki akışı incelendiğinde, akış işleminin temel olarak üç grupta toplandığı görülmektedir:

- Satın alma (Tedarik)
- Stoklama
- Üretime Sevk

Hastanelerde ilk madde ve malzemelerin satın alma fikrinin ortaya çıkması ile başlayan, ilk madde ve malzemelerin hizmet sunumunda kullanımına kadar devam eden bu süreç, maliyet kontrolü açısından önemli bir aşamayı oluşturmaktadır. Hastaneler bu süreci kontrol edebilmek için birtakım fiş, form ve kartlar kullanılmaktadırlar. Hazırlanacak bu belgeler hastanenin malzeme ambarları ile eczanesi için farklılıklar gösterebilse de malzeme akışının kontrol altında

tutulmasında izlenecek temel mantık farklılıkları göstermemektedir. Herhangi bir ilk madde ve malzeme daha önce oluşturulmuş olan stok kartında yazılı olan en az düzeye (minimum stok miktarına) yaklaştığında, stok sorumlusu tarafından hemen bir “Satın Alma Talep Formu” düzenlenerek, satın alma isteği satın alma birimine iletilmektedir. (Ek 1) Hastane tarafından piyasa araştırması yapıldıktan sonra bir “Satın alma Formu” düzenlenir. Satın alma fişi, satın alınacak malzemenin miktarını, teknik özelliklerini ve tarihini içermektedir. Bu işlemlerden sonra devlet ve üniversite hastanesi 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu’na göre, özel hastane ise satıcılarla yapılan görüşmelerle gerekli malzemenin alımını yapmaktadır. Alımı sağlanan ilk madde ve malzeme (direkt veya endirekt) hastaneye ulaştığında teslim alınırken, muayene komisyonu tarafından verilen siparişe uygun olup olmadığı, kalite ve miktar açısından incelenir. Satın alınan malzeme istenilen şartları sağlıyor ise giriş işlemi yapılmak üzere ilk madde ve malzeme giriş (tesellüm) fişi düzenlenir. Giriş fişinin düzenlenmesinden sonra bir nüshası faturalar ile birlikte ödeme yapılması için muhasebe birimine gönderilir. Diğer nüshası ile de stok kartlarına giriş yapılır. Teslim alınan her türlü madde ve malzeme ambara getirildiğinde ilk madde ve malzeme giriş fişleri yardımıyla stok kartlarına işlenir (Ek-2). Stok kartının giren malzeme bölümüne yapılacak kayıtların dayanak belgesi, ilk madde ve malzeme giriş fişleridir. Gelen miktar, alış bedeli ve varsa o partinin alımı için yapılmış diğer maliyetler bu fiş üzerinde gösterilir. Bunların toplamından oluşan alış maliyeti, alış miktarına bölünmek suretiyle söz konusu partinin birim alış maliyeti hesaplanır ve fiş üzerine yazılır.

Kullanılmak üzere alınan her türlü ilk madde ve malzeme için ayrı bir stok kartının tutulması gerekmektedir; ancak hastanelerde kullanılan malzemelerin ve ilaçların sayısı göz önüne alındığında malzemelerin sayıları binlerle ifade edilmektedir. Bu durumda stok kartlarının bilgisayarla izlenmesi daha kolay olmaktadır. Standart bir stok kartı; giren, çıkan ve kalan olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Her stok kartında malzemenin kodu, adı, ölçüsü, minimum ve maksimum stok miktarları, giren, çıkan ve kalan kolonlarının her birinde miktar, birim maliyet ve tutarının bulunması gerekmektedir. Satın alınan her bir malzeme kalemi, kendisine ait stok kartının giren malzeme bölümüne miktarı, birim alış maliyeti ve tutarı itibarıyla kaydedilir. Gelen bu malzeme, kartın kalan malzeme bölümüne eklenir. Tüketilen malzeme ise benzer şekilde kartın çıkan malzeme bölümüne yazılır ve kalan

malzeme bölümünden düşülür. Stok kartının çıkan malzeme bölümünde yapılacak kayıtlarda malzeme istek fişleri esas alınır. Bu fiş hastanelerde malzemeyi isteyen birim tarafından en az üç nüsha halinde doldurulur. Malzemeyi isteyen birim yetkilisi, malzemeyi teslim eden ambar memuru ve malzemeyi teslim alan birim yetkilisi tarafından imzalanmış nüshalardan biri malzeme isteyen birimde, diğeri ise ambarda kalır. Üçüncü nüsha ise muhasebe birimine gönderilir. Muhasebe birimi, kendisine gelen nüsha üzerinde malzeme fiyatlandırması yapar. Yani, her bir malzemenin fişte yer alan miktarını o malzemeye ait stok kartında gözüken birim maliyetle çarparak, söz konusu malzemenin ilk madde ve malzeme maliyeti olarak kaydedilecek tutarını belirler. Bu miktar, birim maliyet ve tutar bilgilerini ilgili stok kartının çıkan malzeme bölümüne kaydedilip, kalan bölümünden düşülür. Hizmet departmanının yanlış materyal talep etmesi, yanlış miktarda talep etmesi ya da aynı şekilde ambardan departmana yanlış materyal ya da yanlış miktarda gönderimlerin söz konusu olduğu durumlarda, bu yanlışlıkların maliyetlemesini sağlamak üzere ambara yapılacak gönderimlerde hizmet departmanı tarafından girdi kontrol raporu düzenlenir (Ek 3). İlk madde ve malzeme iade fişi, ilk madde ve malzeme istek fişi ile hemen hemen aynı bilgileri içermektedir (Özkan 2000,40; Yükçü 1999, 76; Büyükmirza 2003,148). Ayrıca numune değerlendirme (Ek 4), ihale fiyat çizelgesi (Ek 5) de kullanılarak süreç takipleri yapılır.

Dönem sonu itibariyle maliyet hesaplama çalışmalarının daha hassas yapılabilmesi için, henüz üretimde kullanılmamış ilk madde ve malzeme kalmış ise, bunların da ilk madde ve malzeme iade fişi ile ambara iadelerinin yapılması yararlı olacaktır. Bu yapılmadığında hasta teşhis ve tedavisi için henüz kullanılmamış olan malzemeler de o dönemin maliyetine eklenmiş olacaktır.

4.BÖLÜM

4. MALİYET DENETİMİ

4.1. Maliyet Denetimi İhtiyacı

Günümüz rekabet ortamında maliyet bilgilerinin elde edilmesi ve bu bilgiler ışığında gelecekle ilgili stratejik kararlar alınması artık bir zorunluluk haline gelmiştir.

İşletmelerin bir mal, fayda ve hizmet sağlanması veya herhangi bir edim karşılığı olmaksızın ortaya çıkan bir yükümlülük nedeniyle yapılan ödeme ve borçlanma (Mevlüt Karakaya, Maliyet Muhasebesi, Gazi Kitabevi, Ankara, 2004, s. 14.) olarak tanımlanan harcama; belli bir amaca ulaşmak için katlanılan fedakârlıkların parasal ifadesi (Karakaya, a.g.e., s. 14) olarak tanımlanan maliyet; işletmenin herhangi bir işletme faaliyetini gerçekleştirmek amacıyla, tükettiği bir varlığın, hizmetin ve faydanın işletmeye mal olan parasal değeri (Selim Yüksel Pazarçeviren, Maliyet Muhasebesi, Sakarya Yayıncılık, 2006, s. 8.) olarak tanımlanan gider kavramı ve tüketildikleri dönem içinde gider olarak kaydedilen iktisadi varlık tüketimine ilişkin giderler (Ali Kartal, Adnan Sevim, Erdin Gündüz, Maliyet Muhasebesi, 3. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1524, Eskişehir, 2005, s. 7.) olarak tanımlanan dönem gideri kavramına, günümüzde gerektiği önemi vermesi kaçınılmazdır.

Gerektiği önem verildiği durumda işletmeler maliyetlerini sağlıklı bir şekilde denetleyerek, kontrol altında tutabilirler. Global ölçekli büyük işletmeler tarafından da kabul edildiği gibi işletmelerin karlılığına etki eden en büyük etmen yapılacak maliyet tasarruflarıdır. Çünkü artan iletişim yöntemleri ve üretilen mal ve hizmetlerin benzerliği işletmelerin fiyatlar konusunda değişkenlik aralığını sınırlandırmıştır. Dolayısıyla işletmeler fiyatları artırarak daha fazla kar elde edemeyecekleri için içsel bir değişken olan maliyetleri kontrol altına alarak maliyet tasarrufu yapmaya yönelmişlerdir. Maliyet tasarrufu sağlayabilmek içinde aşağıdaki şekilde olduğu gibi harcama, maliyet, gider ve zarar kavramları net bir şekilde ortaya konulmalıdır.

4.2. Maliyet Denetimi İhtiyacı

İşletmelerin rekabet gücünü artıran temel unsurlardan birisi güvenilir maliyet elde ederek, maliyetlerin kontrol ve denetiminin sağlanmasıdır.

Maliyet denetiminin tanımına geçmeden önce kavram karmaşasını ortadan kaldırmak için önce denetim kavramını açıklamak yerinde olacaktır. Bu kapsamda denetim, “iktisadi faaliyet ve olaylarla ilgili iddiaların önceden saptanmış ölçütlere uygunluk derecesini araştırmak ve sonuçları ilgi duyanlara bildirmek amacıyla tarafsızca kanıt toplayan ve bu kanıtları değerleyen sistematik bir süreç” (Ersin Güredin, Denetim ve Güvence Hizmetleri, 11. Baskı, Arıkan Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 2007, s. 11.)

olarak tanımlanmaktadır. Maliyet denetimi ise, ilgili ürün veya hizmetlerin gerçek maliyetinin tespit edilmesi için maliyet muhasebesi kayıtlarının ve hesaplamalarının kullanımının, maliyet muhasebesi kriterlerine uygunluğunun ve yeterliliğinin değerlendirilmesidir.(<http://www.scribd.com/doc/11643822/Cost-Audit-HandBook>, 05.02.2012, p. 8.) Maliyet denetiminin uygulanma zorunluluğu birçok sözleşmenin maliyet artı kar şeklinde düzenlenmiş olmasıyla beraber ortaya çıkmıştır. Maliyet muhasebesi teknikleri sadece maliyet yönetimi kontrolüne yardım etmez aynı zamanda maliyet artı kar sözleşmelerinin maliyet muhasebesi kayıtlarını düzenler. Bu gibi durumlarda maliyet muhasebesi kayıtlarının doğruluğunu incelemek için maliyet denetimi yapılması gerekir. ABD’de bilgi kullanıcılarını korumak için Maliyet Muhasebesi Standartları Kurulu (CASB) tarafından belirlenmiş Maliyet Muhasebesi Standartları vardır.

Bazı ülkelerde maliyet denetimi bağımsız denetçiler tarafından yapılmaktadır. Ülkemizde ise maliyet denetimi genellikle işletmelerin kendi iç denetçileri tarafından yapılmaktadır. Bağımsız denetçiler tarafından ise sadece mali tablo denetiminin bir parçası olarak uygulanmaktadır.

Maliyet denetiminin temel hedefi, maliyet ve yönetim muhasebesi işlevini geliştirip, yönetimin kontrolünde güçlü bir araç olarak kullanarak ekonomik faaliyetleri her yönüyle güçlendirmektir. Dolayısıyla, maliyet denetimi, mali denetim sürecinin bir parçasıdır. Ancak, mali denetim daha geniş kapsamlı olduğundan ürün maliyetlerine, maliyet denetimi ile aynı düzeyde odaklanamayabilir. Maliyet denetçileri sadece ürünlerin veya hizmetlerin maliyetlerinin doğruluğunu incelemeye odaklanabilir.(Monir Zaman Mir, Bikram Chatterjee, “ The role of mandatory cost audit in enhancing trust: the case of India”, (Çevrimiçi), www.emeraldinsight.com/1176-6093.htm, 13.01.2012, p. 29) Maliyet denetimi yapan kişiler, genellikle uzman maliyet muhasebeciler veya yönetim muhasebecileridir. Bu kişilere maliyet denetçileri de denilebilir.

4.3. Maliyet Denetiminin Yararları

Maliyet denetimin işletmelerle ilgili çeşitli bilgi kullanıcılarına yararları vardır. Maliyet denetiminin yöneticiler, ortaklar, kamu kuruluşları ve müşteriler açısından yararlarını şu şekilde özetleyebiliriz.

Yöneticiler açısından yararları:

- Maliyet denetimi hata, hile ve varlıkların kötüye kullanılmasını engeller bu nedenle verimliliği artırır.
- Maliyet verilerinin güvenilirliğini artırır.
- Doğru ve güvenilir veriler yöneticilerin daha sağlıklı plan ve bütçe yapmasına olanak sağlar.
- Sorumluluk merkezlerinin fayda/maliyet analizlerinin daha sağlıklı olmasına katkı sağlar.
- Mevcut politika ve prosedürlerin eksikliklerini belirleyerek, yeni politika ve prosedürlerin geliştirilmesine katkı sağlar.

a. Ortaklar açısından yararları:

- Maliyet denetimi stok envanterlerinin ve iş süreçlerinin doğruluğunu artırır. Bu sayede karın doğru hesaplanmasına ve gerçekçi kar dağıtımına yardımcı olur.
- Dış denetçi tarafından yapılan maliyet denetimi işletme yöneticilerinin yeterlilik performansını ortaya çıkarır ve bu sayede çalışanların ve işletmenin diğer kaynakların daha verimli hale gelmesine katkı sağlar.

b. Kamu kurumları açısından faydaları:

- Maliyet denetimi maliyet artı kar sözleşmelerinde bilgi açısından kamu kurumlarına katkı sağlar.
- Herhangi bir endüstride fiyatların belirlenmesine katkı sağlar.
- Sektör standartlarının doğruluğunu tespit edip yeni standartlar oluşturulmasına katkı sağlar.

c. Müşteriler açısından yararları:

- Maliyet denetimi aracılığıyla verimlilik kontrol altına alınabildiği için, maliyetler azaltılarak müşterilere daha fazla kazanç sağlayabilir.

d. Maliyet muhasebecileri açısından yararları:

- Maliyet denetiminden elde edilen veriler işletmede çalışan maliyet muhasebecileri ile paylaşarak bu bölümdeki kişilere katkı sağlar.
- Maliyet denetimi maliyet muhasebecilerinin daha dikkatli olmasını sağlar.

4.4. Maliyet Denetim Süreci

Maliyet denetimi süreci yapılacak denetimin niteliğine göre değişebilir. Maliyet denetimi eğer işletmenin iç denetçileri tarafından yapılacaksa maliyet denetimin planlanması, planın uygulanması ve denetim çalışmalarının tamamlanarak raporlanması aşamalarından oluşur. Maliyet denetimi işletme dışı denetçiler tarafından yapılacaksa yukarıdaki sürecin başında işletmeyi tanımak amacıyla sözleşme öncesi faaliyetlere yer verilmelidir.

4.4.1. Maliyet Denetiminin Planlanması

Maliyet denetimi, maliyet hesaplamalarındaki ve kayıtlardaki maddi hataları tanımlayacak şekilde planlanmalıdır. Maliyet denetimi verilen bilgilerin bütünüyle ilgili makul bir güvence verecek şekilde programlanmalıdır. Makul güvence kavramı; maliyet muhasebesi bilgileri ve tabloların bir bütün olarak maddi bir hata içermediğine dair sonuca ulaşmaktır. Bu kavram tüm denetim süreci ile ilgilidir. Örneğin; kapasite ve stoklarla ilişkin bilgi almak için sipariş kartları ve yönetim programlarından faydalanabilir. Maliyet denetçisi verilen bilgileri destekleyecek kanıt toplar fakat bu toplanılan kanıtlar doğru olduğunu kabul etmesi anlamına gelmez. İşletmenin maliyet muhasebesi kayıtlarının kontrolünün maliyet denetim sürecinin bir parçasıdır. Maliyet denetimi planlama aşamasında, ekibin görevleri ve ihtiyaçlarıyla ilgili maliyet denetimi prosedürleri, denetim kanıtlarının elde edilmesi ve kalite kontrolün sağlanmasıyla ilgili önemli faktörler ortaya konularak zaman, işgücü, denetim alanları ve uygulanabilecek denetim teknikleri tesbit edilir.

Maliyet denetimi planlama aşamasında maliyet denetimi personelini tarafından yapılacak çalışmalar ve düzenlenecek belgeler belirlenir. Maliyet denetimi için gerekli teknik eğitim ve yeterlilik şartlarını sağlayan maliyet denetçileri doğru

yerlere yönlendirilmelidir. Maliyet denetçileri, zaman ve koordinasyon gereksinimleri için özel maliyet denetimi planına ihtiyaç duyabilirler. Burada maliyet denetçilerinin deneyim, konum ve özel uzmanlık alanları değerlendirilmelidir. Herhangi bir alana yetersiz personel atanmamalıdır.

Maliyet denetçisiyle ilgili dikkat edilmesi gerekli hususlar şunlardır:

- **Deneyim:** Maliyet denetimi personelinin farklı sektörlerdeki eğitim ve deneyimi göz önünde bulundurulmalıdır. Daha önce sektörde elde edilen deneyim ve pratik bilgiler maliyet denetimin yürütülmesinde yardımcı olur. Özellikle farklı sektörlerde maliyet yöntem ve hesaplamalarının çok farklı olması nedeniyle maliyet denetçilerinin belirli sektörlerde uzmanlaşmaya gitmesi daha faydalı olabilir.

- **Yönlendirme:** Görevlendirilen maliyet denetçilerinin yönlendirilmeleri ve gözetlenmeleri gerekir. Yönlendirme, maliyet denetçilerinin gerçekleştireceği sürecin ve sorumluluklarının bilgilendirilmesini içerir. Rutin maliyet denetimi işlemleri gerçekleştirilirken, maliyet muhasebesi ve denetimi ile ilgili ortaya çıkabilecek sektörün genel yapısıyla ilgili bilgilere yer verilmelidir. Maliyet denetim programı, maliyet denetçisinin, zaman planlamasına, genel denetim planına ve gerekli denetim kanıtlarına yönlendirilmesinde yarar sağlar.

- **Gözetim:** Denetim çalışmasının yönlendirilmesini ve gözden geçirilmesini kapsar. Maliyet denetim personelinin sorumluluklarını yerine getirmesi için aşağıdaki işlevler yerine getirilmelidir:

a) Maliyet denetim sürecini izlemek ve değerlendirmek:

- Atanan yardımcıları görevlerini kendileri yürütebilecek, gerekli beceri ve yeterliliğe sahip olmalıdır
- Yardımcılar maliyet denetim yönergelerini anlamış olmalıdır
- Maliyet denetimi, maliyet denetimi planı ve maliyet denetimi programına uygun olarak yürütülmelidir.

- b) Maliyet denetimi sırasında ortaya çıkan maliyet muhasebesi ve maliyet denetimi ile ilgili problemlerin farkında olup önemi değerlendirilmelidir.
- c) Personelin vereceği karar ile profesyonel mesleki yargıyla verilecek kararlar arasındaki farklılıklar ortadan kaldırılmalıdır.

4.4.2. Maliyet Denetiminin Uygulanması

Maliyet denetimi uygulama aşaması, bizzat maliyet denetim kanıtlarının elde edildiği aşamadır. Maliyet denetçisinin görüşüne dayanak oluşturacak denetim kanıtları maliyet muhasebesi kayıtları, maliyet muhasebesi ile elde edilen tabloları, denetlenen işletmenin beyanları ve diğer kaynaklardan elde edilen bilgilerdir. Maliyet denetimi prosedürleri ise, mali tablolardaki yanlışlıkları inceleyip bunlarla ilgili maliyet denetimi kanıtı toplamak anlamına gelir.

Bu incelemeler, işlemler ve bakiyelerle ilgili ayrıntılı incelemeler ve analitik incelemeler şeklinde olabilir. Maliyet denetçisi maliyet denetiminde elde ettiği kanıtın yeterliliğini ve uygunluğunu değerlendirmelidir.

Maliyet denetimi kanıtları bir araya getirilerek tarafsız ve dürüst olarak değerlendirilmelidir. Uygulanacak testler denetim kanıtı toplamının maliyeti üzerinde de etkilidir. Maliyet muhasebesi sisteminin özellikleri ve unsurlarının kontrol edilmesi olası sapmalar ve yeterli özelliklerin sağlanıp sağlanmadığı konusunda bilgi verebilir. Maliyet denetçisi her denetim alanında belli hedefler belirleyerek denetim işlemleri uygulamalıdır. Maliyet denetçisi maliyet muhasebesi için kullanılan standart maliyet, tahmini maliyet, bütçelenen maliyet ve planlanan maliyetlerin kontrolünü yapıp uygun ve yeterli kanıt toplamalıdır. Maliyet muhasebesi ve maliyet kontrolü için kullanılan prosedür ve yöntemleri anlamak, maliyet denetçisinin, denetim planının zamanlaması ve kapsamının belirlenmesinde yardımcı olur.

Maliyet denetçisi yönetimin geliştirdiği standartları ve uygulanan prosedürleri gözden geçirmeli daha sonra bağımsız olarak elde edilen standartlarla bunları karşılaştırmalıdır. Maliyet denetçisi denetim sırasında elde ettiği kanıtları kendi deneyimine bağlı olarak oluşturduğu standartlarla da karşılaştırıp son bir

değerlendirme yapmalıdır. Maliyet denetim prosedürleri değerlendirildikten sonra denetçi bunların makul olduğuna ikna olmalıdır. Doğrulama, fiziki inceleme, analitik inceleme, karşılaştırma, teyit, teftiş, izleme, detaylı inceleme hem kapasite ve ürünle ilgili bir denetim görüşü oluşturmak için hem de maliyet muhasebesi kayıtlarının ve maliyet tablolarının işletmenin tabi olduğu kurallara ve sektörle ilgili uygulamalara uygunluğunu belirlemek için kullanılır. Maliyet tabloları farklı sektörlerde üretim ve yardımcı hizmetlerin belirlenmesine yardımcı olur.

Maliyet denetimini uygulama aşaması aşağıdaki işlem ve süreçleri içerir.

- Sektör hakkındaki bilgilerin güncellenmesi: Maliyet denetiminin planlanması aşamasında ve maliyet denetimin uygulamalarının her bir aşamasında maliyet denetçisi sektör hakkındaki bilgilerini sürekli güncellemelidir. Güncelleme daha önce elde edilen bilgilerin değerlendirilmesini de kapsamalıdır. Maliyet denetçisi sektör hakkındaki bilgilerini üst düzey işletme personelinden, yasal anketlerden, istatistiklerden, sektörle ilgili yayınlardan, ticaret dergilerinden ve denetlenen işletmenin bina ve tesislerini ziyaret ederek güncelleyebilir. Sektör hakkında ve denetlenen işletme hakkında bilgiler, maliyet denetiminin yürütülmesinde son derece önemlidir. Maliyet denetçi ve yardımcıları, maliyet denetimini etkin bir şekilde gerçekleştirebilmek için işletme faaliyetleriyle ilgili bilgilere sahip olmalıdır. Bu da maliyet denetçileri ve yardımcıları ve diğer görevlilerin ek bilgileri paylaşmasıyla ilgili baştan anlaşma yapılmasıyla sağlanır.

- Yasal ve düzenleyici çevre: Maliyet denetçileri maliyet denetiminin planlanması ve yürütülmesi aşamasında denetlenen işletmenin içinde bulunduğu yasal ve düzenleyici çevre hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Yasa ve diğer düzenlemelere uygunluk her ne kadar denetçinin sorumluluğunda değil işletme yönetiminin sorumluluğunda olsa da maliyet muhasebesi kayıtları ve maliyet muhasebesiyle ilgili denetlenen işletmenin usullere uygunluğu izlenir. Bu tür hükümlere uygun olmayan mali tablolar maliyet denetimi raporuna etki edecek sonuçlar da doğurabilir.

- Organizasyon yapısı: özellikle maliyet denetçisi bağımsız bir denetçiye, denetlenen işletmenin tedarik, üretim ve pazarlama işlevleriyle ilgili, idari yapı ve

ortaklık yapısıyla ilgili bilgi edinmelidir. Çünkü maliyet denetçisi fonksiyonel yöneticilerle aynı çalışma ortamı içinde olacaktır. Her fonksiyon ve alt fonksiyonlar uygun bir yapıya göre organize edilmelidir. Denetlenen işletmenin her fonksiyonu doğrudan doğruya maliyetler üzerinde etkili değildir. Maliyet denetçisi fonksiyonel yapı hakkında maliyet denetiminin etkinliği hakkında ilgili yöneticilerle birlikte yorumlar yapacaktır. Bu nedenle fonksiyon yöneticileri ve diğer yöneticilerle yakın ilişki içinde olmalıdır.

- İşletme Beyanları: işletme beyanlarının doğruluğunu ortaya çıkarmak amacıyla ve makine saati, üretim üniteleri, kapasite ve fiili kullanım arasındaki farkların nedenleri, üretim kapasitesinin açıklanması ve stok giriş çıkışıyla ilgili mali yılsonunda miktar ve maliyet açısından karşılaştırmalar yapılabilmesi için;

- Stokların ilk madde ve malzeme ve bileşenleri
- Stokların üretim süreci
- Tamamlanan stoklar
- Ve diğer stoklar, maliyet denetçisi tarafından incelenmelidir.

- Ürün veya hizmetlerin incelenmesi: Ürün veya hizmetin oluşumu sırasında hangi aşamalardan geçtiği, ürünün veya hizmetin temel özellikleri, ürün veya hizmetin oluşum sürecinde kullanılabilecek maliyet muhasebesi sistem ve tekniklerinin neler olduğu hakkında maliyet denetçisi bilgi sahibi olmalıdır.

Maliyet denetçisi yukarıda açıklanan unsurları inceledikten sonra daha detaylı olarak maliyetlerin oluşumu ve özelliklerini etkileyen kayıtlar ve hesaplamalar üzerinde inceleme yapar. Bu incelemeler yapılırken de özellikle aşağıdaki maliyet unsurları şu şekilde incelenmelidir.

- İlk madde ve malzeme: İlk madde ve malzemeler ve diğer malzemeler üretim maliyetlerinin doğrudan büyük bir bölümünü teşkil eder. Mali tablolarda verilen ilk madde ve malzeme maliyetlerinin değer ve miktar olarak doğrulanması gerekir. Şeker, un ve çimento gibi sanayi sektörlerinde taşıma maliyetleri üretim maliyetlerinin önemli unsurlarını oluşturdukları için ayrı ayrı tespit edilmelidir. İthal ilk madde ve malzeme halinde ise ülkeler arası faiz oranları, gümrük giderleri, sigorta gideri, uluslararası navlun giderleri, liman giriş çıkış nakliye giderleri ve

antrepo giderleri diğer çeşitli önemli maliyet unsurlarıdır. Gelir vergileri ve satış vergileri ayrı ayrı kayıt altına alındığı için ayrı ayrı incelenmelidir. İlk madde ve malzemeler üretim süreciyle ilgili olmasına rağmen, direkt ilk madde ve malzemeler üretim sürecinde doğrudan belirlenebilirken bir kısmı sadece üretime yardımcı olur. Yani nispeten önemsiz malzemeler vardır. İlk madde ve malzemeler direkt ve endirekt olarak sınıflandırılabilir. Denetlenen yıldaki ilk madde ve malzemelere ait veriler ile geçmiş en az iki döneme ait verilerin karşılaştırılması gerekir.

Hizmet üretim işletmelerinde ise işçilik giderleri ve genel üretim giderleri malzeme maliyetlerinden çok daha önemli bir yer tutmaktadır. Maliyetler özellikle işçilerin işlemleri arttıkça artar.

Malzeme kullanılırken, kullanılan malzemenin hangi amaçla tüketildiğine dikkat edilmelidir. Bir işletmede direkt olarak kullanılan bir malzeme başka bir işletme için endirekt olabilir. Maliyet denetçisi bu ayrımı yapabilecek sektör bilgisine sahip olmalıdır. Bununla beraber maliyet denetçisi maliyetin gidere dönüşme sürecini ve bunların kayıtlarla ne şekilde aktarıldığını takip etmelidir. Özellikle bu konuda ülkemizde teori ve uygulamada bir kavram karmaşası vardır. Teoride gider; maliyet tükendiğinde ortaya çıkmasına rağmen, Tekdüzen Hesap Planında hesap isimlerinde “gider” kavramı kullanılmaktadır. Malzeme kullanımı normalde üretim için malzeme tüketimidir. Her maliyet denetçisi malzeme değerlemesinin nasıl olduğunu bilmelidir. Üretim süreçlerinde kullanılan malzemeler dikkatlice kontrol edilmeli, direkt malzeme ve endirekt malzeme kayıt kuralları bilinmelidir.

Standart olarak hesaplanan maliyetler, bilimsel ve teknik esaslı olduğu için kontrollerin daha sağlıklı olmasına imkan verir. Kontrol ve kontroller maliyet muhasebesinde farklı değerlendirilir.

Önemli malzeme maliyetleri ile ilgili tahminler karşılaştırılmalıdır. Eğer standardı belirlenemeyen işlemler varsa işletme yönetimi tarafından oluşturulmuş tahminler olmalıdır. Eğer tahminler yoksa denetçi deneyimlerine göre bir standart veya tahmin belirlemelidir. İncelenen iki yıl içindeki tahminler ve standartlar arasındaki farklılıklar, maliyet denetçisi tarafından yorumlanmalı ve maliyet denetim raporunda açıklanmalıdır.

Maliyetle ilgili maliyet muhasebesi kayıt kuralları, genel olarak ilk madde ve malzeme maliyetlerinin ve miktarlarının nasıl kayıt altına alınması gerektiğini açıklar. İlk madde ve malzeme maliyetleri üretimle ilgili, nakliye, sigorta gibi tüm maliyetleri kapsar. İlk madde ve malzeme maliyetleri ile ilgili temel kurallara uyulmalı ve maliyet denetçisi bunlar üzerinde yorum yapmalıdır.

Malzemeyle ilgili kayıtlar incelenirken maliyet denetçisi uygulanan muhasebe politikalarını ve ilgili yasal düzenlemeleri de bilmelidir. Örneğin Türkiye Muhasebe Standartlarında tanımlanan ilk madde ve malzeme maliyetinin kapsamı ile Vergi Usul Kanunundaki ilk madde ve malzeme maliyetinin kapsamı farklıdır. Maliyet muhasebesi düzenleme ve kuralları, malzeme maliyetine nelerin dahil edileceği konusunda açıklamalar içermektedir. Maliyet denetçisi malzeme kullanılabilir hale gelene kadar katlanılan planlama, tedarik, satın alma, takip, taşıma ve ilgili diğer tüm masrafları incelemelidir. Herhangi bir atık malzeme veya yan ürün malzemesi maliyeti dikkatlice incelenmeli sektördeki standart ve normal oranlarla karşılaştırılarak kontrol edilmelidir. (Monir Zaman Mir, Bikram Chatterjee, “ The role of mandatory cost audit in enhancing trust: the case of India”, www.emeraldinsight.com/1176-6093.htm, 13.01.2012, p. 38.)

- İşçi Ücret ve Giderleri: İşçilikle ilgili giderler maliyetlerin önemli bir bölümünü oluşturduğu için maliyet denetçisi için ayrı bir denetim alanını oluşturur. Maliyet denetçisi maliyet denetiminde asgari olarak aşağıdaki işlemleri yapmalıdır:

Tüm bölümlerde çalışanlar için ödenen ücret ve işçilik giderler aşağıdaki gibi ayrı ayrı incelenmelidir:

- Üretimle doğrudan ilgili işçilik maliyetleri
- Üretimle endirekt ilgili işçilik maliyetleri
- Bölüm yöneticilerinin maliyeti
- Satış ve dağıtım bölümünde çalışanların maliyeti
- İşçi ve memurlara ödenen primler
- Diğer çalışanların maliyeti ve
- Çalışanların toplam maliyeti

- Yöneticiler ve yönetimden sorumlu kişilerin maaş ve ek ücretleri,
- Yıl içinde kullanılan toplam direkt işçilik,
- İşçilerin yıl içi ortalama istihdam sayısı,
- Ürün başına direkt işçilik maliyeti,
- Önceki yıllarla değişiklik varsa kısa bir açıklama,

Artan verimlilik ve üretim maliyeti ile teşvik primleri arasındaki ilişki yorumlanmalıdır.

Hedefler belirlenirken ulaşılabilir hedefler dikkate alınmalıdır. Çünkü gerçekleşemez hedefler insanlar üzerinde baskı kurduğundan, çalışanları hile yapmaya sevk eder. Hile bilinçli olarak yapıldığı için ortaya çıkarılması daha zordur. Maliyet denetçisi bu alanlarda riski daha yüksek belirleyip daha ayrıntılı çalışmalar yapmak zorundadır. Maliyet denetçisi sadece direkt işçilik maliyetlerini değil, aynı zamanda satış dağıtım ve yönetici ve yönetimden sorumlu kişiler için söz konusu olan hedefleri de çeşitli analiz yöntemleri kullanarak incelemelidir.

Belli bir faaliyet aralığında, olağandışı durumlar söz konusu değilse işçilik giderlerinin arasında anlamlı bir ilişki olması gerekir. Maliyet denetçisi anlamlı ilişkinin sürdürüldüğünü belirlemek ve karşılaştırmalar için özellikle analitik inceleme tekniklerinden faydalanmalıdır.

Toplam direkt işçilik saati, yıl boyunca ortalama çalışan işçi sayısı, üretim birimi başına düşen direkt işçilik maliyeti ve diğer işçilik maliyetlerinin önceki iki yıla göre değişimlerinin yorumu denetim raporunda yer almalıdır. Çalışan işçi ücret maliyetleriyle ilgili ayrıntılı çalışmalar denetim raporunda kapsamlı bir şekilde yer almalıdır.

• Maliyet merkezleri: Bölümler maliyet muhasebesi açısından maliyet merkezi olarak nitelendirilir. Maliyet merkezlerini; üretimle doğrudan ilgili olanlar, üretim için yan girdi üretenler, üretim bölümlerine hizmet sunular olarak sınıflandırabiliriz. Hizmet veya ürünün ortaya çıktığı esas maliyet merkezine, hizmet sunan maliyet merkezlerinin maliyetleri dağıtım anahtarları yardımıyla yüklenmektedir. Dolayısıyla

denetçi bu maliyet merkezlerini tanımlamalı, maliyet merkezlerinin maliyetlerini belirlemeli, dağıtım anahtarlarının uygun olup olmadığını incelemelidir. Bu incelemelerde özellikle denetçi gözlem, belge incelemesi, yeniden hesaplama, fiziki inceleme ve bilgi toplama tekniklerini kullanabilir.

Stok giriş- çıkış hareketlerinin ve tamir bakım maliyetlerinin, esas ve yardımcı maliyet merkezlerindeki maliyetleri kayıt altına alınmalıdır. Maliyet denetçisi maliyet merkezlerindeki kayıt sistemlerini, makbuzları, sayı ve denge, miktar ve değerleri aşağıda açıklandığı şekilde incelemelidir:

Maliyet denetçisi, esas ve yardımcı maliyet merkezleri listesini inceleyerek, stoklar ve devir (ageing inventory) özelliklerini bilmelidir. Maliyet denetçisi özellikle son yirmi dört ayda maliyet merkezlerinde hareket görmeyen stoklara dikkat etmelidir. Çeşitli stok değerlendirme yöntemleri (LIFO, FIFO ve NIFO) varlık maliyetleri üzerinde etkilidir. Eğer ilgili sanayi dalında kullanılan değerlendirme yönteminden farklı bir değerlendirme varsa maliyet denetçisi raporunda bunu belirtmelidir. Envanterlerle ilgili kayıtlarda miktar ve değerler incelenmelidir. Genellikle mali tabloların önemli bir varlık unsuru olan stoklar, denetlenen işletme tarafından sayılırken maliyet denetçisi bu sayıma eşlik etmelidir. Maliyet denetçisi muhasebe denetiminden sonraki envanter kayıtlarını dikkate almalıdır.

- Genel üretim maliyetleri: Genel üretim maliyetleri teknolojinin gelişmesiyle birlikte önemli bir maliyet unsuru haline geldiğinden maliyet denetçileri tarafından ayrıntılı bir şekilde incelenmelidir. Burada inceleme yapılırken daha alt denetim alanlarının oluşturulması maliyet denetçisinin çalışmasının daha sağlıklı olmasını sağlar. Bu denetim alanları aşağıda maddeler halinde açıklanmıştır:

- Güç ve enerji her türlü elektrik enerjisi, yakıt, hava, gaz, buhar ve sıkıştırma ile elde edilmiş vb. maliyet unsurlarını içerir. Enerji türleri kimden ne miktarda alınmış ise kayıtlarda mevcut olmalıdır. Seri üretimle ilgili ilave maliyetlerin kurallara göre kayıt altına alınmış olması gerekir. Farklı bölümlere veya üretim birimlerine ait güç ve enerji maliyetleri değerlendirilmek üzere kayıt altında tutulmalıdır. Yüksek maliyete sahip olan bölümler için ayrı bir ölçümleme cihazları ile teknik tahminler yapılmalıdır.

- Çeşitli maliyet merkezlerinin enerji için aldıkları yakıt giderleri kayıt altında olmalıdır. Farklı gider merkezleri için satın alınan doğalgaz gibi yakıt giderleri ayrı ayrı değerlendirilerek gerçek maliyete yakın şekilde belirlenmelidir. Fazla veya eksik yakıt giderlerinin belirlenmesi için kayıtlara ait belgeler muhafaza edilmelidir.
- Maliyet denetçisinin güç ve yakıt giderlerini yüzde olarak değerlendirerek incelemesi gerekir. Enerji maliyetlerinin önemi sadece fiyat eğilimlerini arttırdığı için değil, malzeme eksikliği içinde önemlidir.
- Bakım onarım maliyetleri, maliyet merkezleri için ayrı ayrı ele alınıp incelenir. Bazı işletmelerde bakım onarım hizmetleri işletme dışından alınır. Bakım onarım maliyetleri fayda açısından değerlendirilmelidir. Bölümlere göre maliyetleme de faaliyetlerin sınıflandırılması içinde bakım onarım maliyetleri de yer alabilir. Yüksek bakım onarım maliyetleri genellikle bir yıldan uzun kullanılan varlıklarda meydana gelir ve bu maliyetlerin yıl içine dağıtılması gerekir. Bu maliyetler izleyen finansal yıllarda işletmeye katkı sağlar. Bu tür harcamalar ertelenen gelir veya sermaye harcamaları olarak kabul edilir.
- Maliyet muhasebesi kayıt düzenlemeleri, sabit varlıklar için amortisman kaydı yapılmasını gerektiğini ifade eder. Amortisman politikası, varlığın faydalı ömrüne eşit paylı veya alternatif bir yöntem olarak uygulanabilir. Hangi uygulama olursa olsun sürekli izlenmelidir. Hangi yönteminin daha kullanışlı olduğu takip edilmeli ve fazla veya eksik amortisman hesaplamasının etkileri incelenmelidir.
- Yönetimle ilgili diğer maliyetler ayrı ayrı ele alınıp geçmiş iki yılın verileri ile karşılaştırılmalıdır. Yukarıda sıralanan işlemler uygulanırken maliyet denetçisi, maliyet denetimi raporunda vereceği görüş için önemli olan her konuda elde ettiği kanıtları belgelendirmelidir. Burada belgelendirmeye ifade edilmek istenen, maliyet denetçisinin denetim süreciyle bağlantılı olarak elde ettiği çalışma kağıtlarıdır.

Çalışma kağıtları fiziken kağıt olarak, elektronik ortamda veya başka bir ortamda düzenlenebilir. Çalışma kağıtları; maliyet denetimi sonucunda, maliyet denetçisinin görüşünü destekleyecek denetim kanıtlarının kaydını sağlar. Çalışma kağıtlarının kapsamının ne olacağı ise maliyet denetçisinin mesleki kanaatine bağlıdır. Çalışma kağıtları maliyet denetiminin detaylı yönlerini kapsayabilir veya günlük çalışmaları içerebilir. Çalışma kağıtları her bir maliyet denetçisi tarafından hazırlanabilir. Çalışma kağıtları kimin nasıl sorgulama yaptığına dair tüm bilgileri içermelidir. Çalışma kağıtlarının şekli ve içeriği, işin yapısı, çevresi, karmaşıklığı ve maliyet

muhasbesi ve iç kontrol sisteminin durumuna göre belirlenir. Ülkemizde uygulanan bağımsız denetimlerde ve meslek mensupları tarafından yapılan vergisel açıdan bağımsız denetimlerde çalışma kağıtlarıyla ilgili yasal düzenlemelerde hem Sermaye Piyasası Kanunu'nda, hem de Türk Ticaret Kanunu'nda çalışma kağıtlarının 10 yıl saklanması gerektiği açıklanmıştır.

Denetim listesi, onay formları ve standart harfler gibi standart çalışma kağıtları kullanılması, hazırlanan çalışma kağıtlarının verimliliğini artırır. Çalışma kağıtları denetim ekibinin işini kolaylaştırır ve denetim kalite kontrolüne katkı sağlar. Kuruluş tarafından hazırlanan tabloların, raporların, programların, analizlerin ve maliyet denetiminin bir parçası olarak hazırlanan çalışma kağıtlarının, düzenli ve doğru olmasına dikkat edilmelidir.

4.4.3. Maliyet Denetiminin Tamamlanması ve Raporlanması

Maliyet denetçisi elde ettiği bulguları değerlendirerek denetim programında eksik bir alan kalıp kalmadığını kontrol etmelidir. Burada bir kez daha genel analitik testler özellikle riskli alan kalıp kalmadığı konusunda denetçiye yol gösterici olabilir. Maliyet denetçisi ortaya çıkardığı yanlışlıklarının düzeltilip düzeltilmediğini dikkate alarak denetim raporunun taslağını ilgililere sunar. İtirazlar değerlendirilip ilgililer bilgilendirildikten sonra raporunun son şekli verilir. Rapor hazırlanırken işletme içi kullanıcılar için ayrıntılı hazırlanabilir. Maliyet denetim raporunun şekil standartları belirlenmemiş olmakla beraber yapılan işin niteliğine göre değişebilir.

4.5. Maliyet Denetimi ve Mali Rapor Hazırlayıcılar

Maliyet denetiminin ayrı bir denetim olarak mı yoksa mali denetimin bir parçası şeklinde mi uygulanması gerektiği konusunda değişik fikirler bulunmaktadır. Yapılan görüşmelerde mali rapor hazırlayıcılar maliyet denetiminin zorunlu olması konusuna ek bir maliyet getireceğine inandıkları için çok sıcak bakmamaktadırlar.

Bu açıklamayı yapanlar zorunlu maliyet denetiminin sadece mali denetim çalışmalarını çoğaltacağını düşünmektedirler. Mali denetçilere göre ise işletmelerin ana varlık ve maliyetlerinin neler olduğu bir denetim raporu imzalanmadan önce

dikkatlice belirlenmelidir. Maliyet denetimine mali rapor hazırlayıcıların, maliyet denetçilerinin ve yatırımcıların bakış açısı aşağıdaki şekilde özetlenebilir (Mir, Chatterjee, a.g.m., p. 37);

- ✓ Maliyet denetçisi Maliyet denetimi yardımıyla doğru maliyet verilerini kullanarak, düzgün satış bilgileri sağlanarak verginin doğru hesaplanmasını sağlar.
- ✓ Maliyet denetimi mevcut ve potansiyel yatırımcıların, finans kuruluşlarının, analistlerin, bankaların, sigorta şirketlerinin, müşterilerin ve çeşitli kamu kurumlarının duyduğu güveni artırır.
- ✓ Maliyet denetimi işletme yönetiminin verimlilik standartlarını tespit etmesine katkı sağlar.
- ✓ Maliyet denetimi kıt kaynakların etkin kullanımı sağlayarak hammadde kullanımını azaltır.
- ✓ Maliyet denetimiyle erişilemeyen kamu raporları. Mali raporları hazırlayıcılar Maliyet denetimi çok pahalı değil, sadece maliyet denetçisine ödeme gerektirir.
- ✓ Zorunlu maliyet denetimi ve maliyet denetçileri ile sadece mali denetimin çoğaltılarak maliyet ve gider konularını araştırılması.
- ✓ Maliyet denetimi, maliyet denetim süreci olarak bilgi kullanıcılarına güvenilir bilgi sağlayacak bütünlükte değil.
- ✓ Maliyet denetimin bilgi kullanıcıları için bir önemi yok. Gelir vergisi için sadece mali denetim raporları yeterli.
- ✓ Maliyet denetiminin daha doğru maliyet verilerini sağlayan özel bir rolü yoktur.

- ✓ Yatırımcılar Maliyet denetimi daha güvenilir maliyet verilerini artırarak, kar ve zararın daha doğru hesaplanma şansını artırabilir.
- ✓ Maliyet denetimi tekel durumda daha fazla katkı sağlayabilir.
- ✓ Maliyet denetimi Hindistan gibi ülkelere hiçbir fayda vermez, rekabet ortamında her şirket maliyetini mümkün olduğunca düşük tutmak isteyecek.
- ✓ Maliyet denetimi, yatırım kararlarında yatırımcıların güvenini geliştirmede etkili değildir.
- ✓ Maliyet denetimi, işletmelerin ekstra maliyetlerini arttırdığından ürünlerin maliyetini artırır.
- ✓ Maliyet denetimi işletme yönetiminin operasyonel verimlilik standartlarını tespit edemiyor.
- ✓ Maliyet denetimi mali denetimin sadece çoğaltılmış bir parçası

5. BÖLÜM

5. KAPASİTE PLANLAMASI VE KAYNAK YÖNETİM

5.1. Sağlık Sektöründe Kapasite Durumu ve Kaynak Kullanımı

Sağlık hizmetleri yakın zamana kadar devlet tarafından verilmekteydi. Son zamanlarda sağlık sektöründe özel hastanelerin sayısının artmasıyla birlikte, sağlık sektöründe rekabet şiddetlenmiştir. Hastaneler artan rekabet karşısında ayakta kalabilmek ve hızla değişen teknolojiye ayak uydurabilmek için, kaynaklarını etkin ve verimli şekilde kullanmak, performanslarını doğru şekilde ölçmek zorundadırlar. Bunu başarabilmek için hastane yöneticilerinin, maliyet, kalite ve finansal performanslarını etkileyen faktörleri ve bu faktörlerin hangilerinin daha önemli olduğunu bilmeleri ve bu faktörleri etkin şekilde yönetmeleri gerekmektedir.

Performans, genel anlamda amaçlı ve planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır. Bir is sisteminin performansı, belirli bir zaman dilimi sonucunda, o is sisteminden elde edilen çıktı ya da çalışma sonucudur. Bu sonuç, işletme amaç ve hedeflerinin yerine getirilme derecesi olarak algılanmalıdır. Bu kapsamda işletme performansı, işletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için gösterilen çabaların değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir (Akal, 1992, s.1). Performans, bir işi yapan bir bireyin, bir grubun ya da bir işletmenin o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak nereye varabileceğinin nicel (miktar) ve nitel (kalite) olarak ifadesidir (Bas ve Aktar,1991, s.34). Performans ölçümü sadece üretim işletmelerinde değil, hizmet işletmelerinde de üzerinde titizlikle durulması gereken bir kavramdır. Hizmet sektörünün önemli alt sektörlerinden birisi de, sağlık sektörüdür. Sağlık hizmetleri hasta merkezli bir hizmettir ve hastalar ile sürekli etkileşim gerektirmektedir. (Li et al., 2002, s.389). Artık günümüzde, sadece özel hastane yöneticileri için değil, kamu hastanelerindeki yöneticiler için de makul bir maliyette, kaliteli sağlık hizmeti sunmak ve finansal performanslarını artırmak önemli bir amaç haline gelmiştir. Bununla birlikte, hastanelerin yapıları ve büyüklükleri birbirinden farklı olduğu için, farklı hastane türleri için uygun performans ölçülerini bulmak, uğraştırıcı ve güçtür. Hastanelerde performans ölçümü ilk kez, 1732’de Dr. Clifton ve Florence Nightingale tarafından gerçekleştirilmiştir (Jowett and Rothwell, 1988). Nightingale’in bilgi toplama sistemi sayesinde hastanelerde, verilen hizmetlerin kalitesinde önemli iyileşmeler olmuştur (Rosser, 1983). 1970’lerde tıbbi teknolojilerde meydana gelen gelişmeler ile birlikte, tüm sağlık kuruluşları için teknoloji ve tıbbi bilgi sistemlerine yapılması gereken yatırım miktarı, stratejik önem kazanmıştır (Pegels and Roger, 1988). 1980’lerin sonlarında ve 1990’ların başlarında sağlık sektöründeki yöneticiler, imalât sektöründe geliştirilen performans kavram ve modellerini hastanelere uyarlamaya başlamışlardır (Berwick et al., 1991; Heineke, 1995; Roth and Van Dierdonck, 1995; Buler et al., 1996). Uluslararası literatürde hastanelerin maliyet, kalite ve finansal performanslarını etkileyen faktörler üzerine pek çok çalışma yapılmıştır.

Sağlık literatürü, uzun zamandır, hastanelerde kapasite artırımının yönetimi ile maliyet ve kalite performansı arasında direkt bir ilişki olduğunu kabul etmektedir (Accreditation Manual 1993, Berwick et al, 1991, Donabedian, 1982; Fetter et al., 1980; Flood and Scott, 1987; Griffith et al. 1976; Li and Benton, 1996; Smith-

Daniels et al., 1988). Pek çok yazar tarafından kapasite ve kaynak yönetim kararlarının hastane performansı üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda, daha etkili kapasite kaynak yönetim kararlarının benimsenmesinin hastanelerin maliyet, kalite ve finansal performansı üzerinde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Li and Benton, 1996; Smith-Daniels, 1988, Siferd and Benton, 1994). Griffith et al., (1976) ile Lowery and Martin (1992), tesis yönetimi, ekipman yönetimi ve hastane maliyet performansı arasındaki ilişkiyi, matematiksel bir model ve ampirik çalışma yoluyla ortaya koymuşlardır. Araştırma sonucunda etkili tesis yönetimi ve kapasite artırımının yönetimi yoluyla, maliyette önemli azalmalar ve kalitede iyileşmeler ortaya çıkmıştır (Griffith and diğerleri, 1976, Smith-Daniels et al.,1988). Abernathy et al., (1973), Offensed, (1972) and Siferd (1994) ise yaptıkları çalışmada, personel yönetimi ve performans arasında bir bağlantı kurmuşlardır.

Hastaneler arasında rekabetin artması, hastaneleri sağlık alanındaki teknolojik yeniliklere yatırım yapmaya zorlamaktadır (Robins, 1994). Yeni teknolojilerin uygulanması yoluyla sağlık hizmetlerinin hem kalite hem de maliyetlerinin iyileştirilmesi ve böylece hastanelerin finansal performanslarının artırılması, sağlık sektöründeki yöneticilerin en önemli amaçlarından birisi haline gelmiştir.

Günümüzde kapasite artırımının yönetimi, hasta kabulünün yönetimi, teknoloji kullanımı, personel yönetimi ve sürekli iyileştirme olguları hastanelerde maliyet ve finansal performans üzerinde etkili olan en önemli değişkenler olarak görülmektedir (Sox et al.,1989). Gittikçe yükselen hastane maliyetlerinin azaltılması gibi önemli bir organizasyonel amaç, ancak bu unsurların etkin şekilde yönetimi yoluyla başarılabilir. Son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık hizmetlerinin maliyetleri gibi konularda teknolojinin önemini gösteren teorik ve ampirik çalışma yapılmıştır (Spetz and Maiuro, 2004, Li and Collier, 2000). Hastanelerde teknolojinin yaygınlaşması günümüzde önemli bir konu haline gelmiştir. Ayrıca hastane hizmetlerinde ileri teknoloji ekipman ve cihazların kullanımı hastanelere önemli rekabet avantajı kazandırmaktadır.

Bazı hastaneler daha kaliteli yemek, daha kaliteli bakım hizmetleri gibi belirli konularda diğer hastanelerden farklı bir konfor sunarak rekabette avantaj

sağlamaktadırlar. Teknoloji insan problemlerinin çözümüne yardımcı olacak şekilde; aletlerin, makinelerin, materyallerin ve süreçlerin uygulanması ve geliştirilmesidir. Sağlık bakım maliyetleri üzerinde teknolojinin etkisini gösteren çalışmalar, yeni teknolojik alet ve prosedürlerin genellikle pahalı olduğunu, bu yüzden kısa vadede maliyetleri artıracığını kabul etmektedir. Sunulan hizmetlerin genişliği (çeşitliliği) maliyetleri etkilemektedir.

Ancak hastaneler tıbbi alanda rekabet edeceklerse, teknolojik yenilikleri yakından takip etmeleri ve bu pahalı teknolojik ekipmanlara yatırım yapmaları gerekmektedir (Spetz and Maiuro, 2004). Buler et al., (1996), yaptıkları çalışmada gittikçe yükselen hastane masraflarının kısılması, kapasite planlama ya da personel programlama konuları üzerine odaklanmışlardır. Roth et al., (1996), hastane teknoloji yönetimi üzerine odaklanan stratejik bir model üzerine çalışmışlardır. Roht and Van Dierdonck, (1995) malzeme ihtiyaç planlama kavramını kullanarak hastane kaynak yönetimini ele almışlardır. Heineke (1995) stratejik imalat modelini sağlık hizmetleri için özellikle de doğum departmanlarının altyapı yönetiminde (infrastructure management) uygulamışlardır. Bu yenilikçi çalışmalar yoluyla, hastane yöneticilerine stratejik operasyon yönetimi için kavramsal bir zemin oluşturulmuştur. Li et al., (2002), Amerikada'ki kamu hastanelerinde kuruluş yeri, büyüklük ve tıbbi eğitim durumu gibi belirli yapısal kısıtlar ile hastane performansı ve orta vadeli altyapı operasyon kararlarının hastanenin maliyet, kalite ve finansal performansı üzerindeki etkilerini ortaya koymuşlardır.

Sağlık sektörüyle ilgili literatürde, son zamanlarda yapılan çalışmalar incelendiğinde, tesis yönetimi, teknoloji yatırımlarının yönetimi, personel yönetimi ve sürekli iyileştirmenin, hastane maliyet, kalite ve finansal performansı üzerindeki etkileri üzerine yapılan çalışmaların popüler hale geldiği görülmektedir (Li and Benton, 2003; Li et al., 2002). Ülkemizde ise, tesis yönetimi, teknoloji yatırımlarının yönetimi, personel yönetimi ve sürekli iyileştirme ile hastane performansı arasındaki ilişkinin araştırılmasına yeterince önem verilmediği ve bu konuda hiç ampirik çalışma yapılmadığı izlenmektedir. Bu noktadan hareketle, literatürdeki bu açığın giderilmesi, bakımından bu çalışma önem arz etmektedir.

Kamu ve özel sektörde faaliyet gösteren hastanelerde tesis yönetimi, teknoloji yatırımlarının yönetimi, personel yönetimi ve sürekli iyileştirmenin hastane maliyet, kalite ve finansal performansı üzerindeki etkilerini ve bu etkilerin yatak kapasitesine göre değişip değişmediğini ortaya koymaktır. Sağlık sektörü hizmet sektörünün önemli alt sektörlerinden birisidir.

Son yıllarda, sağlık sektöründe özel hastanelerin payının artmasıyla birlikte, sektörde rekabet hız kazanmıştır. Uluslararası literatürde sağlık sektöründe yapılmış pek çok çalışma olmasına rağmen, bu çalışmalarda genellikle hastanelerin etkinlik ve verimliliklerinin ölçüldüğü, performansı etkileyen faktörlerle ilgili yapılan ampirik çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Ülkemizde ise, performans ölçümü konusunda yapılan ampirik çalışmalar genelde imalat sektörü üzerine yoğunlaşmış, hizmet sektörü akademisyenlerin ve araştırmacıların dikkatinden kaçmış özel bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde sağlık sektöründe yapılan çalışmalarda hastanelerin etkinlik ve verimlilik analizlerine yönelik pek çok çalışma olmasına rağmen, hastanelerin maliyet, kalite ve finansal performansları üzerinde etkili olan değişkenlerin tespitine yönelik yapılan ampirik çalışmalar yetersiz kalmıştır. Bu noktadan hareketle bu çalışmanın amacı, Türkiye’de faaliyet gösteren tüm kamu ve özel hastanelerde, hastanelerin maliyet, kalite ve finansal performansları üzerinde, tesis yönetimi, teknoloji yatırımlarının yönetimi, personel yönetimi ve sürekli iyileştirmenin etkilerini araştırmaktır.

Uluslararası literatürde yapılan çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada, yatak kapasitesinin ılımlaştırışı değişken etkisi de incelenecektir. Bu çerçevede, hem literatürde farklı modellerde kullanılan farklı boyutların topluca bir modelde ele alınması, hem Türkiye genelindeki tüm hastaneler üzerinde uygulanması sebebiyle sonuçların genelleştirilebilmesi açısından hem de uluslararası literatürde su ana kadar incelenmemiş bir konu olarak, yatak kapasitesinin ılımlaştırışı etkisinin test edilmesi bakımından literatüre katkısı açısından çalışma önem taşımaktadır. Özetle bu çalışmanın amacı;

1. Türkiye’de faaliyet gösteren tüm kamu ve özel hastanelerde kapasite ve kaynak yönetim kararlarının (tesis yönetimi, teknoloji yatırımlarının yönetimi, personel

yönetimi ve sürekli iyileştirmenin) hastanelerin maliyet, kalite ve finansal performansları üzerindeki etkilerini,

2. Kapasite ve kaynak yönetim kararlarının hastane maliyet, kalite ve finansal performansı üzerindeki etkilerinin yatak kapasitesine göre değişip değişmediğini, yani tesis yönetimi, teknoloji yatırımlarının yönetimi, personel yönetimi ve sürekli iyileştirme ile hastanelerin maliyet, kalite ve finansal performansları arasındaki ilişkide yatak kapasitesinin ılımlaştırışı değişken etkisini araştırmaktır.

Türkiye’de özel ve kamu sektöründe faaliyet gösteren hastanelerin, maliyet, kalite ve finansal performansları üzerinde etkili olan faktörlerin incelenmesi hedeflenmektedir. Türkiye’de şu ana kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde, hastanelerin maliyet, kalite ve finansal performansını etkileyen faktörler ile ilgili ampirik çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Uluslararası literatür de yapılan çalışmalardan yola çıkılarak daha kapsamlı bir model ortaya konulmuş ve Türkiye’deki hastanelere bu model uygulanmıştır. Araştırmanın amacına hizmet etmek amacıyla, cevap aranan temel sorular şunlardır;

1. Türkiye’de kamu ve özel sektörde faaliyet gösteren, hastanelerin maliyet, performansı üzerinde kapasite ve kaynak yönetim kararlarının etkileri?
2. Türkiye’de kamu ve özel sektörde faaliyet gösteren, hastanelerin kalite performansı üzerinde kapasite ve kaynak yönetim kararlarının etkileri?
3. Türkiye’de kamu ve özel sektörde faaliyet gösteren, hastanelerin finansal performans üzerinde kapasite ve kaynak yönetim kararlarının etkileri?
4. Kapasite ve kaynak yönetim kararlarının maliyet, kalite ve finansal performans üzerindeki etkilerinin yatak kapasitesine göre değişip değişmediği?(Yatak kapasitesinin ılımlaştırışı etkisi) araştırılacaktır.

Sağlık sektöründe rekabetin artmasıyla birlikte, hem özel hastanelerde hem de kamu hastanelerinde yöneticiler için maliyet, kalite ve karlılık ön plana çıkmıştır. Hastane yöneticileri, bir taraftan maliyetleri etkin şekilde yönetirken diğer taraftan da sundukları hizmetlerin kalitesini ve hastanelerinin karlılıklarını artırmaya odaklanmaktadır. Bu sebeple hastane yöneticileri için, hastanelerinin

performanslarını etkileyen faktörleri ve bu faktörlerin hangilerinin daha önemli olduğunu bilmek önem arz etmektedir.

Türkiye’de sağlık sektöründe yapılan çalışmaların yetersizliği sebebiyle bu çalışma hem sektörde faaliyet gösteren hastane yöneticileri açısından hem de bu konuda çalışma yapmak isteyen akademisyenler açısından karar almalarında yol gösterici, ışık tutucudur. Bu çalışma, bulguları açısından ve ulaşılan sonuçların sektöre genelleştirilebilmesiyle literatüre önemli katkı yapacaktır.

Uluslararası literatürde bu konuda yapılan çalışmalarda tesis yönetimi, teknoloji yatırımlarının yönetimi, personel yönetimi ve sürekli iyileştirmenin alt boyutlarının bazıları dikkate alınmıştır. Bu çalışmada detaylı bir literatür taraması yapılarak, hastanelerin maliyet, kalite ve finansal performansı üzerinde etkili olabilecek tüm değişkenlerin birlikte ele alındığı kapsamlı bir model geliştirilmiştir.

Ayrıca su ana kadar yapılan çalışmalarda bu değişkenlerin maliyet, kalite ve finansal performans üzerindeki etkileri incelenmiş, ancak bu etkilerin yatak kapasitesine göre değişip değişmediği yönünde bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın literatüre en önemli katkılarından birisi, tüm alt faktörleri içeren bir ölçüm modeli geliştirilmesi ve bu modelin ülkemiz genelindeki tüm hastanelere uygulanmasıdır. Diğerleri ise, yatak kapasitesine göre bu etkilerin değişip değişmediğinin (yatak kapasitesinin ılımlaştırışı etkisini) ampirik bir testle ortaya konulmasıdır. Bu yönüyle çalışma, hem ulusal literatüre hem de uluslararası literatüre katkı yapması açısından önem arz etmektedir.

5.2. Temel Kavramlar

5.2.1. Tesis Yönetimi

Tesis yönetimi bir organizasyonun işlevsel stratejilerini sürdürebilmek ve destekleyebilmek için altyapı kaynaklarının ve hizmetlerinin yönetimi olarak tanımlanmaktadır (Nutt, 2004).

Tesis yönetimi, çeşitli faaliyetleri gerçekleştirmek için ihtiyaç duyulan kaynak kapasitesini tanımlayan, hastane kaynak planlama sisteminin yapı taşı olarak görülmektedir. Tesis yönetim, kararları bir organizasyonun faaliyetlerini sürdürmek, desteklemek ve yönetmeye odaklanmaktadır. Tesis yönetim kararları genellikle hasta kabullerini, beklenen kalma sürelerine göre cerrahi programlamayı ve talep doğrultusunda tedavi hizmet kapasitesinin artırılması ile ilgili konuları kapsamaktadır (Barber, 1977, Hancock et al., 1976, Lowery and Martin, 1992).

Sağlık sektöründe tesis yönetim kararları konusunda su ana kadar yapılan çalışmalar, bu kararların personel yönetimi, teknoloji yatırımlarının yönetimi, hastane maliyet, kalite ve finansal performansını etkileyebileceğine işaret etmektedir (Griffith et al., 1976, Smith-Daniels et al., 1988).

5.2.1.1. Kapasite Artırımının Yönetimi

Nüfus artısının hızlı olduğu ekonomilerde sağlık hizmetlerine olan talepte günden güne artarak değişiklik olmaktadır. Hızlı nüfus artışıyla birlikte, o bölge için kurulmuş olan hastaneler artan talebe cevap veremez hale gelmekte ve sürekli olarak hizmet kapasitelerini artırmaya gereksinim duymaktadırlar. Günümüzde sağlık alanında rekabetin şiddetinin artmasıyla birlikte özel hastanelerin yöneticilerinin yanı sıra devlet hastanelerinde de yöneticiler bu rekabette ayakta kalabilmek için, hastalara hem tam zamanında, doğru teşhis ve tedaviyi uygulamak, hem de kapasitelerini etkin ve verimli şekilde yönetmek zorundadırlar.

Hizmet sektöründe özellikle de hastanelerde, kapasite artırımının yönetimi, en zor ve en gerekli yönetim görevlerinden birisi olarak görülmektedir (Shemwell and Cronin, 1994). Kapasite türü, büyüklüğü, yapısı ne olursa olsun belirli bir zaman dilimi içinde ekonomik ya da teknik bir birimin performansı olarak yorumlanmaktadır (Corsten and Stuhlmann, 1998).

Kapasite artırımının yönetimi, hastanenin müşterilerin talebini dengeleme yeteneğidir. Kapasite artırımının yönetimi, ilk olarak talebi tahmin etmek ve sonra beklenen talebi karşılamak için kapasiteyi yönetmektir. Genellikle hastaneler pek çok farklı alanda hizmet sağlamaktadır. Bir hastanenin hizmet seçimi, teknoloji

yatırımlarının yönetimini, personel yönetimini, hasta kabulünün yönetimini ve kalite yönetim programlarını etkilemektedir. Son yıllarda, ayakta tedavi hizmetleri daha bütünleşik sağlık hizmetleri sağlamak ve sunulan hizmet çeşidini artırmak için yatarak tedavi hizmetleri ile bir araya getirilmiştir (Eldin, 2001). Günümüzde hastanelerde ayakta cerrahi (günlük cerrahi) vakalarının artması, sağlık teknolojilerindeki ilerlemeyi yansıtmaktadır. Bu durum ise, hasta iyileşme zamanlarının azalmasına ve gereksiz prosedürlerin ortadan kaldırılmasına olanak vermektedir. Ayrıca çeşitli hizmetlerin mevcudiyeti, hasta için doktor seçimi ile hastaların ve sağlık masraflarını karşılayan kurumların tercihlerini etkileyecektir (Becker and Sloan, 1985; Nath and Sudharshan, 1994). Bununla birlikte sunulan hizmetlerin genişletilmesi, iyi geliştirilmiş talep yönetim sistemleri ve daha fazla personel desteğinin yanı sıra daha yoğun ekipman ve teknoloji desteği gerektirmektedir (Li et al., 2002).

Son yıllarda gittikçe yükselen hastane giderlerinin kısılması baskısı, hastaneleri kapasite ve kaynak yönetim kararlarını tekrar incelemeye zorlamaktadır. Üstün teknoloji ekipmanların kullanımıyla hastanelerde son zamanlarda yatarak tedavi için hasta kabulleri azalmış ve ortalama kalma süreleri düşmüştür (Smith-Daniels et al., 1988). Çoğu tıbbi tedavi ve cerrahi prosedürler, yatarak tedaviden ayakta tedaviye dönüşmüştür. Bu sebeple, birçok hastane kendilerini geniş kapsamlı sağlık hizmeti sunan sağlık merkezleri olarak yeniden isimlendirmişlerdir. Hastane doluluk oranlarının azalması, hastane tesis yönetimine yeni bir boyut getirmiştir. Bu yeni boyut, hastanelerin ayakta tedavi hizmetlerine olan talebi karşılayabilmek için, kapasitelerini tekrar gözden geçirerek ayakta tedavi kapasitelerini genişletmelerini zorunlu kılmaktadır (Li and Benton, 2003, s.600).

5.2.1.2. Hasta Kabulünün Yönetimi

Hastane kapasite ihtiyacının bir belirleyicisi olarak hasta talebindeki değişkenlik, önemli bir konudur ve yönetim tarafından etkin şekilde yönetilmesi gerekmektedir (MacStravic, 1979, Long and Feldstein, 1967). Sağlık hizmetlerine olan talep, nüfusun yası, popülasyondaki demografik değişiklikler, teknolojik ilerlemeler, değişen mesleki standartlar gibi pek çok faktörden etkilenmektedir.

Hasta kabulünün yönetimi, hizmet sistemleri yoluyla hasta akısının yönetimi ve talebinin kontrolü için kuralları içermektedir (Heineke, 1995). Nüfus artışının hızlı olduğu ülkelerde, hastane hizmetlerine olan talep daha fazladır. Hastane yöneticileri hem kapasite kaynaklarını hem de işgücü kaynaklarını doğru şekilde yöneterek, talepteki bu hızlı artışı karşılayarak, etkin şekilde hasta kabulü yapabilmelidirler. Hastanelerde özellikle de acil servislerde verilen hizmetlere olan talep gittikçe artmaktadır. Acil hastalar beklenmedik zamanlarda hastaneye müracaat etmekte ve vakit kaybetmeden bu hastalara hızlıca müdahale edilmesi gerekmektedir. Yatarak tedavi için ya da günlük cerrahi için planlanmış hasta kabulleri, hastanenin boş yatak sayısı ya da yatak kapasitesi, ameliyat saatleri, haftanın gün ve zamanları gibi pek çok faktörle sınırlıdır (Ridge, 1998). Talep tahmini, sağlık sektöründe imalat sektöründen oldukça farklıdır. İmalat sektöründe, ürünlere olan talep oranı genellikle tahmin edilebilir ve uzun bekleme sürelerinin etkisi genellikle bozulmayla ya da daha yüksek envanter maliyetleriyle sonuçlanır. İmalat sektöründe üretilen mal ve hizmetlerin talebi asan kısmı, daha sonra tüketiciye ulaştırılmak üzere depolanabilir. Ancak sağlık sektöründe, hizmetler depolanmadığı ve sağlık hizmetlerine olan talep genellikle değişken olduğu için, hastane yöneticilerinin talepteki değişkenliğe en iyi şekilde cevap verecek şekilde hasta kabulünü yönetmeleri ve bu değişkenliğe en iyi şekilde cevap verebilmeleri gerekmektedir.

Talepteki dalgalanma sağlık sektörü için ciddi bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sektöründe talebi karşılayamamak restaurant, güzellik salonu, otel gibi diğer hizmet sektörlerine göre daha ciddi sonuçlara yol açmaktadır. Hastalar için sunulan hizmetlerin yetersiz olması, hasta ölümlerini de içeren negatif sonuçlara yol açabilmektedir (Jack and Powers, 2004). Sağlık sektöründe talepteki belirsizliğe yol açan pek çok faktör vardır. Vissers et al., (2001) yaptıkları çalışmada, sağlık sektöründe talepte belirsizlik yaratan dört faktörün altını çizmektedir; 1. hastanenin hizmet ettiği bölgedeki nüfusun büyüklüğü, 2. nüfustaki yaşlı hastaların artan oranı gibi demografik değişiklikler, 3. Yüksek hasta beklentileri ve 4. teknolojik gelişmelerden etkilenen mesleki standartlardaki değişim (Jack and Powers,2004). Diğer hizmet alanlarından bazılarında, talebi karşılama yeteneğinin sınırlı olması, hizmet sağlayıcı için pozitif etki de yaratabilmektedir. Çünkü talep fazla olursa, ücretler artabilir. Ancak bu durum, sağlık sektöründe oldukça farklıdır. Sağlık sektöründe hastaneler tüm hastalara tam zamanında hizmet sağlayabilmek için yeteri

kadar kaynak bulundurmak zorundadırlar. Bu da ifade edilen koşullarda çalışan hastanelerin, yüksek maliyetlere katlanmalarını gerektirmektedir. Böylece sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastaneler, hizmetlerine olan talepteki dalgalanmaya rağmen yüksek kaliteli hizmetler sağlayabilmek ve belirli maliyet sınırları içerisinde hizmet verebilmek için, hacim esneklik stratejileri geliştirmek zorundadırlar (Jack and Powers, 2004). Hastanelerde hasta kabulünün yönetimi, temel olarak, bir imalatçı firmadaki planlama ve kontrol sistemi gibi işlemektedir. Hasta kabulünün yönetimi hizmet sistemleri yoluyla hasta akısının yönetimi ve talep kontrolü için ana noktaları kapsamaktadır (Heineke, 1995). Bununla birlikte, talep hastanın almak istediği hizmet için gerekli olan zaman ve ihtiyaç duyulan profesyonel sağlık personeli gibi tahmin edilemeyen pek çok faktöre bağlıdır. Bu yüzden hastaneler, beklenen kalma sürelerini temel alarak ayakta ve yatarak cerrahi programlarını, yatarak tedavi kabullerini etkin şekilde yönetmek için kurallar, politikalar geliştirmek zorundadırlar.

Bu faktörler, hastane hasta kabulünün yönetimi üzerindeki kısıtlardır. İmalat sektöründe faaliyet gösteren işletmelerden farklı olarak, hastanelerde hasta kabulünün yönetimi daha fazla belirsizlik taşımaktadır. Bu sebeple sağlık sektöründeki yöneticiler etkili bir talep tahmini ve planlaması yoluyla, hastalara tam zamanında ve doğru teşhis ve tedaviyi sağlamaları gerekmektedir. Planlama ve kontrol yoluyla uygun talep yönetim kararları, hastanenin maliyet, kalite ve finansal performansını pozitif yönde etkilemektedir. Hassas planlama ve kontrol mekanizması, talepteki değişkenliği daha iyi yönetmek ve talep seviyesini daha iyi tahmin edilmesine olanak sağlamaktadır.

Hastanelerde hasta kabulünün yönetimi konusunda su ana kadar yapılan çalışmalar, genellikle hasta kabul politikalarına odaklanmıştır (Griffith et al., 1976; Lowery and Martin, 1992; Li and Benton, 2003, s.600). Yatarak tedavilerin çoğu, ameliyat gerektirmektedir. Böylece hizmetlerdeki gecikme, tıbbi tedavi kalitesini etkilemektedir (Lowery and Martin, 1992). Yatarak tedavi kabul politikaları ile ilgili tesis kullanım kararları, üç talep değişkenini dikkate almaktadır; (1) acil kabuller, (2) hastanın hastanede kalma uzunlukları ve (3) hasta sınıflandırması. Hancock ve diğerleri (1976) tarafından yapılan bir çalışmada, tesis kullanımını iyileştirilerek, maliyetler kontrol altına alınmıştır. Bu çalışmada daha iyi tesis kullanım kararlarıyla

hem maliyet performansı hem de müşteri hizmet seviyesinde iyileşme sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır.

5.2.2.Teknoloji Yatırımlarının Yönetimi

5.2.2.1.Bilgi Teknolojilerine Yatırım

Günümüzde hem araştırmacılar hem yöneticiler sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve maliyetlerinin iyileştirilmesinde teknoloji yatırımlarının önemini farkına varmaya başlamışlardır. Teknolojideki son yenilikler, hastanelerde bilgisayarlı bilgi sistemlerinin kullanımını önemli şekilde artırmıştır. Teknoloji kullanımı, hastanelere büyük miktarlarda bilgiyi elde tutma, hastayla ilgili tıbbi bilgileri depolama, hastanın tedavi sürecinin başından sonuna kadar hastanın hastalığıyla ilgili bilgileri kaydetme ve yöneticilere maliyet ve kalite hakkında ihtiyaç duydukları bilgiyi sağlamalarına yardımcı olmaktadır (Kirkman, 2002). Yüksek teknoloji cihazlar kullanıldığında, hastalara daha kısa sürede daha doğru teşhis konulabilmektedir. Ayrıca teknoloji, kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasına olanak verdiği için, uzun vadede tedavi maliyetlerinin azalmasına ve performansın artmasına yardımcı olmaktadır (Mahmoud and Rice, 1998). Hastanelerde artan raporlama gereksinimi, hastaneler için hasta tıbbi bilgi sistemlerine yatırımın kaçınılmaz olarak artmasına yol açmaktadır. Hasta bilgi sistemi, rasyonel karar almaya yardımcı olmak için kullanıcılara tam zamanında, doğru ve etkin maliyetli bilgi sağlamaktadır (Li and Benton,2003). Elde edilen bu bilgilerle, sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılmakta ve önemli maliyet iyileşmeleri sağlanmaktadır (Li and Xu, 1992).

Bilgi sistemleri, hastanelerde pek çok sayıda fonksiyonu desteklemektedir. Hasta bilgi sistemleri, hasta memnuniyetini iyileştirmek ve kalite değerlendirme amacıyla tıbbi kayıtlardan klinik bilgi sağlamaktadır. Ayrıca hasta bilgi sistemleri, ayakta ve yatarak tedavi gören hastalar, doluluk oranı, hastane laboratuvarlarında yapılan testler ve sağlık hizmetleri hakkında da bazı istatistikî bilgiler de sağlamaktadır (Li,1997). Bilgi sistemlerinin kullanımı; hasta güvenliğini ve bakım kalitesini artırdığı için, tıbbi hatalarda önemli azalmalar (Bates et al., 1999), verimlilikte artış (Staggers 2004), sağlık personeli arasında memnuniyette artış (O'Connel et al., 2004)

ve hasta bilgi yönetim sisteminde iyileşmeler sağlamaktadır (Mitchell and Sullivan 2001).

Bilgi teknolojileri tıbbi kayıtlar, doktorlarla hastalar arasındaki iletişim, sağlık hizmeti sağlayanlar arasında bilgi paylaşımı, hem doktorlar hem de hastalar için güvenilir bilgiye hızlı ulaşım imkânı sağlaması açısından, pek çok alanda sağlık hizmetlerini iyileştirme potansiyeline sahip olduğu ifade edilmektedir (Bodenheimer 2003). Bilgi teknolojileri, talepteki belirsizliği kontrol altına almak için sağlık örgütlerine pek çok konuda imkân sağlamaktadır (Lynch 2001). Örneğin bilgi teknolojilerindeki hızlı değişimle birlikte, hasta kayıtlarının bilgisayar ortamında tutulması, elektronik faturalama sistemleri, yüksek hızda iletişime imkân vermekte, organizasyonların talepteki belirsizliğe cevap verme yeteneğini önemli şekilde artırmaktadır. Bu sistemlerin yayılması kaynak kullanım seviyelerindeki bozulmaları önleyerek, is akısındaki bozulmaları minimize etmekte ve daha etkin programlama teknikleriyle, talepteki belirsizliği de içine alan diğer konularda hastalara daha hızlı cevap verilebilmesine imkân tanımaktadır (Jack and Powers, 2004). Moynihan (1997), bilgi teknolojilerinin sağlık sektöründe hizmetlerin sunum kalitesi üzerinde pozitif yönde etki yaptığını; Dashi (2001) ise, yeni bilgi teknolojilerinin kullanımının, hastanelerin acil ünitelerindeki kargaşayı önlemede yardımcı olduğunu ortaya koymaktadır (Jack and Powers, 2004).

5.2.2.2. Klinik Teknolojilere Yatırım

Hastaneler artan rekabet karşısında ayakta kalabilmek için, hem maliyette hem de kalitede öncü olmak zorundadırlar. Bunun için, belirli maliyet sınırları içerisinde kalarak sundukları hizmetlerin kalitesini artırmaları gerekmektedir. Kaliteli sağlık hizmeti sağlayabilmek için, yüksek teknoloji ekipmanların kullanılması hastaneler açısından zorunlu hale gelmiştir. Teknolojideki hızlı değişim, sağlık hizmetlerini sağlamak için kullanılan metot ve ekipmanlarda değişimi gerektirmektedir. Hastaneler kalite liderliğini başarabilmek için pahalı teknolojilere yatırım yapmak zorundadırlar. Klinik teknolojilere yatırım yapmak, ileri teknoloji ile yapılması mümkün olan ilave teşhis ve tedavi prosedürlerinden dolayı başlangıçta maliyetleri artırabilmektedir. Ancak ileri teknoloji ekipmanların kullanılmasıyla, hastaneler teknoloji yönünden zayıf olan rakiplerine göre daha farklı alanlarda hizmet

verebildikleri ve daha fazla müşteri potansiyeline sahip oldukları için finansal performanslarında önemli artışlar beklenmektedir.

Sağlık kuruluşları günümüzde verimliliği artırmak için sadece teknolojik değişiklikleri alıp uygulamakla yetinmemekte, aynı zamanda yeni teşhis ve tedavi yöntemleri geliştirerek ve uyarlayarak rekabetçi kalmak istemektedirler (Scott,1994). Bunu başarabilmek için, teknolojiadaki hızlı değişimi izleyip, teknolojilerini sürekli yenilemeleri ve ileri teknoloji klinik ekipmanlara yatırım yapmalarını gerektirmektedir.

5.2.2.3.Ofis Teknolojilerine Yatırım

Ofis teknolojileri, sağlık personelinin ofislerindeki bilgisayarlara ve internet gibi iletişim sistemlerine yapılan yatırımları kapsamaktadır. Teknolojik yenilikler hastane hizmetlerini pek çok açıdan etkilemektedir. Ofis teknolojilerine yapılan yatırımlar, sunulan hizmetlerin kalitesini artırmakta, sağlık personelinin hizmet sunumunu kolaylaştırmakta, dolayısıyla da performansta iyileşmeler sağlamaktadır. Teknoloji, müşteri kayıtları ile birlikte kullanıldığında, daha doğru bilgiye daha hızlı ulaşım imkânı vermektedir. Sağlık personeli tarafından bilgisayarların kullanılması, teşhis ve tedavide yapılan hataları azaltmakta, hasta ile ilgili bilgilere daha kısa sürede ulaşma imkânı vermekte ve böylece zaman tasarrufu sağlamaktadır.

Birçok araştırmacı tarafından yapılan çalışmalarda, hizmet sektöründeki firmalarda ofis teknolojilerinin rolü ve onların firmaların faaliyetleri ve performansları üzerindeki etkileri ortaya konulmuştur. (Rubenstein ve Geisler,1990; Schmitz, 1987). Walker and Craig-Less (2002), teknolojinin hem hastaların hem de sağlık hizmeti sağlayanların yararına, hizmet sunumunu kolaylaştırdığını ifade etmektedirler. Bir ürün ya da hizmetle bütünleşmiş teknoloji, müşteri memnuniyetini artıracığından, finansal performansta artış sağlamaktadır (Kandampully and Duddy 1999). Pegels and Rogers (1988) ise, hastane maliyetlerinin azaltılması ve kalitenin artırılması için, hastane performansı üzerinde ileri teknoloji ekipmanların kullanımının önemine dikkat çekmektedirler.

5.2.3. Personel Yönetimi

Hastanelerde personel yönetiminin amacı, sağlık hizmetlerine olan talep seviyesi ile hastanenin tedarik (bu talebi karşılama seviyesini) seviyesini eşleştirmektir. Sağlık sektöründe günlük hasta taleplerinin ve geliş zamanlarının tahmin edilememesi yüzünden günlük operasyonlarda belirsizlik bulunmaktadır. Hastalar beklenmedik zamanlarda hastaneye müracaat etmekte ve sağlık hizmeti sağlayanlardan doğrudan ve hızlı bir şekilde hizmet almak istemektedirler. Bu yüzden sağlık hizmetleri için günlük talebi tam olarak tahmin etmek güçtür. Bu yüzden iyi bir personel karması ve etkili personel programlama stratejisi maliyet ve kalite performansını iyileştirirken talepteki değişkenliği zamanında karşılamaya yardımcı olmaktadır (Siferd and Benton, 1994, s.519; Offensend,1972).

5.2.3.1. Personel Yetersizliğinin Yönetimi

Sağlık sektöründe son yıllarda personel yetersizliği ve personel fazlalığının yönetimi önemli bir maliyet yönetim konusu haline gelmiştir. Yeterli personel karması ve etkili personel programlama hizmetlerinin, maliyetler ve kalite dolayısıyla da finansal performans üzerinde direkt bir etkiye sahip olduğu kabul edilmektedir (Siferd and Benton, 1994, s.519; Abernathy et al.,1973; Offensend, 1972). İmalat sektöründe firmalar talebi karşılamak için ileri tarihlere üretim planı yapabilirken, sağlık sektöründe ancak acil olmayan tedaviler ileri tarihe ertelenebilmekte, acil vakalara ise hemen müdahale etmek gerekmektedir. Bu yüzden gerek kapasite gerekse personel sayısı en azından talepleri etkin şekilde karşılamaya yetecek kadar olmalıdır. Hem kamu hastanelerinde hem de özel hastanelerde kapasite ile ilgili en büyük problem, sağlık personeli sayısının yetersizliğidir. Personel yetersizliği, hastanenin etkinliğini iyileştirme çabalarına dolaylı yoldan olumsuz etki yapmaktadır (Bazzoli et al., 2003). Yeterli hizmeti sağlayabilmek için kamu hastaneleri aktif olarak personel yetersizliği konusuna çözüm yolları aramaktadırlar. Kamu hastanelerinde su anki sağlık personeli sayısının yetersizliğinin bir sonucu olarak hastalar, personeli yetersiz olan acil polikliniklerinden hastalığıyla ilgili birimlere yönlendirilmektedirler (Egger, 2000, Johnson, 2001).

Personel sayısı yetersiz olduğunda, yöneticiler; sağlık personeline fazla mesai yaptırarak, dışarıdan part-time çalışan sağlık elemanı temin ederek ya da yeni sağlık personeli işe alarak, hafta sonu izinleri iptal ederek, çapraz eğitim programları yoluyla var olan mevcut çalışanların verimini artırarak, bu problemi çözmeye çalışmaktadırlar (Bazzoli et al., 2003; Bloom, 1997; Jack and Powers 2004).

5.2.3.1. Personel Fazlalığının Yönetimi

Sağlık personeli sağlık hizmetlerinin yönetiminde ve sunumunda önemli rol oynamaktadır. Genellikle sağlık personeli bir hastanede maliyet ve kalite etkinliğinin sağlayıcıları olarak görülmektedir (Nagaike,1997). Günümüzde sağlık sektöründe rekabetin artmasıyla birlikte, özel hastanelerde olduğu kadar kamu hastanelerinde de maliyet önemli bir unsur haline gelmiştir. Hastane yöneticileri sundukları hizmetin kalitesini düşürmeden, gittikçe yükselen hastane maliyetlerini aşağıya çekebilmek için, sağlık personeli ve yardımcılarının sayısı gibi personel karması kompozisyonlarını tekrar gözden geçirerek, taleple tedarik seviyesini birbirine yakın hale getirmelidirler. Hastaneler açısından personel yetersizliği nasıl arzu edilmeyen bir durumsa, personel fazlalığı da öyledir. Çünkü personel sayısının fazla olması, hastanelerin ek bir yarar elde etmeksizin maliyet yüklenmesine neden olmaktadır.

Talepteki dalgalanmanın doğal bir sonucu olarak, belirli dönemlerde hastanelerde talep beklenenin altına düşmektedir. Hastanelerde ihtiyaçtan daha fazla sağlık personeli olduğu zaman yöneticiler, personele yıllık izin, zorunlu ücretsiz izin ve isteğe bağlı ücretsiz izin kullandırmak yoluyla ya da sağlık personeli sayısını azaltarak, personel sayısını ve maliyetlerini etkin şekilde yönetmektedirler.

5.2.4. Sürekli iyileştirme

Sürekli iyileştirme, organizasyonların devamlı bir biçimde sürekli aşamalı olarak yeniliğe odaklanması olarak tanımlanmaktadır (Carpinetti and Martins, 2001, Cahpman&Hyland,1997). Sürekli iyileştirme kavramı; sunulan hizmetlerin kalitesinde, maliyetinde, tesliminde ve müşteri beklentilerinde sürekli olarak bir iyileşme anlamına gelen toplam kalite yaklaşımıdır (Ishikawa, 1990).

Sağlık hizmetleri, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde en hızlı büyüyen hizmetlerdir. Bilgi, teknoloji ve globalizasyondaki hızlı gelişmeyle birlikte, şimdi artık yüksek teknolojili tıbbi bakıma olan gereksinim artmıştır. Her ülke, sağlık hizmetlerine karşı artan ihtiyacı karşılayabilmek için, hem maddi hem de maddi olmayan (personel, entelektüel sermayelerini ya da beşeri) kaynaklarını en iyi şekilde kullanmak zorundadır (Feeney and Zairi, 1996). Bununla birlikte, hastane yöneticileri, bir yandan sağlık personelinin diğer yandan da hastaları memnun etmek için gerekli standartları sağlamalıdır (Dey et al., 2006). Sağlık sektöründe sürekli iyileştirme kavramı ve bunların hastane performansı üzerindeki etkileri su ana kadar pek çok araştırmacı tarafından incelenmiştir (Li and Benton, 2006; Li et al., 2002, Re and Krousel-Wood, 1991; Fernandes and Christenson, 1995; Fernandes and Christenson, 1996). Sürekli iyileştirme faaliyetleri; personele eğitimi verilmesi yeteneklerinin geliştirilmesi ve personelin yetkilendirmesini kapsamaktadır.

5.2.4.1.Eğitim

Sürekli iyileştirme, büyük ölçüde motive edilmiş ve iyi eğitilmiş çalışanlara bağlıdır. Sürekli iyileştirme felsefesi, müşteri beklentilerinin üzerinde ürün ya da hizmet sağlamaya ilgilidir. Bu herhangi bir faaliyetin iyileştirebileceği ve çalışanların bu değişiklikleri yapmak ve tanımlamak için en iyi şekilde konumlandırılacağı inancındır. Sürekli iyileştirme kavramının temelinde, çalışanlara iş üzerinde eğitim sağlanması, personel yeteneklerinin geliştirilmesi ve yetkilendirme yatmaktadır (Deming, 1982). Bir hastanenin eğitim yoluyla çalışanlarını güçlendirmesi önemlidir. Hastaneler sağlık hizmet kalitelerini kaybetmemek için, sürekli iyileştirme yoluyla personel eğitimini artırmaya, hizmet yeniliklerini çoğaltmaya ve personel esnekliğini iyileştirmeye odaklanmaktadır (Accreditation Manual, 1993)

5.2.4.2.Yetenek

Yetenek, çalışanın görevini gereğince yerine getirebilmesi için gerekli olan beceri ve yeterliliğe sahip olmasıdır. Yetenekli ve bilgili bir personelin tıbbi gereksinimlere ve müşteri ihtiyaçlarına daha uygun hizmetler tasarlayacağı ve sunacağı açıktır (Li, 1997). Daha yetenekli ve bilgili personel müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak için daha etkili hizmet sunum ve süreci tasarlayacaktır (Quinn, 1996; Sulek, 1995).

Sağlık sektörü gibi müşteri ile etkileşimin yüksek olduğu sektörlerde, bilgiye dayalı yetenek kaliteli hizmet sağlamak için gerekliliktir (Roth et al., 1996). Sağlık hizmetlerinde belirli bir kalite standardının altına düşmemek için hastaneler, insan kaynaklarına yatırım yapmanın ve insan kaynaklarını geliştirmenin önemini farkına varmaya başlamışlardır. Bu aktivitelerden bazıları; işgücü esnekliğini iyileştirmek, hizmet yeniliğini artırmak, işgücü eğitimini artırarak personele kendi yaptığı işin dışında iş yapabilme becerisi kazandırarak ihtiyaç fazlası sağlık personelinin diğer birimlerde görevlendirilmesini sağlamak olarak sayılabilir (Award Criteria,1995).

5.2.4.3.Yetkilendirme

Yetkilendirme, çalışanın yaptığı işle ilgili sorumluluğunun artırılması, görev alanının genişletilmesidir. Çalışanlara yaptıkları iş üzerinde otorite sağlanması ve sorumluluk verilmesi, karar almaya katılımının sağlanmasıdır (Hug and Martin, 2001). Deming'e (1982) göre; çalışanlara iş üzerinde eğitim sağlanmalı, personel yetenekleri geliştirilmeli ve personele yaptığı iş konusunda inisiyatif verilmeli, sorumluluk alanı genişletilmelidir. Bir hastanenin çalışanlarını eğitim ve öğretim yoluyla güçlendirmesi önemlidir.

Yetkilendirme Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının başarısı üzerinde sinerji etkisi yaratmaktadır ve genellikle hasta bakım sürecindeki işleri düzenli şekilde gerçekleştirmek için kendi kendini yöneten takımlar oluşturmada yaratıcı çalışanların oluşturulmasıdır (Li et al.,2002).

Daha yetenekli ve bilgili personel müşterilerin tıbbi ihtiyaçlarına ve gereksinimlerine daha uygun hizmet sunum ve tasarımı yapacağı için, yetenekli ve bilgili personele yetki verilmeli ve yaptıkları iş üzerinde sorumlulukları artırılmalıdır (Li and Benton, 2006).

5.2.5. Performans Ölçümü

5.2.5.1.Maliyet Performansı

Gittikçe yükselen hastane maliyetlerinin azaltılması, hemen hemen bütün ülkelerde son zamanlarda sağlık hizmetleriyle ilgili kanuni düzenleme ve reformlarda tartışılan en önemli konulardan birisidir. Sunulan hizmetlerin kalitesinden ödün verilmeden maliyetleri belirli sınırlar içerisinde tutabilmek için, farklı sağlık sistemlerinde farklı yaklaşımlar benimsenmiştir (Dawson et al., 2001). Günümüzde sağlık hizmetlerinin maliyetleri çok hızlı bir şekilde arttığı için hastane yöneticileri, hastane maliyetlerini azaltacak politikalar benimsemenin önemini kavramaya başlamışlardır (Provan, 1987, Shortell et al., 1976, Smith and diğerleri 1981).

Geleneksel maliyetleme yaklaşımında hizmet maliyetlerinin belirlenmesinde yönetici, ürünlere maliyetlerin üzerinde fiyat koymaktadır. Bu yaklaşımda firmanın maliyetleri azaltma çabası yoktur, maliyetler artarsa, firma maliyetlerin üzerinde yeni bir fiyat koyarak düzenlemeye gitmektedirler (Dawson et al., 2001). Schleifer (1985) tarafından yöneticilere, verimliliği korumak için alternatif bir fiyat düzenleme metodu önerilmiştir. Bu sistemde rekabet ölçüleri, maliyet performansını iyileştirmek için her firma için oluşturulan teşviklere dayanmaktadır. Bu sisteme göre fiyatları belirlemek, sadece bireysel firma maliyetlerine değil, aynı endüstrideki firmaların gözlemlenen maliyetlerine dayanmaktadır. Bu metoda göre firmalar, kendi maliyetlerini aynı endüstrideki diğer firmaların maliyetleriyle karşılaştırmakta, maliyetleri diğerlerine oranla daha yüksekse, azaltmak için gerekli düzenlemeleri yapmaktadır.

5.2.5.2. Kalite Performansı

Kalite performansı ile ilgili ölçüler; klinik kalite, laboratuvar hata oranlarının azaltılması, hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması, hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve hasta taleplerinin karşılanmasını kapsamaktadır. Klinik kalite; uygun ekipman, tam zamanında tedavi, yeterli miktarda hizmet ve o sektördeki kabul edilebilir minimum standartları karşılamak anlamına gelmektedir. Müşteri ihtiyaçlarının belirlenerek karşılanması, müşteri memnuniyetini artırmaktadır (Fitzsimmons 1998). Bu yüzden müşteri istek ve şikâyetleri toplanmalı, analiz edilmeli ve ilerleme için geri bildirim olarak kullanılmalıdır.

Günümüzde teknolojideki hızlı ilerlemeye paralel olarak, hastaneler arasında cerrahi kaliteyi izlemek için bilgi teknolojilerinin kullanılması oldukça yaygınlaşmıştır (Hall and Hamilton, 2004). Hasta memnuniyetinin önem kazanması, hastanelerin sağlık hizmetlerinin sunumunda, uygun bilgi teknolojilerinin kullanımına daha çok odaklanmalarını gerektirmiştir. Hastanelerde teknoloji kullanımı, zamanla sağlık hizmet sürecinin standardize olmasına ve süreç kalitesinin iyileşmesine yol açmaktadır. Süreç iyileştikçe, sürekli kalite iyileşmeleri sağlanmakta, maliyetler azalmakta ve verimlilik artmaktadır. Bu da hasta dilek ve şikâyetlerinin daha kısa sürede cevaplanmasına yardımcı olmakta ve sunulan hizmetlerin kalitesini artırmaktadır. Son zamanlarda sağlık hizmetlerinin sunum kalitesinin artırılması, sağlık sektöründe rekabet avantajı elde edebilmek için önemli bir faktör haline gelmiştir (Zabada et al., 2001).

5.2.5.3. Finansal Performans

Performans ölçümü bir bireyin ya da grubun veya bir kurumun amaçladığı işi ne kadar gerçekleştirebildiğinin nitelik ve nicelik olarak ifadesidir. Bir performans ölçüm sistemi herhangi bir organizasyon için ne yapıldığını, bu faaliyetlerin beklenen ya da gerekli standartları karşılayıp karşılamadığını anlamada gereklidir. Performans verisi gelecekteki organizasyonel stratejilere direkt yardım ettiği için, organizasyonel geri besleme ve planlama için bir mekanizmadır. Bu performans ölçümünün bir organizasyonun ne yaptığı ve yaptığı şeyi nasıl başardığı ile ilgili olması gerektiği anlamına gelmektedir (Booth, 1997).

Bir hastanenin finansal performansı hastanenin varlığını devam ettirebilmesi için çok önemlidir. Buler and diğerleri (1996) ortalamanın üzerinde performansa sahip olan hastanelerin uyumlu stratejik operasyon yönetim kararlarına sahip olduklarını ifade etmektedirler. Bununla birlikte, bir hastanenin performansı sadece finansal açıdan değerlendirildiğinde, kalite ve maliyet performansında arzu edilmeyen sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Crosby, 1979; Deming, 1982). Bu sebeple sağlık sektöründeki yöneticilerin amacı, sundukları hizmetlerin kalitesinden ödün vermeden makul maliyetler içerisinde finansal performanslarını artırmak olmalıdır.

Hastanelerde finansal performansı inceleyen araştırmaların çoğu, hastane maliyet ve karlılığına odaklanmıştır. Bununla birlikte Cleverley (1986) and Foster (1986) likidite, sermaye yapısı, varlık etkinliği finansal boyutlarının önemli olduğunu ortaya koymuşlardır. Ginn and diğerleri (2006) yaptıkları çalışmada toplum odaklılığın finansal performans üzerindeki etkilerini ve stratejik esneklik ve finansal performans arasındaki ilişkiyi incelenmişlerdir.

Bizim alışmamızdaki finansal ölçüler, hastanenin net hasta gelirlerindeki artış, hasta kabulü basına gelirlerin artırılması, net karın artırılması, toplam gelirin artırılması, pazar payının artırılması, hizmet satışlarının artırılması, yatırımların getirisindeki artışı kapsamaktadır. Literatürde su ana kadar yapılan pek çok çalışmada bu tarz sübjektif performans ölçüleri kullanılmıştır (Swamidass and Newell, 1987; Vickery et al., 1993; Ward et al., 1995).

6.BÖLÜM

6.SWOT ANALİZİ

6.1 Giriş

Stratejik yönetimin en önemli konularından birisi SWOT analizinin yapılmasıdır. SWOT analizi bir organizasyonun iç ve dış çevresinin değerlendirilmesine imkan sağlayan bir analiz tekniğidir. İlk olarak 70'li yıllarda iş yönetimi (business management) amacıyla kullanılmaya başlanan SWOT analizi, ileriki yıllarda farklı uygulama alanları için de bir analiz ve planlama aracı olarak ele alınmıştır. SWOT aşağıdaki İngilizce kelimelerin baş harflerinden oluşturulmuş bir kısaltmadır:

S: Strength (Organizasyonun güçlü/ üstün olduğu yönlerin tespit edilmesi)

W: Weakness (Organizasyonun güçsüz /zayıf olduğu yönlerin tespit edilmesi)

O: Opportunity (Organizasyonun sahip olduğu fırsatlar)

T: Threat (Organizasyonun karşı karşıya bulunduğu tehdit ve tehlikeleri ifade etmektedir.)

SWOT analizi, organizasyonun hem kendi iç durumunun değerlendirilmesine, hem de organizasyon dışındaki pazar yapısının rakiplerin durumunun analiz edilmesine imkan sağlar. Özetle SWOT analizi iç ve dış durum analizinin içeren bir stratejik yönetim tekniğidir.

Mevcut bir sistem SWOT analizi yapısı içerisinde ele alınırsa bu sistemin güçlü yanları kendine ait kaynak ve yeteneklerden oluşmaktadır. Sisteme özgü özellikler bu dinamikleri yaratan etkenler olacaktır. Sistemin zayıf yanları ise, olması gereken yetenek ve özelliklerin eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Her hangi bir sistem için zafiyet olan bir özellik başka sistemlerde güç olarak algılanırken, bu durumun tersi de ortaya çıkabilmektedir. Çünkü söz konusu etkiler sisteme özgü yapıların birer sonucudur. Dolayısıyla bir sistemin SWOT analizi yöntemi ile incelenmesi sürecinde sistemin başarısı ya da geleceğine ait güçlü ve zayıf yanların neler olduğunu ortaya çıkarabilmek için sisteme ilişkin iç çevre faktörleri araştırılmalıdır. Bu aşamada yapılan analizlere iç analizler adı verilir. Dış analizler ise sistemin olanaklarını ve sisteme yönelik tehditleri ortaya koymak için başvurulan yöntemlerdir. Bu kapsamda sistemin gelişimine etki edecek olan olanaklar sistem dışı etkiler olup, teknolojinin gelişimi gibi farklı süreçlerin bir yansıması olarak ortaya çıkmaktadır. Dış çevredeki değişimler sistem için çeşitli olanaklar sağladığı gibi bazı tehlikelerin de ortaya çıkmasına sebep olabilir. Sistemin devamlılığı ve oluşturulacak stratejik planın başarısı için bir tehdit olan bu gibi unsurların yapılan analiz sırasında detaylı olarak açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

Swot Analizi Genel Yapısı

1- İç Analizler

a) Güçlü Yönler

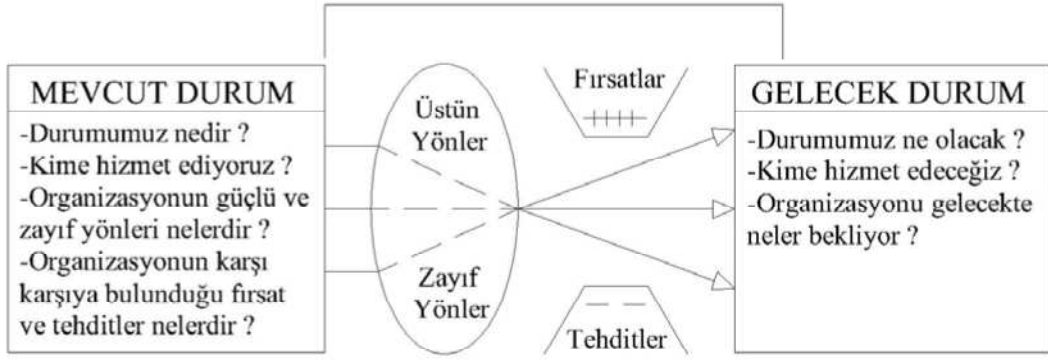
b) Zayıf Yönler

2- Dış Analizler

a) Fırsatlar

b) Tehditler

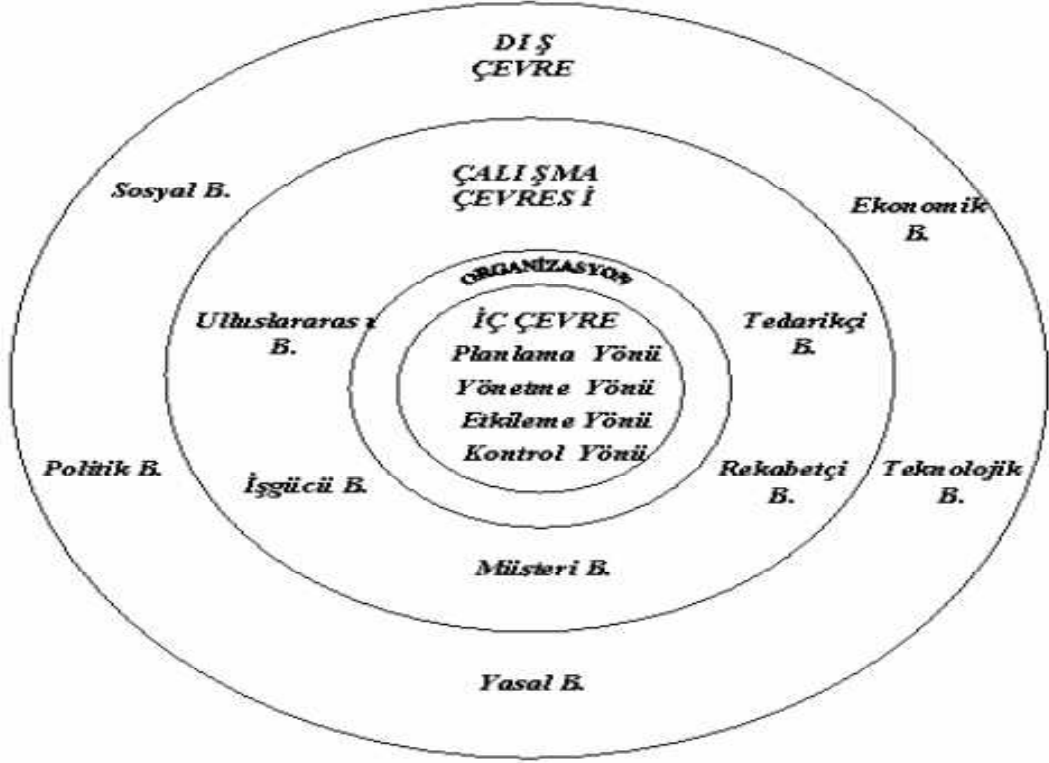
(Kaynak: Uçar& Doğru,2005)



Şekil 1. SWOT Gözlüğü [Aktan, 1999]

Organizasyonlarda SWOT analizi yapılmasının başlıca iki yararı bulunmaktadır. İlk olarak SWOT analizi yapılacak organizasyonun mevcut durumu tespit edilir. Bu çerçevede güçlü ve zayıf yönler ile organizasyonun karşı karşıya bulunduğu fırsatlar ve tehdit unsurları ortaya konulmaya çalışılır. Bu anlamda SWOT bir “mevcut durum” analizidir. SWOT aynı zamanda organizasyonun gelecekteki durumunun ne olacağını tespit ve tahmin etmeye yarayan bir analiz tekniğidir. Bu ikinci anlamda SWOT bir “ gelecekteki durum” analizidir. Bu açıklamalar çerçevesinde SWOT analizinin yakını ve uzağı görmemizi sağlayan bir gözlük olarak algılayabiliriz.

SWOT analizinin en önemli yönü organizasyonun hem iç hem de dış değerlendirilmesine imkan tanımasıdır. Organizasyonel başarı için organizasyondaki yapı ve sistemin, çalışanlarının durumunun, çevre ve çalışma ortamının, teknoloji yapısının , müşteri profilinin, organizasyon kültürünün, performans göstergelerinin , enformasyon akışının vb. tüm unsurların dikkate alınması gerekir. İşte SWOT analizi bu tür bir değerlendirmeye imkan sağlar.



Şekil 2. Organizasyonun İçinde Bulunduğu Çevreler ve Bunların Bileşenleri
[Usta ve Öztayşi, 2005]

6.2 Swot Analizinde İçsel ve Dışsal Durum Göstergeleri

6.2.1 İçsel Durum Göstergeleri: Dış çevrenin organizasyon üzerindeki talepleri firmanın kendi kaynakları tarafından karşılanmak zorundadır. Fakat bir işletmenin faaliyetleri ve niteliklerinin her zaman mükemmel olması beklenemez. Her organizasyon farklılıklar olsa bile çeşitli zayıf ve güçlü yönlere sahiptir. Önemli olan firmanın bu zayıf ve güçlü yanlarını tanıması, analiz etmesi ve onlardan gerekli ders ve sonuçları çıkararak, kendi çıkarı yönünde kullanabilmesidir. Yöneticilerin kararlarını vermesinde bu niteliklerin payı çok büyüktür. İyi bir strateji ve planlama sistemi mevcut faaliyetleri düzeltmeyi zorunlu kılmaktadır. Mevcut faaliyetlerin düzeltilmesi ve hatta yeni faaliyetlerdeki başarı şanslarının değerlendirilmesi ise işletmenin güçlü ve zayıf yönlerinin araştırılmasını gerektirmektedir. İşletme Değerleme, hataları düzeltme olanağını sağlayan bir içe bakış faaliyeti olarak nitelendirilebilir. Bazı düşünürlere göre bu faaliyet “işletmenin kimliğini ortaya koyma” çabası olarak da nitelendirilmektedir. Çünkü söz konusu faktör ve

elemanların iyi bir biçimde ortaya koyulması stratejistlere (işletme tepe yöneticileri ve kurmaylara) işletme için en uygun planı yapma imkanı verebilecektir. İşletmenin amaçlarına ulaşmasında etkili olabilecek faaliyetler, işletmenin bütünü kapsamakta, yani işletmenin içinde yer alan her departman stratejik kararlar üzerinde rol oynamaktadır. Bu faaliyetleri şu şekilde genelleyebiliriz: işletme yönetimi, finansal pozisyon ve etkinlikler, araştırma-geliştirme, insan kaynakları, pazarlama vb. Aşağıda, Güçlü ve zayıf yönlerin değerlemesinde etkili unsurları görebilmekteyiz.

6.2.1.1.Pazarlama ve dağıtım faktörleri : Pazarlama ve dağıtım faktörlerini belirlemek için işletme analizler yapar. İşletme stratejisi açısından bu analizler, işletmenin faaliyet yaptığı sahalarda üretmesi gereken temel ürünleri, bu ürünlerin satılacağı pazar bölümlerini ve bunlardaki gelişmeleri değerlemek üzere yapılmaktadır. Pazarlama ayrıca ürünlerin dağıtım kanalları, marka koruması, rekabetçi fiyat, müşteri tanımlaması, firma imajı gibi faktörleri de kapsamaktadır. Böylece işletmenin pazarlama yönünden güçlü ve zayıf olduğu hususlar ortaya çıkmış olacaktır.

6.2.1.2 Finans ve muhasebe faktörleri : Firmanın çok dikkatli incelenmesi gereken faaliyetlerinin başında finansal yapısı gelmektedir ki bu, karlılık, finanslama, vergi konumu ve muhasebe sistemi gibi faktörleri içermektedir. Diğer taraftan işletmenin nakit akışı durumu ile finansal masrafları (faiz ve komisyonlar) azaltma ya da ortadan kaldırma imkanları analiz edilmesi gereken iki elemandır. Finansal oranlar bu konuda kullanılan en temel araçlardandır. Bu amaçla finansal kaynaklarla ilgili sadece geçmiş ve bugüne ilişkin durum analizleri değil, kısa ve uzun dönemli bazı genel tahminlerde de bulunulmakta ve planlamalar yapılmaktadır. Böylece işletme gelecekteki stratejisi ile ilgili olarak düzeltilecek hususları belirleyecektir.

6.2.1.3. Ar-Ge ve teknoloji faktörleri :Bu faktörler teknik gelişmeler, teknik buluş, keşif ve bunlarla ilgili olarak yapılan araştırma ve geliştirme faaliyetlerine bağlıdır. Teknik gelişmeler yeni ürünlerin piyasaya sürülmesine, yeni üretim satış veya dağıtım usullerinin uygulamaya konulmasına olanak vermektedir.

6.2.1.4. Üretim ve tedarik faktörleri :Bu konuda üzerinde durulacak husus, işletmenin tüm üretim araçları ve teçhizatları olacaktır. Bu üretim araç ve teçhizatının tam kapasite ile etkin biçimde kullanılmakta olup olmadığı ve iki üretim biriminin aynı bina içinde rasyonel biçimde çalışabilmesi hususu işletmenin hangi bakımdan güçlü, hangi bakımdan zayıf olduğunu bize gösterecektir.

6.2.1.5.Endüstri ilişkileri ve personel yönetimi faktörleri : İşletmenin sendikalarla iyi ilişkiler geliştirebilmesi olumlu bir stratejik avantajdır. Ayrıca personelin iyi seçilmesi, iyi eğitilmiş olması, işletmeye bağlılığı ve bunların yanı sıra işletmedeki ücretlendirme, iş gücü devri, iş gücü maliyetleri işletmeyi avantajlı ya da dezavantajlı duruma sokabilecektir. Örneğin çalışanlarının motivasyonunu büyük ölçüde gerçekleştirmiş, şirket kültürü yaratabilmiş firmalar, rakipleri karşısında büyük avantajlar elde etme şansına sahip olmaktadır.

6.2.1.6. İşletme değerlemede sinerji faktörleri :Sinerji faktörü, işletmenin gelişme ve büyüme stratejilerinin seçilmesi ve planlanmasında ürünler, pazarlar ve işletmenin özellikleri arasında uygunluğun sağlanmasına yarayan bir analiz konusunu oluşturur. Aslında işletme sinerjisinin analizi işletmenin bir çok güçlü ve zayıf yönlerinin değerlendirmesine olanak sağlaması açısından çok önemlidir.

6.2.1.7.İşletmenin yönetsel kaynaklarına ilişkin faktörler :Bu faktörler işletmenin amaçlarına ulaşma yeteneğini göstermektedir. İşletmenin yönetim şekli, örgüt yapısı, mevcut iş birliği, haberleşme imkanları, fonksiyonlarının etkinliği, bileşim ve bilgisayar teknolojisinin etkinliği, değişikliklere uyum yeteneği de zayıf ve güçlü yönleri ortaya koyan unsurlardır.

6.2.2 Dışsal Durum Göstergeleri : Çevre analizi stratejistlerin çevresel faktörlerin işletme için yarattığı fırsat ve tehlikelerin belirlenmesi için yaptıkları incelemelerdir. Sistemik biçimde çevresel analizlerde bulunan ve teşhisler yapan işletmeler bu fonksiyonu yapmayanlara oranla daha etkindirler. Çünkü, çevresel analizler stratejist ve planlamacılara fırsatları önceden öğrenme ve uygun stratejik seçimlerde bulunma ve planlama sağlayacaktır.

Ayrıca işletmeler bu faaliyetleri sayesinde bir erken uyarı sistemi geliştirecekler, tehlikeleri zamanında önleyecek veya tehlikeyi işletmenin avantajına çevirebilecek stratejiler geliştirebileceklerdir. Şu halde, stratejik avantajların sağlanması ve seçimlerin etkin olabilmesi için işletme yöneticileri sürekli ve sistematik bir çevrede analiz ve teşhis sistemi kurmalıdırlar.

Yöneticilerin neden çevre analizine ihtiyaç duydukları konusundaki temel belirleyenleri şöyle sıralayabiliriz:

- Firmanın varolan strateji ve amaçlarına ulaşmada hangi çevresel faktörlerin tehlike yaratabileceğinin belirlenmesi,
- Firmanın varolan strateji ve amaçlarına ulaşmada hangi çevresel faktörlerin fırsatlar sunabileceğinin belirlenmesi.

Çevresel analiz ve teşhislerin yapılması sorumluluğu, tek ürünlü firmalarda, öncelikle üst yöneticilerin sorumluluğundadır. Ürün ve pazarın çeşitli olduğu işletmelerde bu sorumluluk, her iş biriminin başında bulunan yönetici ile tepe yöneticileri tarafından paylaşılmaktadır. İşletmeler, planlayıcıları ve danışmanları bu göreve yardımcı olmak üzere kullanabilirler. Stratejik fırsat ve tehdit faktörlerinin başlıcaları şunlardır ;

6.2.2.1. Devlet ve yerel yönetim düzenlemelerine ilişkin faktörler :Bulduğumuz ülkedeki hükümet ve devletin faaliyetleri, işletmenin stratejik seçimleri üzerine etkili olmakta, işletmenin imkan ve fırsatlarını veya tehlikelerini bazen her ikisini de arttırıcı etki yapmaktadır.Örneğin devlet, yabancı malların rekabeti karşısında yerli üreticileri koruyabilir. Bu amaçla ithalat kısıtlamaları, gümrük vergileri ve anti dumping tedbirleri getirebilir. Ya da tam tersi durum söz konusu olup devlet, antitröst kanunlarla, işletmeler arası birleşmeler veya Pazar kartelleriyle oluşan suni tekeller devlet tarafından yasaklanabilir.

6.2.2.2. Hukuki Politik Faktörler :Politik çevre, günümüzde dinamik bir yapıya sahip olmuştur. Hükümetin hem uluslararası hem ülke çapında, hem de mahalli seviyedeki politik eğilimleri ve hukuki düzenlemeleri sıklıkla değişebilmektedir. Ülkelerin birbirleriyle politik ve ekonomik yönden işbirliği yapmaları, işletmelerin hayatı

üzerinde büyük ölçüde etkili olmaktadır. Özellikle dış ticaret (hammadde, enerji ve mal alım satımı), dış yatırımlar, diğer ülkelerle ilgili mali destek ve yardımlar, işgücü arz veya talebi yönündeki ilişkiler politik eğilimlere bağlı olarak gelişmektedir. Siyasi iktidarlar, politik görüşleri doğrultusunda uluslararası anlaşmalar yaparak, koruyucu tedbirler alarak veya almayarak, dışa açılma politikaları güderek veya kapanarak, ekonomiyi veya işletmeler yönlendirmektedirler.

Diğer taraftan devlet ve mahalli idareler, işletmelere ve ekonomiye artan bir şekilde müdahale etmeye başlamışlardır. Asgari ücretler, fiyat kontrolleri, kuruluş yerlerini belirlenmesi, organize sanayi bölgeleri, teşvik politikaları, iş güvenliği, istihdam şartları, çevre sağlığı gibi pek çok konuda hukuki düzenlemeler yapılmaktadır. Hükümetin bu düzenlemeleri, işletmenin stratejik seçimleri üzerinde etkili olmakta, işletmelere yönelik tehlike ve fırsatları ortaya çıkarmaktadır.

6.2.2.3. Finansal kurumlara ilişkin faktörler : Strateji uzmanları uluslararası para piyasasını, buldukları ülkelerdeki merkez bankasının kararlarını ve devletin para ile kredi kararlarına ilişkin olayları dikkatle izlemeli, mevcut durumun işletmeyi ne yönde etkileyeceğine bakmalıdır. Ayrıca tabii ki ekonomik kararları, işsizlikle ilgili verileri ve fiyat-kredi oranını sürekli takip ederek hangi koşulların kendisi için ne anlama geldiğini iyice belirlemelidir. Bilindiği üzere işletme, sadece çevreden hammadde, yardımcı malzeme ve yarı mamuller tedarik etmez. Bunun yanında olanaklar elverdiği ölçüde faaliyetlerini genişletmek amacıyla yabancı sermaye kaynaklarına başvurarak borçlanmak isteyecektir. Eğer, sermaye maliyetini oluşturan faiz haddi ve komisyonların oranları işletmenin karlılık oranının altında ise, işletme borçlanmaktan çekinmeyecektir. Dolayısıyla, ekonomik ve finansal çevre bir işletmenin parasal güç anlamında ayakta kalabilmesi için hayati önem taşımaktadır. Hükümetin para, maliye ve vergi politikaları, ithalat ihracat rejimi gibi konulara yönelik kararları yakından takip edilmelidir. Kişi ve işletmelerden alınan vergi çeşitleri ve oranları, para değerinin korunması, revalüasyon veya devalüasyon, emisyon hacmi, fon ve kaynak kullanımları, merkez bankasının fonksiyonları gibi konulardaki değişme ve gelişmelerin işletme için sağlayabileceği fayda ve zararlar üzerinde durulmalıdır.

6.2.2.4. Rakiplere ilişkin faktörler : İşletmeyle rekabet edebilecek firmaları belirledikten sonra rakip işletmeyle ilgili bir çok analizler yapılır. Yapılan analizlerle

rakip işletme analitik olarak incelenir ve üretim kapasiteleri, büyüme oranları, maliyetleri bulunmaya çalışılır. Bulduğumuz ülkede sektörümüzle ilgili yerli ve yabancı bütün işletmeleri yakından takip etmeli ve gerekli stratejik bilgileri elde etmeye çalışmalıyız.

6.2.2.5. Ekonomik Faktörler :İşletmelerin faaliyetlerinin başarısı, her şeyden önce, ürettiği mal veya hizmetleri uygun bir fiyatla satmasına; bu ise, genel ekonomik yapıdaki dengeye bağlıdır. Ekonomik yapının incelenmesi sırasında dikkate alınması gereken faktörler özetle şunlardır;

i. Milli gelirin yapısı: Ülkedeki toplam milli gelir, milli gelirdeki yıldan yıla artış oranları, sosyal sınıflar arasındaki gelir dağılımı, kişi başına düşen milli gelir miktarı...

ii. Ekonomik büyüme ve yatırımlar: Ülke ekonomisinin büyüme oranı, milli gelirin tasarruf oranı, tasarrufların yatırıma dönüşmesi eğilimi, yatırım teşvikleri, kamu ve özel sektör harcamalarının toplamı, kalkınma planlarına göre büyüme alanları.

iii. Enflasyonist ve deflasyonist eğilimler: Enflasyon, satın alma gücünü azaltan veya üretim girdilerindeki fiyat artışları sebebiyle mamulün maliyetlerini artıran bir faktör olarak, işletmenin mali yapısı üzerinde önemli etkilere sahiptir. Özellikle işletmenin üretmiş olduğu mal veya hizmetlerin fiyatlarındaki enflasyonist veya deflasyonist eğilimlerin işletmenin finansmanı üzerindeki etkileri titizlikle incelenmelidir.

iv. Ekonominin gelişme devresi: Bir ekonomi; depresyon, gelişme, yenileme ve refah seviyesi olmak üzere dört devrede incelenebilir. Bazı faaliyet dalları bu safhalardaki değişimlerden oldukça etkilenir. Ayrıca ekonomik dalgalanmalar, işletmele üzerinde olumlu ve olumsuz birçok etkiye sahiptir.

v. Dış ticaret ve ödemeler dengesi: Ülkedeki dış ticaretin durumu ve bunun ülke içindeki etkisi, ödemeler bilançosunun açık veya fazlalık vermesi, gümrük duvarları, ihracatı veya ithalatı teşvik politikaları işletme kararlarını belirleyici olabilir. İşletmeler çalışacakları ülkelerdeki bahsedilen ekonomik unsurlara çok önem vermeli ve stratejik planlarını sağlam ekonomik temellere oturtmalıdırlar.

6.2.2.6. Sosyokültürel Faktörler :İnsanların davranışları ve sosyokültürel değerler, işletmeleri etkileyen önemli bir diğer faktör grubudur. Teknoloji kadar hızlı olmasa bile, sosyokültürel faktörler de değişmektedir. Gerek işletme içinde çalışanların

davranış ve sosyal özelliklerindeki değişimler, gerek tüketicilerin ve onları etkileyen toplumun davranışlarındaki değişimler, bu insanların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulmuş bulunan işletmelerde de değişmeye sebep olacaktır.

i. İşletmede çalışanların değerleri: Çalışma şartları, çalışma saatleri, yer değiştirme, hayatın niteliğini geliştirme gibi işe yönelik beklentilerin yanında belirli bir otoritenin yakın kontrolü altında çalışmak istememe gibi değerler oluşmaktadır. Son zamanlarda çalışan insanların, yaptığı işe hakim olma istekleri artmış ve ayrıca kendi işinde çalışma eğilimleri artmıştır.

ii. Tüketicilerin değer ve davranışları: İşletmenin faaliyetini etkileyen ve hatta şekillendiren en önemli faktör, tüketicilerin davranışlarıdır. Tüketicilerin gelir seviyesi, içinde bulunduğu hayat safhası, şahsi ve ailevi özellikleri, sayısı, değer ve tutumları ve bunlarda meydana gelebilecek değişiklikler göz önüne alınmalıdır.

iii. Tüketicilerin ve çalışanların üyesi bulunduğu grupların tutum ve davranışları: Bu grupların norm ve değerleri, üyeler üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Grup normları ve davranışlarında meydana gelebilecek değişiklikler, tüketiciler ve çalışanlar vasıtasıyla işletme stratejisini de değiştirecektir.

iv. Toplumun tutum ve değerleri, ahlaki yapısı ve demografik özellikleri: İşletmenin mallarını pazarladığı çevredeki tutum ve değerleri ile bunlarda ortaya çıkacak değişiklikler, işletme stratejisini etkileyecektir. Değer ve tutumlara bağlı olarak, hayat tarzı ve dolayısıyla mal ve hizmetlere olan talebin miktarı, çeşidi ve niteliğinde değişimler meydana gelebilir. Bu sebeple faaliyette bulunulan çevredeki halkın hayat tarzı, ihtiyaçlarının özellikleri, gelir seviyesi, eğitim ve kültür seviyesi, yaşı, ailelerin sayısı ve özellikleri, nüfus artış hızı, coğrafi bölgelere göre demografik özellikleri incelenmelidir. Ayrıca örf ve adetler, ahlaki değerler, toplumun hoş karşılamadığı tutum ve davranışlar işletmenin faaliyetleri için belirleyici faktörler olarak dikkate alınmalıdır.

v. Sosyal değişimin hızı, mahiyeti ve sebepleri: Genel anlamda sosyal değişimler, hızlı olmamakla birlikte, moda gibi bazı heves ve anlayışlar oldukça çabuk değişebilir. Bu açıdan sosyal değişimin hızı ve niteliği iyi tanımlanmalı ve değişikliği ortaya çıkaran sebepler belirlenmelidir.

6.2.2.7. Tabii Çevre Faktörleri :Son yıllarda ölçsüz ve sorumsuz bir ekonomik büyümenin sonucu olarak, çevre kirliliği önemli ölçüde artmış bulunmaktadır.

Ekolojik dengedeki bozulmanın ve dolayısıyla insan hayatındaki güzelliklerin yok olmaya başladığının farkına varan bir çok ülke, buna sebep olan işletmelerin faaliyetlerinin yasaklanmasına veya sınırlandırılmasına karar vermektedir. Ayrıca evre kirliliğini önleyecek tedbirlerin alınması, oldukça büyük oranda maliyet artışlarına neden olmaktadır. H k metler, bu konularda da düzenlemeler yaparak ve hatta daha çok ticaret ve hizmet sektörlerini destekleyerek, evre kirliliğine yol açabilecek sanayi işletmelerini bir nevi cezalandırmaktadır. Planlarımızı bulunduğumuz ülkenin çevreci uygulamalarına uygun planlamalıyız. Aksi taktirde ağır cezalarla karşı karşıya kalabiliriz.

6.2.2.8. Teknolojik Gelişmeler :Teknoloji, uluslararası genel çevrenin en hızlı değişen ögesidir. Işletmenin mevcut hammaddeleri üretim usul ve süreçleri, kullanılan makinelerdeki değişme ve gelişmeler, aynı zamanda belirsizlik ve riski ortaya çıkarmaktadır. Teknolojik değişiklikler, işletme için büyük fırsatlar sunduğu gibi. onun mevcudiyetini tehlikeye sokabilmektedir. Yeni teknolojiler, yeni hammaddelerin kullanımı ile yeni mal veya hizmetlerin üretimini de beraberinde getirebilir. Mesela sıvı yağlarda plastik ambalajlarını kullanımıyla birlikte teneke kutu imalatçıları büyük bir krizle karşılaşmışlardır. Aynı hammaddelerin kullanılarak yeni mamullerin üretilmesi veya üretim süreçlerinde değişiklik yapılması ise, işletmeye önemli fırsatlar doğurabilir. Ancak burada teknolojik değişikliklerin. ekonominin her sektörünü aynı oranda etkilemeyeceği tekrarlanmalıdır. Bunun için şu noktalara dikkat etmek gerekir;

i. Işletme faaliyette bulunduğu sanayi kolundaki ar-ge çabalarının yoğunluğunu iyi bilmelidir. Çünkü teknolojik değişiklik; işletmenin çevresindeki yenilikçi ortama, faaliyet kolunun yeni icatlara açık olmasına, devlet desteği ve teşvikin bulunup bulunmamasına bağlı olarak hızlı veya yavaş gerçekleşir.

ii. Teknolojinin değişme hızı göz önünde bulundurulmalıdır. Bir ülkedeki teknolojik değişmelerin hızını ölçmek kolay olmamakla birlikte, patent ve markaların sayısı ile bunlardaki yıllık artış oranları esas alınabilir.

iii.  lke içindeki ve dışındaki teknolojinin mevcut yapısı ve gelişme potansiyeli belirlenmelidir. Bunun için ar-ge fonlarının, hangi faaliyet alanlarında toplandığını tespit etmek gerekecektir. Böylece teknik ilerlemeler, hangi dallarda daha fazla önem verildiği, gelecekte en fazla  mit bağlanmış faaliyet kollarının neler olduğu hakkında fikir yürütmek kolaylaşacaktır.

6.3 Swot Matrisi

SWOT analizi yöneticilerin güçleri, zayıflıkları, imkanları ve tehditleri dikkatlice inceleyebilirlerse organizasyonel başarıya götürecektir olan yararlı bir strateji oluşturmalarının kaçınılmaz olacağı anlayışına dayanmaktadır. İncelenecek olan iç güçler ve zayıflıklar ile dış imkanlar ve tehditler bir matrise yerleştirilir. Analizde kavramsal olarak dört farklı alternatif strateji, taktik ve eylem önerilmektedir. Bu alternatif stratejiler ise;

WT Stratejisi (mini-mini) : WT stratejisinin amacı zayıflıkları ve tehditleri minimize etmektir. Bu amaçla zayıflıklar ve tehditler göz önünde bulundurularak bunların üstesinden gelebilecek stratejiler oluşturulur.

WO Stratejisi (mini-maxi) : WO stratejisi zayıflıkları minimize edip imkanları maksimize etmeyi hedefler. Dış imkanlardan yararlanılacak mevcut zayıflıkları ortadan kaldırarak yeni stratejiler oluşturur.

ST Stratejisi (maxi-mini) : Bu stratejiyi organizasyonun dış çevredeki tehditlerle başa çıkacak olan gücü üzerine kurulmuştur. Amaç güçten maksimum oranda yararlanırken dış tehditleri minimize etmektedir.

SO Stratejisi (maxi-maxi) : Hem gücü hem de imkanları maksimize etmeyi hedefleyen stratejidir. Bu amaçla organizasyonun mevcut gücü kullanılarak tüm dış imkanlardan yararlanmayı sağlayacak stratejiler oluşturulur. Matriste incelenen etmen sayısı fazla olduğunda işleyişi kolaylaştırmak için, SWOT matrisindeki hücreler doldurulurken birimler arasında ikinci bir matris oluşturulur. Bu oluşturulacak ikinci matriste “+” ilişkinin varlığını gösterirken “0” ilişki olmadığını gösterir.

SWOT matrisinde yapılan analizlerin anlık olduğu , dış ve iç çevrenin dinamik bir yapıya sahip olduğu ve sürekli değiştiği düşünülürse, bu analizin yapısı gereği uzun vade de bu analizin belirli zaman aralıklarında tekrarlanması gerekmektedir.

7.BÖLÜM

7. ÖZEL BİR HASTANEDE UYGULAMA ÖRNEKLERİ

7.1. Yurtdışında Uygulanan Doktor ve Hemşire Nöbet Çizelgeleme Teknikleri ve Nöbet Çizelgeleme Çalışmaları

7.1.1.Doktor ve Hemşire Nöbet Çizelgelemesi ile ilgili Yurtdışında Yapılan Çalışmalar

Doktor ve Hemşire Nöbet Çizelgeleme teknikleri, genel olarak dünyanın her yerinde benzer teknikler kullanılarak yapılmaktadır. Hemşire eksikliği çeken sağlık kurumlarında çok önemli bir sorun olan çizelgeme problemi, yurtdışında genel olarak iki yola başvurulmaktadır. İlk yol yazılım şirketlerinden profesyonel yardım almak, ikinci yol ise hastanede yönetim biriminde çalışan personelin, “hemşire çizelgeleme problemi” (nurse scheduling problem) olarak bilinen bir endüstri mühendisliği sorunu olan bu problemi çözmesi gerekmektedir.

Bu iki yola başvururken uyulması gereken bazı kurallar ve kısıtlamalar vardır. Bu kurallar, her ülkede bulunan hemşire ve doktorlarla ilgili sendikaların, hastaneler üzerindeki yaptırımlara göre değişmektedir. Örnek olarak, Amerika’da, hemşire ve doktor nöbet çizelgeleri, “çalışma vardiyaları” olarak adlandırılan bir sisteme uygun olarak belirlenmektedir. Bu vardiya çeşitlerinden en fazla kullanılanı ise, “üçlü vardiya sistemi” olarak adlandırılan, günü 8’er saatlik üç vardiyaya bölen sistemdir. Bu sistem, bazı kısıtlamalara sahiptir. Bu kısıtlamalar;

- Bir hemşire, aynı gün içerisinde 3 vardiyada birden çalışamaz.
- Tatildeki hemşireler, herhangi bir vardiyada çalışamaz.
- Bir hemşire gece vardiyasının, ardından sabah vardiyası yapamaz.

Bu tarz kısıtlamalar, ülkedeki sendikaların yaptırımına ve hastanenin politikasına göre değişiklik gösterebilir.

a) Profesyonel Yardım:

Hemşire ve doktor nöbet çizelgesi, online olarak veya bazı yazılım programlarını hastanedeki bilgisayarlara yükleyerek yapılmaktadır. Online olarak yapılan bu çizelgeleme sisteminden kısaca bahsetmek gerekirse, bu sistem Amerika'da California Health Care Foundation adlı bir şirket tarafından geliştirilmiş. 60.000 ila 150.000 dolar arasında maliyeti olan bu sistemin, New York'taki bir hastaneye 3 yıl sonundaki getirisi yaklaşık olarak 1,7 milyon dolardır. Bu sistem, çizelgeleme sorunun yanı sıra hemşire eksikliği sorununu da çözüyor. Bu sistemin hastaneye adapte edilmesi bazı aşamalar sonucunda olmaktadır. Bu aşamalar sırasıyla;

- 1) Bütçenin Ayarlanması
- 2) İhtiyaçların Tanımlanması
- 3) Kaynakların Tanımlanması
- 4) Kaynaklar ve İhtiyaçların Karşılaştırılması
- 5) Gelecek Çizelgeler Geliştirilmesi
- 6) Şimdiki Çizelgelere Personel Dağıtımı

b) Hemşire Çizelgeleme Problemi:

Bu problemin çözümü üzerine bir matematik modeli bulunmaktadır. Bu modelin uygulanması halinde teorik olarak hemşire çizelgeleme maliyeti minimuma inmektedir. Fakat bu modelin pratikte uygulanması açısından bazı problemler bulunmaktadır. Bu modelin uygun bilgisayar programında sonuç vermesi saatler sürmektedir. Konuyla ilgili geleneksel yaklaşımla Ms-Excel formatında modeller yapılmıştır.

7.1.2. Doktor ve Hemşire Nöbet Çizelgesi

Doktor Nöbet Çizelgesi:

Genel Cerrahi Ünitesi

Bu çizelgede, hangi doktorların hangi geceler nöbete kalacağı belirtilmektedir. 29 Mart-2 Mayıs tarihleri arasındaki doktor nöbet listesi, ilk önce exceldeki 35 günlük nöbet çizelgesine döküldü.

Bu önerilen çizelgelerin yapılırken bazı kısıtlamalar konuldu. Bu kısıtlamalar;

- 1) İki nöbet arasında en az iki gün olmalıdır.
- 2) Hafta sonu nöbetinden sonra, doktor ondan sonraki hafta boyunca nöbet tutmamalıdır.
- 3) Bir hafta içerisinde, en fazla iki gece nöbet tutulabilir.
- 4) Bir hafta içerisinde hafta sonu nöbeti tutan doktor, o hafta içerisinde başka nöbet tutmamalıdır.

Bu kısıtlamalara ek olarak, bazı özel durumlarda söz konusu olabilir. Bu özel durumlardan ilki, yıllık izinlerdir. Önerilen çizelge ve koyulan kısıtlamalar, doktorların yıllık izin isteklerine göre değişiklik gösterebilir. Bir başka özel durum ise doktorların nöbet değişikliği istekleri olabilir. Nöbet değişikliği duruma da, iki tarafın ve sorumlu kişinin onayı ile gerçekleştirilebilir. Bu nöbet değişikliği esnekliği, istisnalar dışında sadece doktorlara verilmelidir. (Genel Cerrahi Ünitesi Doktor Nöbet Çizelgesi ile ilgili bütün tabloları, Doktor Nöbet Çizelgesi(Genel Cerrahi) adlı Excel dosyasında bulabilirsiniz.)

b) Hemşire Nöbet Çizelgesi:

KVC Yoğun Bakım Ünitesi

KVC Yoğun Bakım Ünitesinde, 1 tane sorumlu hemşire olmak üzere, toplam 6 tane hemşire bulunmaktadır. Sorumlu hemşire, pazar ve cumartesi öğleden sonra hariç her gün gündüz nöbeti tutmaktadır. Sorumlu hemşire dışındaki hemşirelerin çalışma şekilleri; pazar hariç 6 gün için, 2 kişi gündüz ve 1 kişi gece olarak çalışmaktadırlar. Pazar günü ise; 1 kişi gündüz ve 1 kişi gece; ihtiyaç halinde gündüz vardiyası 2 kişiye çıkacak şekilde düzenlenmiştir. Bu üniteye, hemşire eksikliği sıkıntısından bahsedilmemiştir.

Çizelgeleme modeli oluşturulmadan önce, bazı kısıtlamalar konulmuştur. Bu kısıtlamalar;

- 1) Gece nöbeti yapan hemşire, ondan sonraki gün gündüz nöbeti yapmamalıdır.
- 2) Bir hemşire 2 gece üst üste gece nöbeti yapmamalıdır.
- 3) Bir hemşirenin, bir hafta içerisinde en az 2 günü boştur.
- 4) Bir hemşire, bir hafta içerisinde 2'den fazla gece nöbeti yapmaz.

Bu kısıtlamalar göz önüne alınarak, ilk önce mevcut olan 6 hemşirenin içinde bulunduğu bir çizelgeleme modeli oluşturulmuştur. Yapılan model sonucunda, sorumlu hemşire haricinde kalan 5 hemşirenin, hiçbirinin Temmuz ayı için geçerli olan 216 saatlik sınıra ulaşamadığı gözlenmiştir. 5 hemşirenin toplam eksik mesai saati, 174 saattir. Bu sayı neredeyse, bir hemşirenin temmuz ayı için tamamlaması gereken sınır kadardır. Bu durum, bu üniteye bir hemşirenin, hemşire sıkıntısı çeken başka bir üniteye aktarılmasına yol açabilmektedir. Böyle bir durumda, sorumlu hemşire hariç kalan 4 hemşirenin çizelgeleme yapıldığında; 3 hemşirenin fazla mesai yaptığını ve 1 hemşirenin de eksik mesai yaptığını görülmektedir. Toplam fazla mesai 58 saat iken, toplam eksik mesai 16 saattir. Bir hemşirenin maaşını 1500 TL olarak alırsak, 58 saatlik fazla mesainin maliyeti yaklaşık olarak 480 TL'dir. Yani 480 TL ödenerek, hemşire eksikliği çeken bir üniteye 1500 TL maaşı olan ve belki de kalifiye olmayan bir hemşire alma durumunu, bertaraf edilebilir.

Bu model ve kısıtlamalar, hemşirelerin yıllık izinlerine göre değişiklik gösterebilir. (KVC Yoğun Bakım Ünitesi Hemşire Nöbet Çizelgesi ile ilgili bütün tabloları, Hemşire Nöbet Çizelgesi(KVC) adlı Excel dosyasında bulabilirsiniz.)

Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi

Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinde, 1 tane sorumlu hemşire olmak üzere, toplam 12 tane hemşire bulunmaktadır. Sorumlu hemşire, pazar ve cumartesi öğleden sonra hariç hergün gündüz nöbeti tutmaktadır. Buna ek olarak, hemşire eksikliğinden dolayı haftada bir kere, genellikle Cumartesi günleri gece nöbeti tutmaktadır. Sorumlu hemşire dışındaki hemşirelerin çalışma şekilleri; her gün için, 4 kişi gündüz ve 3 kişi gece olarak çalışmaktadırlar. Ama şu anki doluluk oranına bakılırsa, her gün için, gündüzleri 6, geceleri de en az 4 tane hemşireye ihtiyaç duymaktadırlar.

Çizelgeleme modeli oluşturulmadan önce, bazı kısıtlamalar konulmuştur. Bu kısıtlamalar;

- 1) Gece nöbeti yapan hemşire, ondan sonraki gün gündüz nöbeti yapmamalıdır.
- 2) Bir hemşire 2 gece üst üste gece nöbeti yapmamalıdır.(Bu kural 1 ay içinde toplamda 4 kere ihlal edilebilir.)
- 3) Bir hemşirenin, bir hafta içerisinde en az 2 günü boştur.
- 4) Bir hemşire, bir hafta içerisinde 3'den fazla gece nöbeti yapmaz.

Bu ünite, vardiya sistemi bakımından, diğer ünitelere göre farklılık gösterir. Bu üniteye vardiya sistemini; 08:00-20:00 gündüz vardiyası ve 20:00-08:00 gece vardiyası oluşturmaktadır. Bu yüzden hastanenin genel kullanılan 8, 10, 14 olan katsayı sistemi, bu üniteye farklılık gösterebilir. Çünkü bu sistemde, gece ve gündüz vardiyalarının süresi birbirine eşittir. Bu yüzden, gece ve gündüz vardiyalarına verilen katsayılar arasındaki fark azaltılmalıdır. Böyle bir durumda daha iyi karar verebilmek için; yaptığım 5 modeli, 3 farklı katsayı sisteminde değerlendirdim. Bu katsayı sistemleri sırasıyla; 8-10-14, 9-11-12 ve 8-10-12.

a) 8-10-14 Katsayı Sistemi: Bu sistem, hastanenin genelinde kullanılan katsayı sistemidir. Bu katsayı sistemine göre; mevcut 12 hemşire ile yapılan, gündüz 4, gece

3 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde, 266 saat eksik mesai çıkmaktadır. Mevcut 12 hemşire ile yapılan, gündüz 5, gece 3 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde ise, 28 saat fazla mesai çıkmaktadır. Eldeki hemşirelerle, daha yoğun bir talep karşılanamayacağı için, yeni bir hemşire alınır, mevcut olacak 13 hemşire ile yapılan, gündüz 5, gece 4 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde, 206 saat fazla mesai çıkmaktadır. 2 yeni hemşire alınır, mevcut olacak 14 hemşire ile yapılan, gündüz 6, gece 4 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde, 248 saat fazla mesai çıkmaktadır. Eğer 3 yeni hemşire alınır; mevcut olacak 15 hemşire ile yapılan, gündüz 6, gece 4 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde, 28 saat fazla mesai çıkmaktadır.

b) 9-11-12 Katsayı Sistemi: Bu sistem, gündüz ve gece katsayıları arasındaki fark azaltılmış alternatif bir sistemdir. Bu katsayı sistemine göre; mevcut 12 hemşire ile yapılan, gündüz 4, gece 3 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde, 355 saat eksik mesai çıkmaktadır. Mevcut 12 hemşire ile yapılan, gündüz 5, gece 3 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde ise, 7 saat fazla mesai çıkmaktadır. Eldeki hemşirelerle, daha yoğun bir talep karşılanamayacağı için, yeni bir hemşire alınır, mevcut olacak 13 hemşire ile yapılan, gündüz 5, gece 4 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde, 86 saat fazla mesai çıkmaktadır. 2 yeni hemşire alınır, mevcut olacak 14 hemşire ile yapılan, gündüz 6, gece 4 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde, 159 saat fazla mesai çıkmaktadır. Eğer 3 yeni hemşire alınır; mevcut olacak 15 hemşire ile yapılan, gündüz 6, gece 4 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde, 15 saat fazla mesai çıkmaktadır.

c) 8-10-12 Katsayı Sistemi: Bu sistem, gündüz ve gece katsayıları arasındaki fark azaltılmış başka bir alternatiftir. Bu katsayı sistemine göre; mevcut 12 hemşire ile yapılan, gündüz 4, gece 3 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde, 452 saat eksik mesai çıkmaktadır. Mevcut 12 hemşire ile yapılan, gündüz 5, gece 3 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde ise, 204 saat eksik mesai çıkmaktadır. Eldeki hemşirelerle, daha yoğun bir talep karşılanamayacağı için, yeni bir hemşire alınır, mevcut olacak 13 hemşire ile yapılan, gündüz 5, gece 4 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde, 42 saat eksik mesai çıkmaktadır. 2 yeni hemşire alınır, mevcut olacak 14 hemşire ile yapılan, gündüz 6, gece 4 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde, 26 saat fazla mesai çıkmaktadır. Eğer 3 yeni hemşire alınır; mevcut

olacak 15 hemşire ile yapılan, gündüz 6, gece 4 hemşire talebi karşılayacak nöbet çizelgesinde, 216 saat eksik mesai çıkmaktadır.

8-10-14 katsayı sistemini uygulamak, mantıklı bir karar olmaz. Çünkü bu katsayı sisteminin uygulandığı, ünitelerde gece vardiyasını 14 saat sürerken; gündüz vardiyası 10 saat sürmektedir. Ama bu ünite her iki vardiyada eşit olarak 12 saat sürmektedir. Gece vardiyası ile gündüz vardiyası arasındaki tek fark; gece vardiyasının zorluğudur. Bu yüzden alternatif katsayı sistemleri arasında karar vermek, daha mantıklı bir seçim olmaktadır. 8-10-12 katsayı sisteminde ise, sadece gece vardiyasının katsayı değeri azaltılmıştır. Bu yüzden; 9-11-12 katsayı sisteminin gerçekçiliği daha fazladır. Diğer taraftan, en iyi sonucu sırasıyla 8-10-12, 9-11-12 ve son olarak 8-10-14 katsayı sistemleri vermektedir. Sonuç olarak, gerçekçilik ve verimlilik kıstasları göz önünde bulundurulduğunda 9-11-12 veya 8-10-12 katsayı sistemlerinden ikisi de kullanılabilir.

7.1.3. Uygulama Örneği

1) Genel cerrahi doktorlarının daha önceden var olan nöbet listesindeki, nöbetlerin (hafta içi ve hafta sonu) dağılımında büyük dengesizlik görüldü. Bu dengesizliğin azaltılması adına, yeni, bir çizelgeleme modeli oluşturuldu. Bu modele göre, nöbet dağılımları eşit bir şekilde dağıtılmaya çalışıldı. Buna ek olarak, 29 Mart-16 Mayıs arasını kapsayan 49 günlük bir çizelgeleme, önceki çizelgeleme geliştirilerek yapıldı. Bu çizelgelemenin yapılmasının sebebi, uzun dönemde dağılımın eşit yapıldığının daha rahat görülmesidir. Dengeleme unsuru temel baz noktası olarak alınmıştır.

GENEL CERRAHİ DOKTOR NÖBET ÇİZELGESİ VAROLAN(29 MART-2 MAYIS)																																
	Pzt	Sal	Çar	Per	Cum	Çar	Pzt	Sal	Çar	Per	Cum	Çar	Pzt	Sal	Çar	Per	Cum	Çar	Pzt	Sal	Çar	Per	Cum	Çar	Pzt	Sal	Çar	Per	Cum	Çar	Paz	
Ali	X			X			X	X						X												X	X				7(0)	
Osman				X							X						X							X					X		5(0)	
Hasan			X		X				X	X							X		X					X					X		7(4)	
Fethi	X				X	X										X		X	X												6(2)	
Bahadır												X			X												X		X		4(2)	
Oğuz													X	X				X						X							4(1)	
Murat																							X		X						2(1)	
Nöbet Sayısı(Haftasonu)	1	1	1	1	1	1(1)	1(1)	1	1	1	1	1	1(1)	1(1)	1	1	1	1	1	1(1)	1(1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35(10)

GENEL CERRAHİ DOKTOR NÖBET ÇİZELGESİ ÖNERİLEN(29 MART-2 MAYIS)																																
	Pzt	Sal	Çar	Per	Cum	Çar	Pzt	Sal	Çar	Per	Cum	Çar	Pzt	Sal	Çar	Per	Cum	Çar	Pzt	Sal	Çar	Per	Cum	Çar	Pzt	Sal	Çar	Per	Cum	Çar	Paz	Toplam
Ali	X										X								X	X										X		5(2)
Osman		X									X								X		X				X							5(1)
Hasan			X			X	X								X							X			X		X					6(1)
Fethi			X			X	X						X									X				X						5(1)
Bahadır				X			X								X								X		X							5(1)
Oğuz					X								X	X									X									4(2)
Murat						X								X		X						X							X			5(2)
Nöbet Sayısı(Haftasonu)	1	1	1	1	1	1(1)	1(1)	1	1	1	1	1	1(1)	1(1)	1	1	1	1	1	1(1)	1(1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35(10)

Kurallar

- 1) İki nöbet arasında en az iki gün olmalıdır
- 2) Haftasonu nöbetinden sonra, doktor ondan sonraki hafta boyunca nöbet tutmamalıdır
- 3) Bir hafta içerisinde en fazla 2 gün nöbet tutulabilir
- 4) Bir hafta içerisinde haftasonu nöbeti tutan doktor, o hafta içerisinde başka nöbet tutmaz

Not

- 1) Nöbet sistemi ve kurallar, yıllık izne göre değişiklik gösterebilir.
- 2) Nöbet değişikliği, iki tarafın sorumlu kişinin onayı ile yapılabilir

2) Hemşirelik hizmetleri nöbet çizelgesinde amaç fazla mesai yapmadan ve devir çalışma saati oluşturmadan norm kadro ile optimum fayda sağlanmaya çalışılmıştır. Örnek olarak yeni doğan yoğun bakım ünitesi (NICU) ile kalp damar cerrahisi yoğun bakımlarının çizelgelemesi yapılmıştır.

MAYIS AYI YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM HEMŞİRE ÇİZELGEME MODELLERİ																																					
Hemşire Mayıs Ayı Çalışma Saati Sınır: 216 Saat																																					
X: Gündüz Nöbeti																																					
O: Gece Nöbeti																																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Gündüz Haftaiçi Nöbetleri+(Gündüz Haftasonu Nöbetleri)+Gece Nöbetleri=Toplam Nöbetler	Toplam Çalışılması Gereken Saat	Fazla Mesai veya Eksik Mesai	Toplam Mesai		
Sorumlu Hemşire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	27	231	0	44	
Hemşire 1	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	9+1+11	224	8	
Hemşire 2	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	9+1+11	224	8	Fazla Mesai
Hemşire 3	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	9+1+11	224	8	52
Hemşire 4	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	9+1+11	224	8	
Hemşire 5	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	8+2+10	214	-2	Eksik Mesai
Hemşire 6	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	8+2+10	214	-2	-8
Hemşire 7	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	8+2+10	214	-2	
Hemşire 8	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	8+2+10	214	-2	
Hemşire 9	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	10+1+10	221	5	
Hemşire 10	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	10+1+10	221	5	
Hemşire 11	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	10+1+10	221	5	
Hemşire 12	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	10+1+10	221	5	

MAYIS AYI KVCYBÜ HEMŞİRE ÇİZELGEME MODELLERİ																																					
Hemşire Mayıs Ayı Çalışma Saati Sınır: 216 Saat																																					
X: Gündüz Nöbeti																																					
O: Gece Nöbeti																																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Gündüz Haftaiçi Nöbetleri+(Gündüz Haftasonu Nöbetleri)+Gece Nöbetleri=Toplam Nöbetler	Toplam Çalışılması Gereken Saat	Fazla Mesai veya Eksik Mesai	Toplam Mesai		
Sorumlu Hemşire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	27	231	0	42
Hemşire 1	O	X	X	X	X	X	O	X	X	X	O	X	X	X	O	X	X	O	X	X	O	X	X	O	X	X	O	X	X	O	X	X	O	17+2+5	226	10	
Hemşire 2	X	X	O	X	O	X	X	O	X	O	X	O	X	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	X	O	X	X	O	14+8	224	8	
Hemşire 3	X	X	O	X	O	X	X	O	X	O	X	O	X	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	X	O	X	X	O	10+2+9	226	10	
Hemşire 4	X	O	X	O	X	X	O	X	O	X	O	X	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	O	X	X	O	X	O	13+9	230	14	

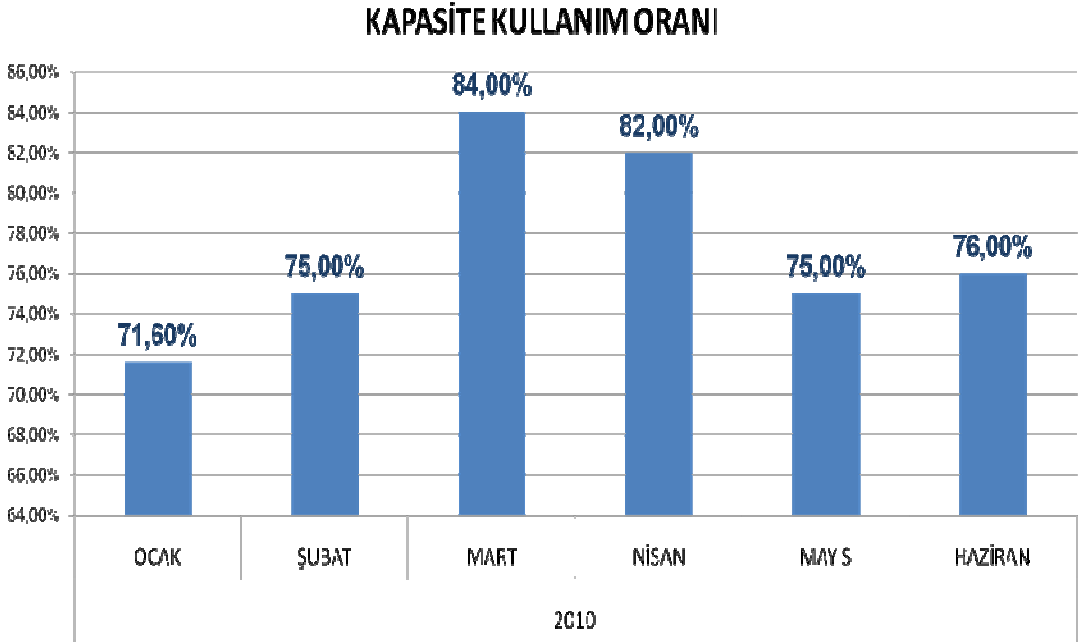
7.2. SAĞLIK HİZMETİNDEKİ KAPASİTE VE VERİ HESAPLANMASI

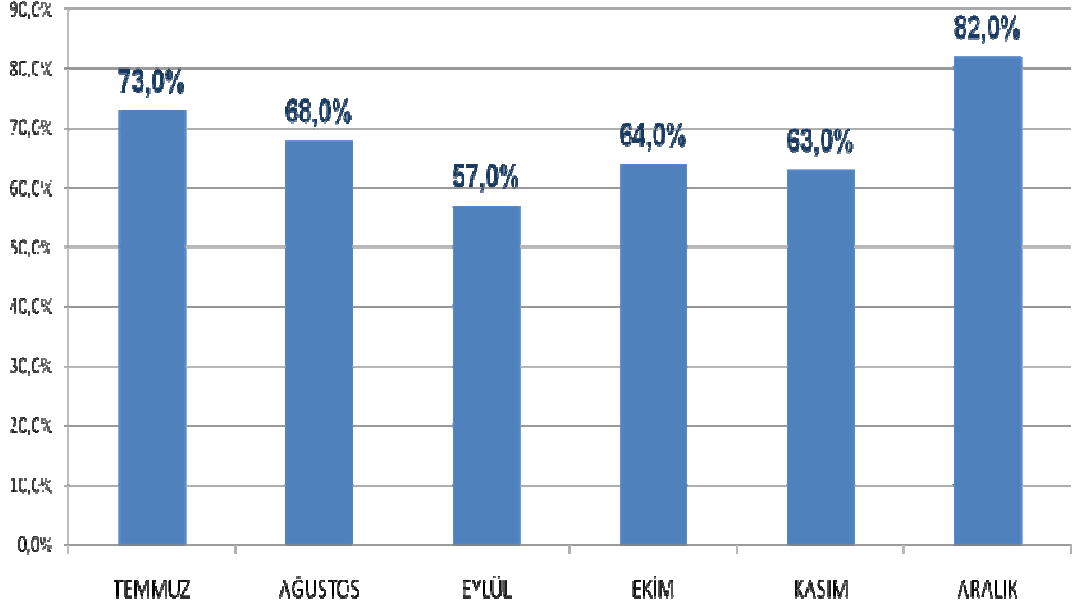
7.2.1. Kapasite Kullanım Oranı

Hastanenin çalışma derecesini gösterir. Hastanelerde kapasite, hastanenin hizmet sunma potansiyelini ifade etmektedir. Talepteki dalgalanmalar atıl kapasite yaratabilir. Atıl kapasitenin önüne geçebilmek için optimal bir kapasite kullanım oranı ile çalışılmalıdır. Optimal seviyenin üzerindeki kapasite oranları uzun tedavi süreçlerine neden olmakta bu durumda maliyetleri arttırmaktadır.

Günlük kapasite kullanım oranı, hastaneye yatarak tedavi gören hastaların, gece yarısında saptanan sayısının o anda kullanıma hazır yatak sayısına orantılıdır. Bir dönemlik kapasite kullanıma hazır yatak sayısına oranıdır. Bir dönemlik kapasite kullanım oranı ise dönem boyunca çıkan ve ölen hastaların hastaların hastanede yattığı toplam tedavi / gün sayısının, hasta / gün sayısını dönemin gün sayısı ile kullanıma hazır yatak sayısının çarpımından sağlanacak yatak / gün değerine bölünmesiyle hesaplanır.

$$\text{Kapasite Kullanım Oranı} = \frac{\text{Hasta Sayısı} \times \text{Ortalama Yatış Süresi}}{\text{Fiili Yatak Sayısı} \times 30}$$





(Kapasite kullanım oranı 2010 yılı son yarısı)

Hastanelerde her operasyonun yatak tedavi süresi farklıdır. Örneğin bir kalça kemiği kırığı tedavisinde yatış süresi 1 ay iken; sezaryen ile doğumda önerilen yatış süresi 2 gündür.

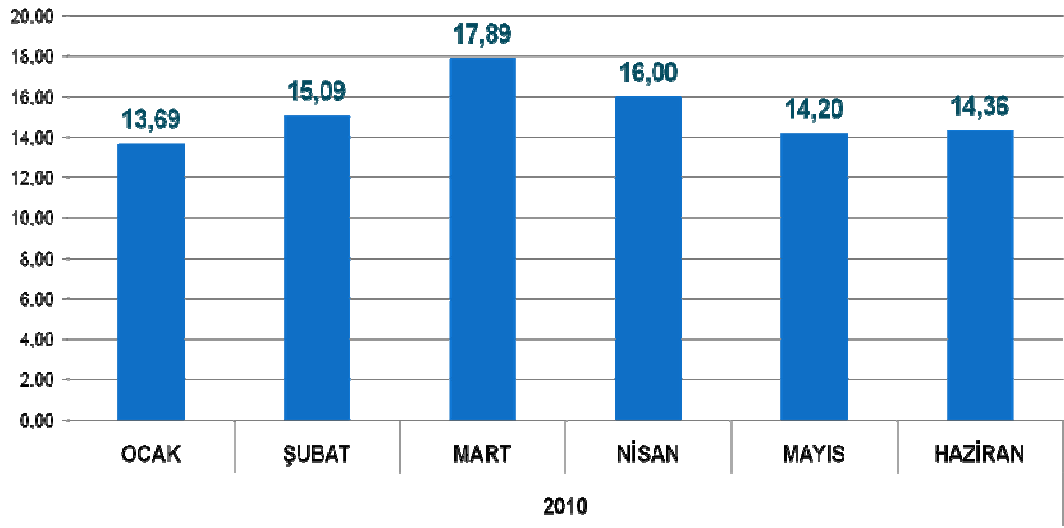
Sonuçlara göre medixy hastanesi kapasitesini iyi kullanamamakta ve atıl bir kapasite oluşturmaktadır. Kapasite kullanım oranı optimal seviyenin altında ise uzun tedavi süreçleri var demektir. Bu durumda maliyetleri yükseltir. Kısa süreli yatışlar ve ameliyat sayısının artırılması atıl kapasiteyi minimum seviyede tutacaktır.

7.2.2. Operasyon Hekim Oranı

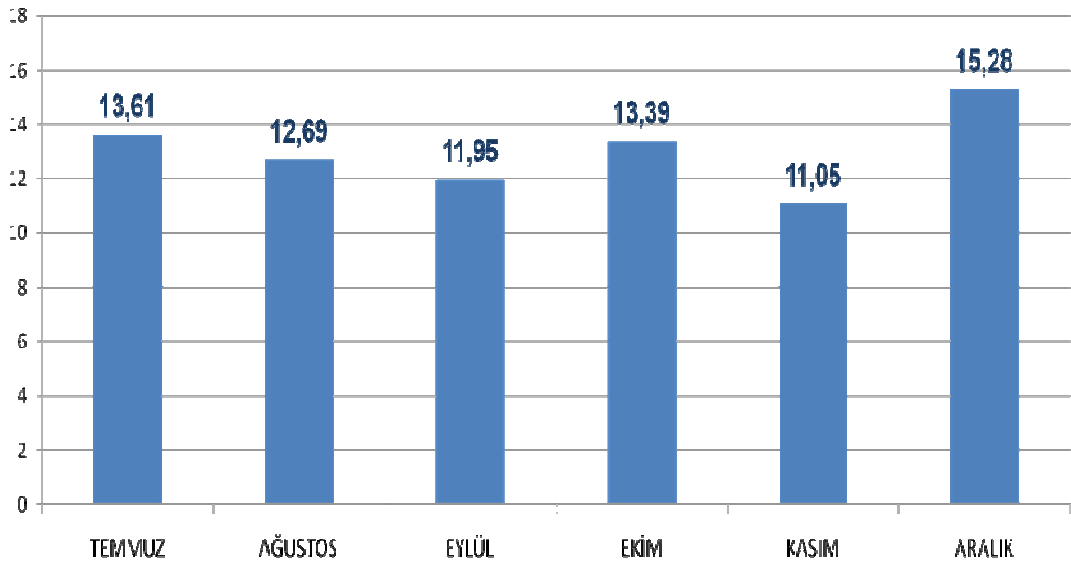
Hekimlerin gerçekleştirildikleri operasyon hizmeti sayısını gösterir.

$$\text{Operasyon Hekim Oranı} = \frac{\text{Toplam Operasyon Sayısı}}{\text{Toplam Hekim Sayısı}}$$

Operasyon hekim oranı 2010 yılı ilk yarısı;



Operasyon hekim oranı 2010 yılı son yarısı;

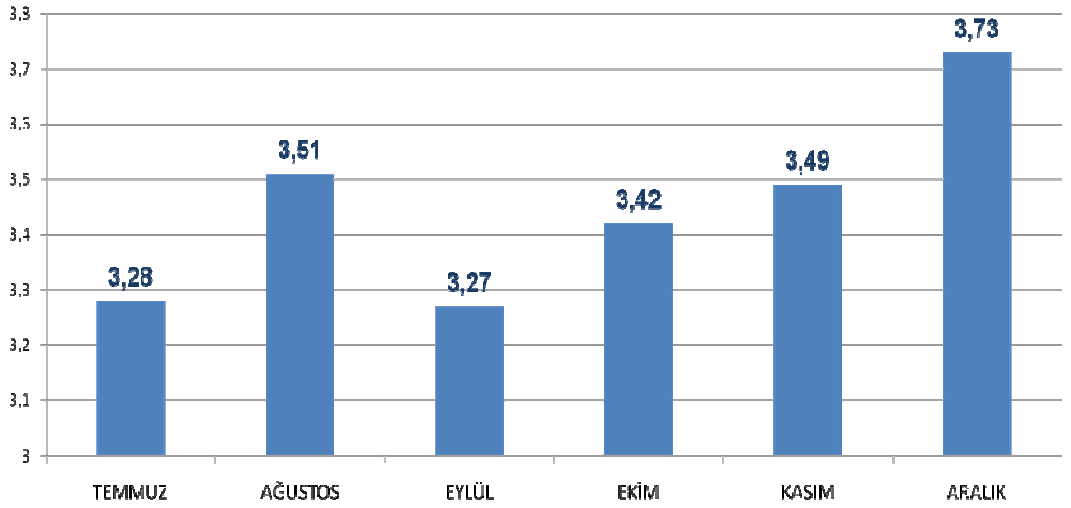
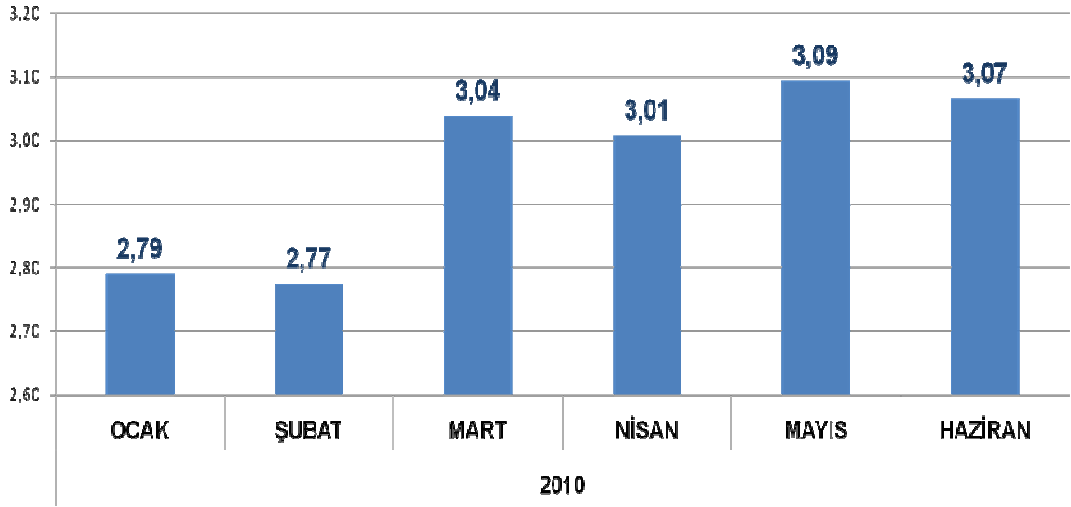


7.2.3. Ortalama Yatış Süresi

Bir hastanın hastanede kaldığı ortalama gün sayısıdır. Dönem içinde yatılan günün, dönem içinde taburcu olan ve ölen hasta toplamına oranlaması ile bulunur.

$$\text{Ortalama Yatış Süresi} = \frac{\text{Yatılan Gün Sayısı}}{\text{Taburcu olan H.S.} + \text{Ölen H. S}}$$

ORTALAMA YATIŞ SÜRESİ

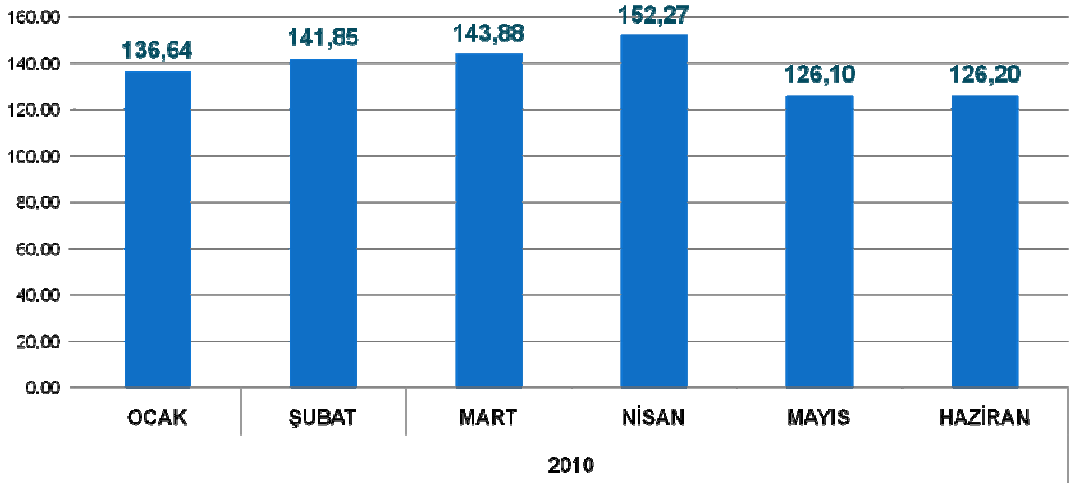


7.2.4. Poliklinik Hizmet Oranı

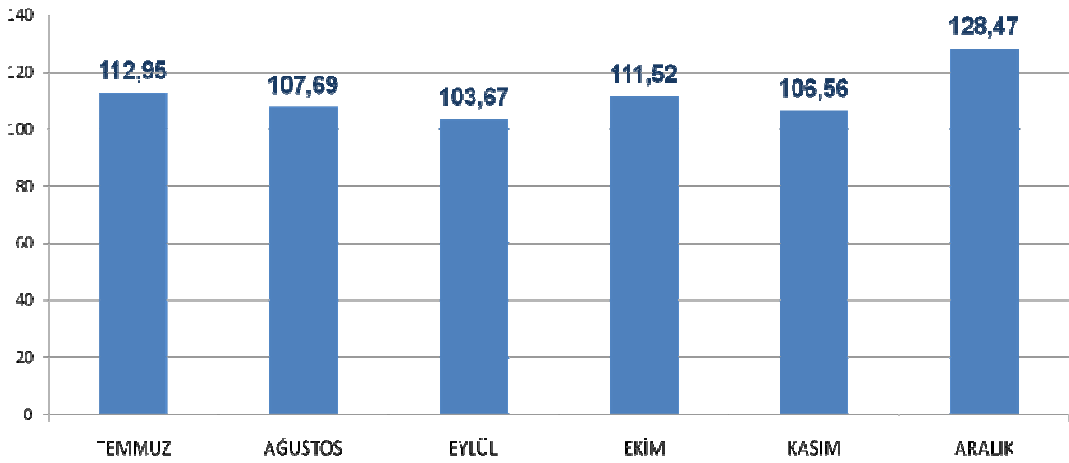
Hekimlerin verdiği poliklinik hizmeti sayısını verir.

$$\text{Poliklinik Hizmet Oranı} = \frac{\text{Poliklinik Hasta Sayısı}}{\text{Toplam Hekim Sayısı}}$$

Poliklinik hizmet oranı 2010 yılı ilk yarısı;



Poliklinik hizmet oranı 2010 yılı son yarısı;



Medixy hastanesinde hekim başı muayene sayısı düşük kalmaktadır. Bu durum çevre potansiyeli, fiyat endeksi, ulaşım gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Ancak bu durum olumsuzluğu neticesinde takip amaçlı yatan hasta takip ile ameliyat sayısında da düşüşe neden olmaktadır. Cironun yeterli düzeye gelmemesine ve düşük kapasite ile çalışılmasına neden olmaktadır.

7.2.5. Yatak Devir Hızı

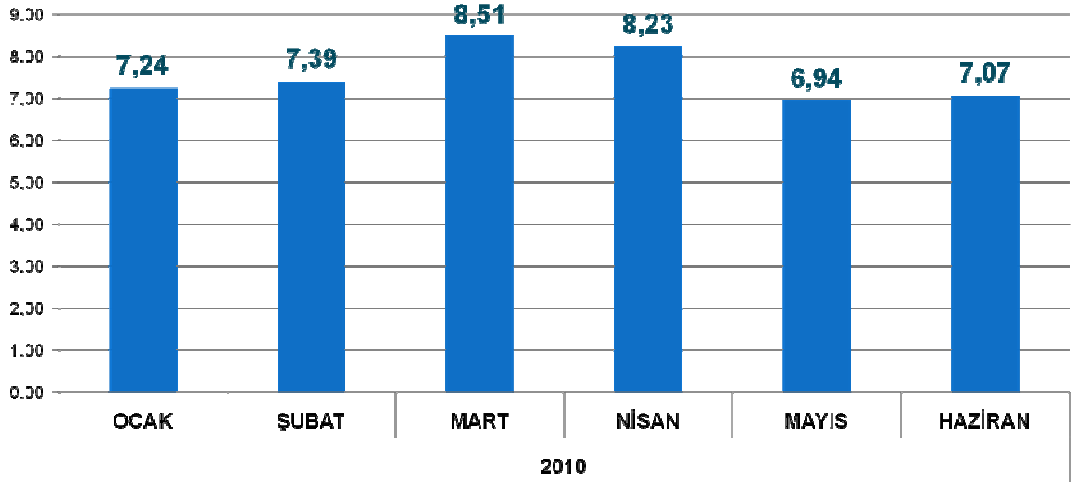
Yatak başına düşen hasta sayısını belirleyen orandır. Hastane yataklarının etkin ve ekonomik kullanılıp kullanılmadığını analiz etmekte kullanılır. Yatak devir hızının düşüklüğü, hastane yatak kapasitesinin düşüklüğünü ve ortalama yatış süresinin kısaldığını gösterdiği için birim maliyetlerinde yüksek olmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla yatak devir hızının belli değerlerin altına düşmemesi gerekir.

Yatak devir hızını etkileyen diğer bir etmen de hastane hizmetlerine olan taleptir. Eğer bir bölüm talep edilenden daha büyük olarak, daha fazla yatak sayılı olarak yapılmışsa yatak devir hızı düşecek ve tedavi maliyetleri yükselecektir.

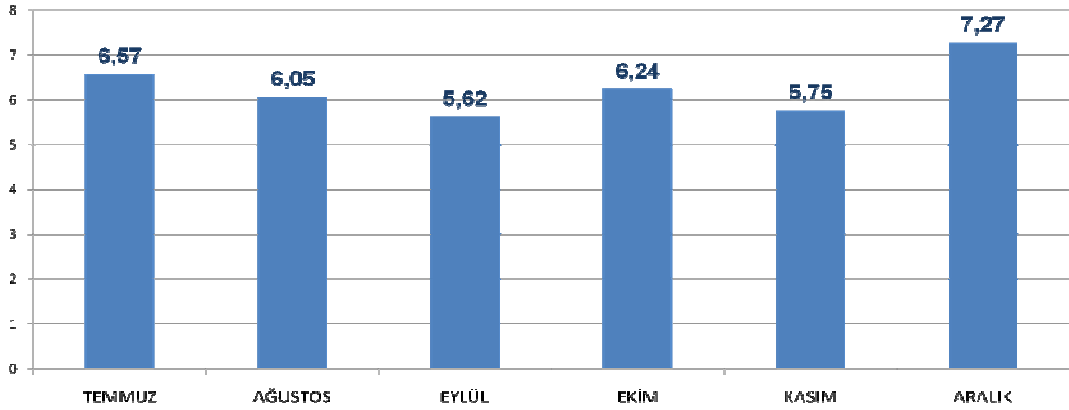
Hastanelerde doktor ve hemşire sayısının, diğer destekleyici ve yardımcı personel sayısı ile birlikte artması yatak devir hızını yükseltir. Çünkü hasta başına düşen doktor sayısı oranı artacağından hastaların tedavi süresi kısılacaktır.

$$\text{Yatak Devir Hızı} = \frac{\text{Yatan Hasta Sayısı}}{\text{Yatak Sayısı}}$$

Yatak devir hızı 2010 yılı ilk yarısı;



Yatak devir hızı 2010 yılı son yarısı;



Yatak devir hızının düşüklüğü, hastane yatak kapasitesinin düşüklüğünü ve ortalama yatış süresinin kısaldığını gösterdiği için birim maliyetlerinde yükselmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla yatak devir hızının belli değerlerin altına düşmemesi gerekmektedir.

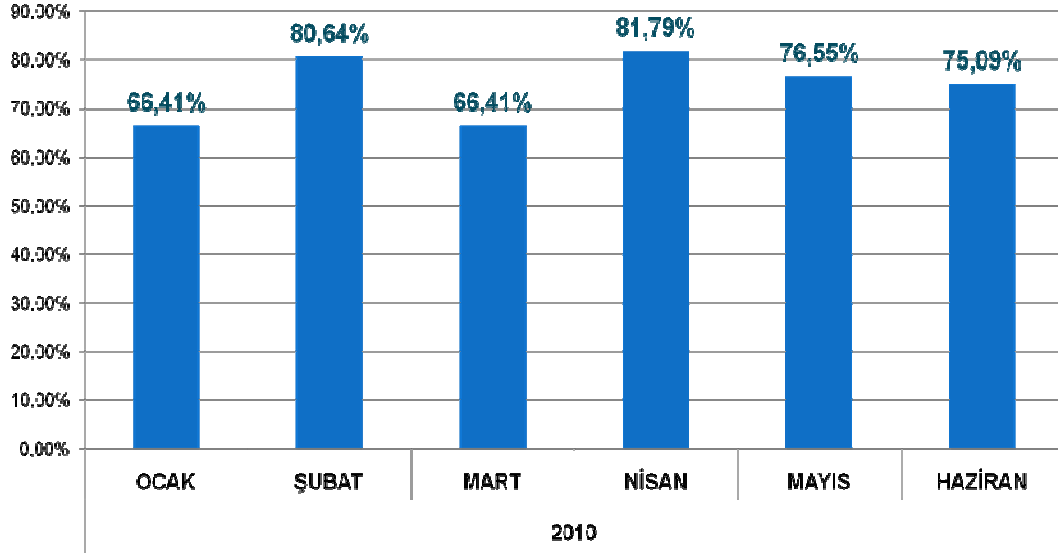
7.2.6. Yatak İşgal Oranı

Yatak işgal oranı, bir hastanede bulunan hasta yataklarının kullanımında olduğu ortalama sürenin oranıdır. Diğer bir ifadeyle hastane yataklarının hangi oranda kullanıldığını gösterir. Hasta günü ; hastaların hastanede yattıkları gün sayısının toplamıdır. Belirli bir dönem aralığında alınması daha sağlıklı olacaktır. İşgal oranı toplam yatak miktarı ile kullanılan yataklar arasındaki oran ile bağlantılıdır. Ancak; mevsimsel talep dalgalanmaları sonucunda kullanılan ek yataklarda dikkate alınması daha gerçekçi sonuçlar verecektir. Bir işgal oranı en fazla %100 olabilir. Eğer bu oran %100'den fazlaysa, kullanılan yatak miktarı ile teorik yatak miktarı arasında oransızlık söz konusudur şeklinde yorumlanabilir.

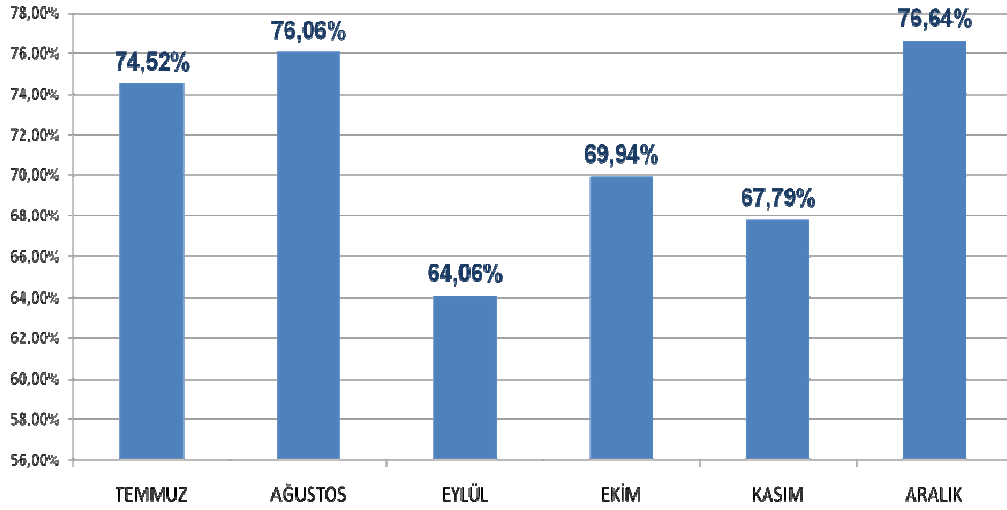
Yatak fiyatlarını bulmak adına; yatak maliyetinin belirlenmesi için yapılacak ilk iş, yatak işgal oranının ve giderlerin hesaplanması ve toplam giderlerin bir dönemde işgal edilebilecek yatak sayısına bölümüdür. Daha sonra belirli bir kar oranının eklenmesi ve farklı özellik gösteren odalar için farklı yatak fiyatlarının tespitidir.

$$\text{Yatak İşgal Oranı} = \frac{\text{Hastanede Yatılan Gün Sayısı} \times 100}{\text{Dönemdeki Gün Sayısı} \times \text{Yatak Sayısı}}$$

Yatak işgal oranı 2010 yılı ilk yarısı;



Yatak işgal oranı 2010 yılı son yarısı;

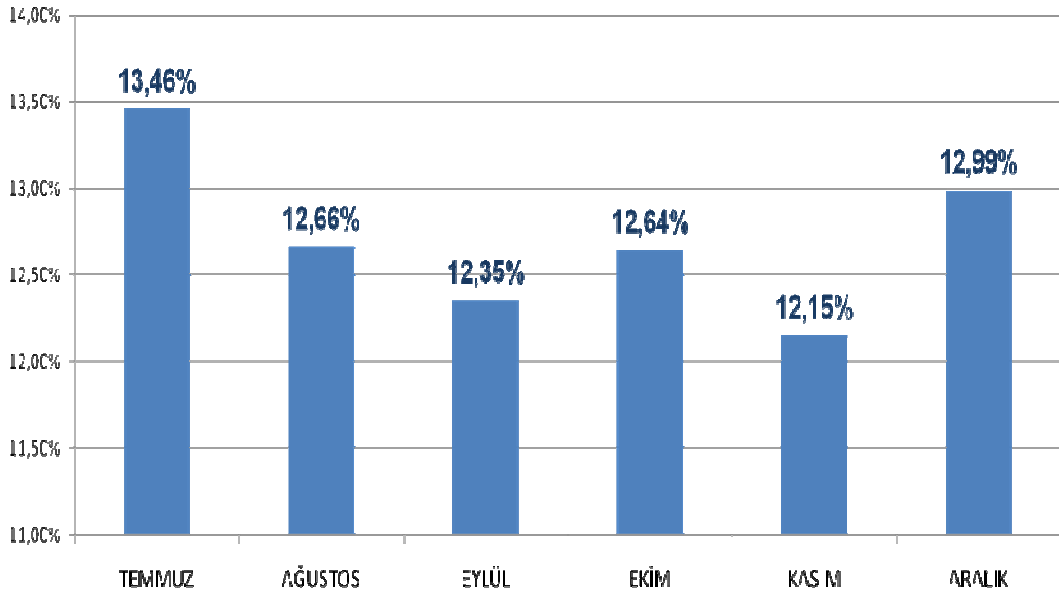
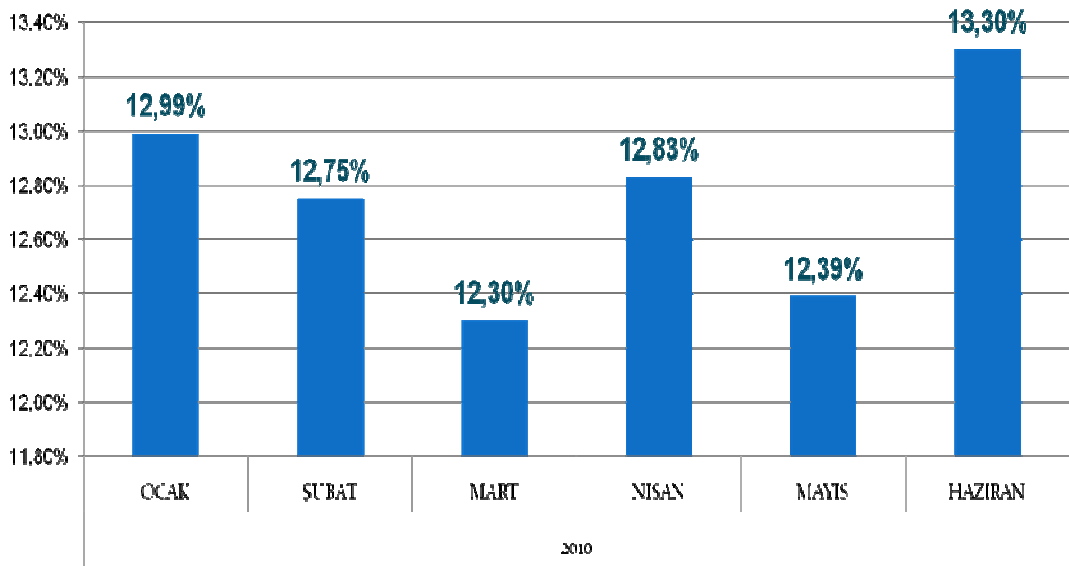


Yatak işgal oranının yüksek çıkmasının nedenleri; nüfusun hızla artışı, yaşama süresinin uzaması, bölgedeki yatak fazlalığı, teşhis işlemlerinin gecikmesi, hastane enfeksiyonlarının artması, poliklinik hizmetlerinin yetersizliği, yatırma ve çıkarma kararının gecikmesi ve hastane dışı bakım olanaklarının olmaması şeklinde sayılabilir. Medixy hastanesinin yatak işgal oranları yüksektir. Hastaların ortalama yatış süresi kısaltılarak bu oran düşürülebilir. Ancak; hasta gün sayısının kısılması yoluna gidilirse, tedavi süreci uzayabilir, tedavi maliyetleri artabilir.

7.2.7. Yatan Hasta Oranı

Yatan hasta oranı, belirli bir dönemde hastaneye yatan hasta sayısı toplamının, aynı dönemdeki ayakta tedavi gören hasta sayısına oranlanmasıdır.

$$\text{Yatak İşgal Oranı} = \frac{\text{Yatan Hasta Sayısı} \times 100}{\text{Acil Servise ve Polikliniğe Başvuran H. S.}}$$



7.3. MALİYET ÇALIŞMASI UYGULAMASI

7.3.1. Maliyet Analizi Metodolojisi

Rekabetin arttığı, kar marjlarının azaldığı bir dönemde hastanenin ekonomik performansının sağlanması ve yükseltilmesi yaşamsal öneme sahiptir. Rekabetçi bir ortamda hastanenin yaşamını devam ettirebilmek, değişen ve dinamikleşen koşullara hızlı yanıt verebilmek için hastane yöneticileri, hizmet maliyetleriyle ilgili bilgilere gereksinim duymaktadır.

7.3.2. Maliyet Analizini Amaçları

Maliyet analizinin asıl amacı, hastanelerin etkinliğini yükseltmek için stratejiler geliştirmektir. Maliyet analizleri, yöneticilerin kaynak planlaması, kaynak dağılımı ve rasyonel kaynak kullanımı konusunda etkili karar vermelerine yardımcı olmaktadır.

Maliyet analizi, hastanelerde sunulan hizmetlerin birim maliyetlerinin sistematik biçimde belirlenmesini sağlayan teknikler bütünüdür. Maliyet analizleri, her çıktının üretilmesinde hastanenin katlandığı ekonomik (parasal) yükü ortaya koyduğu gibi, gelir-hacim-kâr analizleri gibi yöntemlerin kullanılarak hastanelerin kaynak gereksinimlerini ve hizmet planlamasına yardımcı olmakta, hastanelerin kârlılık düzeyini veya finansal olarak kendi kendine yeterliliğini değerlendirmede kullanılmaktadır. Maliyet analizleri ayrıca, hizmet fiyatlarını belirlemek, maliyetleri denetim altına almak ve hastane bütçelerini hazırlamak, gelir-gider – hacim analizlerini desteklemek için gerçekleştirilmektedir.

7.3.3. Maliyet Analizinin Aşamaları

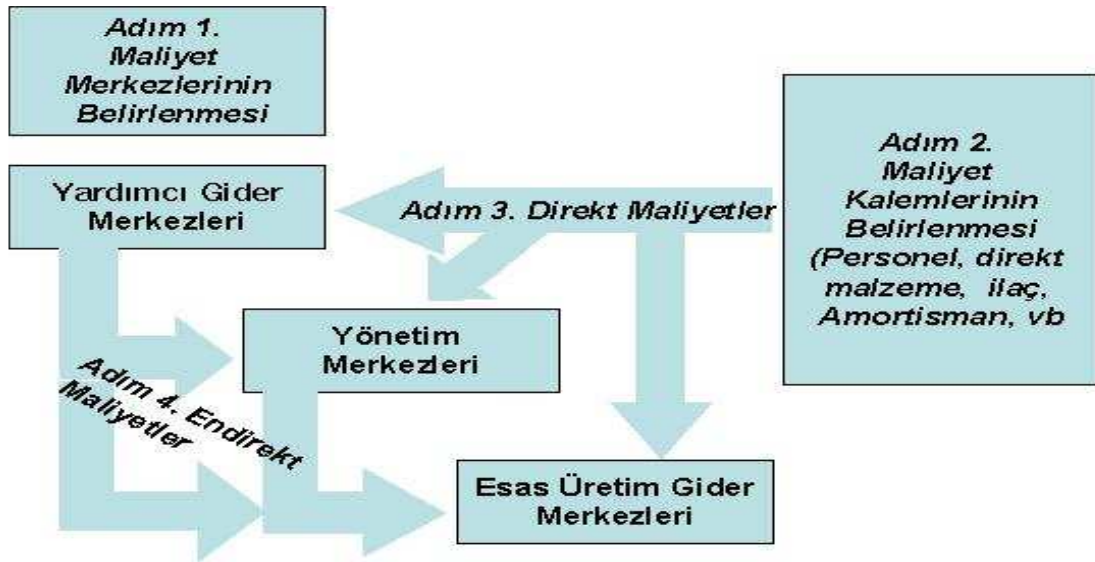
Maliyet analizlerinde en sık kullanılan yöntem, kademeli dağıtım yöntemi olarak bilinen yöntemdir. Kademeli dağılım yöntemi, bir bölümün maliyetinin, sadece o bölüme özgü maliyetlerden (direkt maliyetler) oluşmadığı, o bölüme hizmet sağlayan diğer bölümlerin maliyetlerinin (endirekt maliyetler) de dikkate alınması felsefesine dayanır. Bu yönüyle kademeli dağıtım yöntemi, işlevsel bağımlılığın yüksek olduğu

hastane ve diğer sağlık kurumları için uygun bir maliyet analizi yöntemi olarak kabul edilmektedir.

Kademeli dağıtım yöntemi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da önerilen ve hemen hemen tüm hastane bazlı maliyet çalışmalarında kullanılan yöntem özelliği taşımaktadır.

Kademeli maliyet analizinde izlenen aşamalar, Şekil 1’de sunulmuştur.

Şekil 3.
Maliyet Analizi Metodolojisi



Adım 1:

7.3.4. Maliyet Merkezlerinin Belirlenmesi

Kademeli dağıtım yöntemiyle maliyet analizinde ilk adım, maliyet merkezlerinin belirlenmesidir. Maliyet merkezleri, hastanenin yapısını oluşturan; yani giderlerin ortaya çıktığı ve bağımsız şekilde organize edilen bölümlerdir. Maliyet merkezi

terimi, hastanenin esas üretim faaliyetleri ile doğrudan veya dolaylı biçimde ilgili birimleri ifade etmektedir. Maliyet merkezleri şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

1. Yardımcı gider merkezleri
2. Yönetim merkezleri
3. Esas üretim merkezleri

Yardımcı gider merkezleri, hastanenin tüm personel ve bölümlerine yönelik destek hizmeti sağlayan klinik nitelikli olmayan bölümlerdir. Yardımcı gider merkezleri hastanenin yönetsel ve işleyişi ile ilgili ihtiyaçları karşılamaktadır. Bu bölümler, ısınma, beslenme, temizlik, güvenlik gibi tıbbi olmayan hizmetleri üretmektedir. Özel Medixy Hastanesinin yardımcı gider merkezleri şunlardır:

Mutfak Yemekhane

Hasta yatış-Çıkış

Destek Hizmetleri (Ev idaresi)

Kazan Dairesi-Tesisat Karı

Teknik Servis

Biyomedikal

Güvenlik Müdürü

Çağrı Merkez

Santral

Eczane

Mescid

Morg

Çamaşırhane

Depo

Arşiv

Merkezi Sterilizasyon

Yönetsel merkezler, hastanenin idari bölümlerini kapsamakta olup, hastanenin yönetim hizmetlerini sağlamaktadır. Yönetsel gider merkezleri, hastane faaliyetlerinin birbirleriyle uyumlu (koordineli) biçimde gerçekleştirilmesine hizmet eden bölümlerdir. Bu bölümler, organizasyon, muhasebe, faturalama ve diğer

yönetmel ve idari hizmetleri sunmaktadır. Özel Medixy Hastanesinin yardımcı gider merkezleri şunlardır:

Yönetim Kurulu
Başhekimlik
Gece idaresi
Anlaşmalı Kurumlar
Hasta İlişkileri
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
Resmi Yazılar
Hasta Hizmetleri
Mali İşler Müdürlüğü
Bilgi İşlem
Medikal Muhasebe (vezneler)
Denetim ve İş Geliştirme
Doktor Hakediş
Genel Müdürlük
Satın Alma
İnsan Kaynakları
İdari Müdür
Genel Müdür Yrd.
Kurumsal İletişim
Kalite ve Dokümantasyon
Arşiv

Esas üretim gider merkezleri, aynı zamanda kar merkezleri olarak da anılmakta olup, ayaktan ve yataklı tedavi hizmetlerinin sunulması ile ilgili faaliyetleri yerine getirmektedir. Esas üretim merkezleri, hasta tedavisiyle ilgili hizmet maliyetlerinin en son toplandığı bölümlerdir. Hastanelerde gelir merkezleri hastanenin nihai hizmetlerinin sunulduğu bölümler olup, hastanenin hasta ve sigorta kurumlarından elde ettiği hemen hemen tüm gelirleri oraya koymaktadırlar. Özel Medixy Hastanesi'nin esas üretim gider merkezleri, Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1.**Özel Medixy Hastanesi'nin Esas Üretim Gider Merkezleri**

Tanı Birimleri	Özel Hizmet Birimleri	Poliklinikler	Yataklı Ted. Hizmetleri
Laboratuvar	Anestezi ve	Kardiyoloji	Çocuk Hastalıkları
Radyoloji	Reanimasyon	KVC	Ortopedi
Nükleer Tıp	Ameliyathane	Kadın Doğum	Kadın Doğum
Kan Bankası	Doğumhane	Diş	Genel Cerrahi
Patoloji Lab	KVC Yoğun	Beyin ve Sinir Cerr.	KVC
EEG	Bakım	Genel Cerrahi	Dahiliye
EMG	Erişkin Yoğun	Havacılık Tıp	Nöroloji
SFT	Bakım	Merkezi	Kardiyoloji
Endoskopi	Güzellik Merkezi	Ortopedi	Plastik Cerrahi
Ürodinami	Yenidoğan	Üroloji	Üroloji
Taş Kırma	Yoğun Bakım	Endokrinoloji	Göz
	Anjio	Nöroloji	KBB
	Koroner Yoğun	KBB	Beyin Cerrahi
	Bakım	Dahiliye	Çocuk Cerrahi
	Tüp bebek	Plastik Cerr.	
		Göğüs Hastalıkları	
		Göz	
		Fizik Tedavi	
		Dermatoloji	
		Çocuk Hastalıkları	
		Acil servis	
		Enfeksiyon	
		Hastalıkları	
		Çocuk Cerrahi	

Kadro yatağı bulunmakla birlikte, 2010 yılı itibariyle hasta yatırmayan servisler (Fizik tedavi, gastroenteroloji) ile, az sayıda hasta yatıran bölümler (enfeksiyon hastalıkları, göğüs cerrahisi, vb) yataklı servisler içinde sayılmamışlardır.

Adım 2:

7.3.5. Maliyetlerin Belirlenmesi

Kademeli dağıtım yönteminin ikinci aşamasında, hastanenin tüm bölümlerinin (maliyet merkezlerinin) direkt maliyetleri belirlenmektedir. Direkt maliyetler, bir bölümün faaliyetleriyle doğrudan ilişkili olan ve belirli bölüme özgü maliyetlerdir. Direkt maliyetlerin bir diğer özelliği, herhangi bir maliyet taşıyıcısına ihtiyaç duyulmadan ilgili maliyet merkezine yüklenmeleridir. Bu maliyetler aşağıda özet olarak açıklanmıştır.

Direkt Personel Maliyetleri

Direkt personel maliyetleri (net ücretler), personele ödenen ücret ve maaşlar ile fazla mesai ve primlerden (hak ediş) oluşmaktadır. Ayrıca gececi statüsünde çalışan hekimlere yapılan ödemeler de personel giderleri içinde sayılmıştır. Personel maliyetleri iki aşamada belirlenmektedir.: (1) personelin tür ve bölümlere göre dağılımı ve (2) personele yapılan ödemeler toplamının belirlenmesi. Direkt personel giderleri hekim hak edişleri,

Hekim giderleri: Hekim giderleri hekimlerin çalıştıkları bölümler ve hekimlere yapılan, maaş, hak ediş ve diğer ödemelerden oluşmaktadır. Kadrolu hekimlerin SSK işsizlik ve işveren payları endirekt giderler içinde yer almıştır. Hekim giderlerinin bölümlere dağıtımında hekimlerin çalışma yerleri dikkate alınmış; verilen oranlar kullanılarak poliklinik, klinik, ameliyathane ve diğer birimlere (anjiyo vb.) yüklenmiştir. Oranlar belirlenirken, diğer saha araştırmalarında kullanılan değerler ve hastanenin faaliyet istatistikleri dikkate alınmıştır.

Sağlık Personeli Giderleri: Hastanede görevli eczacı, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyeni giderleri, çalıştıkları bölümlere göre dağıtılmıştır. Hemşire ve sayıca fazla sağlık teknisyenlerinin ücretlerinin bölümlere dağıtımında ise ortalama brüt ücretler kullanılmıştır. Hemşirelere yapılan ödemelerden hareketle, ortalama hemşire brüt ücreti hesaplanmış ve bu ücret bölümde çalışan hemşire sayısı ile çarpılarak bölümlere yüklenmiştir.

İdari personel olarak kabul edilen hasta danışmanları (hostes) için de yukarıdaki benzer uygulama gerçekleştirilmiştir.

Endirekt Personel Maliyetleri

Endirekt personel gideri hastane personeline sağlanan sosyal yardım ve hizmetlerle ilgilidir. Endirekt personel maliyetleri, SSK işveren payı, SSK işsizlik kesintisi gibi eşitli yasal ödemeleri ve personele sağlanan giyim yardımını ile kıdem tazminatlarını kapsamaktadır. Direkt ve endirekt personel giderlerinin toplamı, hastanenin toplam personel giderini oluşturmaktadır. Kıdem tazminatı, giyim yardımı gibi ödemeler, bölümlerin personel sayısı dikkate alınarak dağıtılmıştır. Bu tercihin temel nedeni, bu tür ödemelerin zaman içerisinde tüm bölümlerin karşılaşılabileceği giderler olmasından kaynaklanmaktadır.

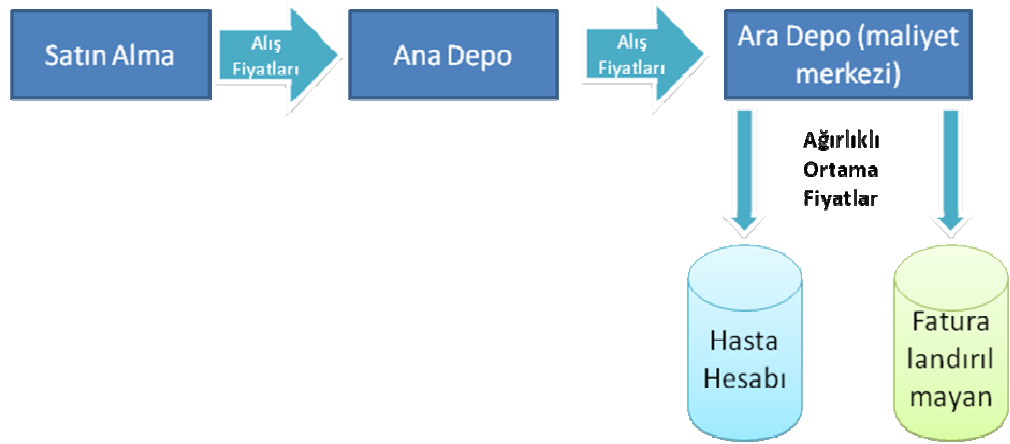
Personel giderlerinin dağıtımında dikkate alınması gereken önemli konulardan birisi, özellikle birden fazla bölümde çalışan personelin giderlerinin nasıl dağıtılacağı ile ilgilidir. Özellikle hekim personel grubu, poliklinik, klinik (yataklı hizmetler) ve ameliyathane gibi birimlerde hizmetler vermektedirler. Bu nedenle hekim personel giderlerinin dağıtımında çalışma oranlarının tespiti önem taşımaktadır. Hastane hizmet istatistikleri ve diğer istatistikler dikkate alınarak, aşağıdaki çalışma oranlarının kullanılmasının yararlı olacağı düşünülmüştür. Tanı birimlerinde (laboratuvar, radyoloji) ve özel hizmet birimlerinde (anestezi ve reanimasyon, vb.) çalışan hekimlerin giderleri ise doğrudan ilgili oldukları birimlere yüklenmiştir.

İlk Madde ve Malzeme Giderleri

Bu çalışmada hastanede kullanılan malzemeler üç ana grupta toplanmıştır. Bunlar: ilaç giderleri, tıbbi malzeme giderleri (enjektör, kit, pamuk vb) ve genel sarf malzeme (kırtasiye vb) giderleridir. Bu giderlerle ilgili bilgiler ambar depo çıkış kayıtlarından (elektronik) derlenmektedir. Direkt ilk madde ve malzeme giderlerinin dağıtımında aşağıdaki konular göz önüne alınmıştır:

Medixy Hastanesinin malzeme hareketleri Şekil 4’de sunulmuştur:

Şekil 4. Medixy Hastanesi Malzeme Hareketleri



Hastaneye temin edilen tıbbi malzemeler ana depoya (tıbbi sarf deposu) alış fiyatları üzerinden kaydedilmektedir. Ana depodan da ara depolara (maliyet merkezleri), nominal veya ağırlıklandırılmış fiyatlarla gönderilmektedir. Bu çalışmada ağırlandırılmış ortalama fiyatlar kullanılmıştır. Ağırlıklı ortalama fiyatların kullanılmasının temel nedeni, dönem başı stokların ile dönem içinde farklı fiyatlarla alınan malzemelerin, fiyat farkından kaynaklanan değer artışlarını maliyetlere yansıtılabilmektir.

Ara depolara gönderilen malzemelerin bir kısmı SUT a bağlı kalarak doğrudan hasta hesabına aktarılmakta veya “yansıtılmayan malzemeler (pamuk, baticon vb)” olarak kayıt edilmektedir. Bu çalışmada bölümün toplam malzeme gideri, hasta hesabına aktarılan ve yansıtılmayan malzemelerin maliyetinin toplamından oluşmaktadır.

Benzer maliyetlendirme metodolojisi ilaç ve diğer genel sarf malzemeleri için de uygulanmıştır.

Bazı servislere hiç bir (Kardiyoloji Servisi Plastik Cerrahi servisi Üroloji Göz KBB Beyin Cerrahi Çocuk Cerrahi) tıbbi malzeme çıkışı olmadığı saptanmıştır. Teorik olarak böyle bir durum söz konusu olmamaktadır. Bu nedenle, diğer kliniklerin ortalama hasta günü başına düşen tıbbi malzeme gideri hesaplanmış ve bu değer, her kliniğin hasta günü sayısı ile çarpılarak ilgili bölümlere tıbbi malzeme gideri olarak

yüklenmiştir. Hesaplan bu rakamların, diğer hastane verileri ile paralellik arz ettiği gözlenmektedir.

Genel Üretim Giderleri

Elektrik, su, akaryakıt, doğal gaz, haberleşme, dışardan sağlanan mal ve hizmetler için yapılan harcamalar bu maliyet kategorisinde yer almaktadır. Genel üretim giderlerinin türlerine göre dağılımı aşağıdaki gibidir (Tablo 2);

Tablo 2.

Genel Üretim Giderleri

GENEL ÜRETİM GİDERLERİ	TUTAR (TL)	AÇIKLAMA
Doğalgaz Giderleri	210.413,37	Kazan Dairesi
Hernevi Yedek Parça Gid.	126.270,94	Teknik bakım birimi
Kırtasiye Ve Maatbua Gid.	184.573,03	Tüm bölümleri
Temizlik Giderleri	170.071,35	Ev idaresi bölümü
Tıbbi Gaz Giderleri	68.442,79	Anestezi
Mutfak Diğer Gid.	523.381,90	Mutfak Yemekhane
Mensucat Gideri	28.469,30	naşırhane-Terzihane
K.Demirbaşlar	43.442,26	Hastane yönetimi
Araç Alımı İle İlgili Giderler	8.157,84	Ulaştırma-Ambulans (Acil)
İdari Doğalgaz Giderleri	30.400,44	Hastane Yönetimi
İdari Elektrik Giderleri	130.643,97	Hastane Yönetimi
İdari Benzin Gideri	508,89	Hastane Yönetimi
İdari Su Gideri	54.497,41	Hastane Yönetimi
DIŞARIDAN SAĞLANAN HİZMETLER		
Elektrik Gid.	758.642,49	Tüm bölümlere
Benzin Gid.	105.283,28	Ambulans (Acil)
İski Su Gid.	84.221,24	Tüm bölümlere
Tamir Bakım Gid.	526.158,13	Teknik Bakım

Posta Gid.	69.783,97	Santral
Telefon Gid.	147.214,25	Santral
Kargo Gideri	5.924,59	Santral
Ş.İçi Yol Ve Otopark Gid.	36.470,74	Santral
Mali Müşavirlik Gid.	15.329,81	Hastane Yönetimi
Yeminli Mali Müş.Tastik Gid.	41.716,78	Hastane Yönetimi
Hukuk Müşavirlik Gid.	46.469,90	Hastane Yönetimi
Visa Komisyon (POS) Gideri	102.887,82	Hastane Yönetimi
Banka Giderleri	40.381,65	Hastane Yönetimi
Temsil İkram Ağırılama Gid.	110.252,50	Hastane Yönetimi
Su Gideri	12.452,99	Tüm bölümlere
Bilgi İşlem Gid.	50.716,84	Bilgi işlem
Leasing Sigorta Gid.	792,76	Hastane Yönetimi
İşyeri Sigorta Gid.	43.026,65	Hastane yönetimi
Araç Sigorta Gid.	2.683,36	Ulaştırma
Ş.Arası Konaklama Yol Gideri	14.429,70	Hastane yönetimi
Elektronik C.Sigorta Gid.	1.591,69	Hastane yönetimi
Sigorta Giderleri	51.017,57	Hastane yönetimi
Servis Ücreti	155.142,10	Hastane yönetimi
Tıbbi Atık	65.388,93	Ev idaresi
Nakliye Masr.	883,36	Hastane yönetimi
Araç Gideri	3.206,86	Ambulans-Acil
Danışmanlık Hizm.	65.847,88	Hastane yönetimi
Bağımsız Denetim Hizmeti	56.199,51	Hastane yönetimi
Telekomünikasyon Hiz.Bedeli	12.131,29	Santral
Eğitim Gid.	25.881,23	Hastane yönetimi
Kalite Belge Hizmet Bedeli	2.731,90	Hastane yönetimi
Mühendislik Bedeli	1.845,88	Hastane yönetimi
TOPLAM	4.235.981,13	

Yukarıda sayılan diğer giderlere ilave olarak 4.285.711,64 TL ve 491.383,74 TL tutarlarındaki finansman ve huzur hakkı giderleri, yönetim kurulu birimine yüklenmiştir

Bina Amortismanı

Bina amortismanı hesaplamasında, öncelikle hastane bölümlerinin alanları belirlenmekte, daha sonra bölümün alanı, metre kare birim maliyeti ile çarpılarak, binanın bugünkü değeri hesaplanmaktadır. Hastanenin ekonomik ömrü, yakın ve orta vadede yenilenme ihtiyaçları dikkate alınarak 25 yıl olarak kabul edilmiştir. Bayındırlık bakanlığı tarafından yayınlanan tarifeye göre 150 yatağın üstündeki hastanelerde birim metre kare inşaat bedeli, 1.279 TL dir. Ancak özel hastane inşaatları ile ilgili tespit ve gözlemlerimize göre, orta ölçekli bir özel hastanenin birim metrekare inşaat maliyeti 1250 USD yani 2.250 TL (1 Dolar= 1,8 TL) civarındadır.

Bu durumda, hastanenin bina amortisman gideri (M2) = (Alan x 2250 TL) /25 yıl formülüyle hesaplanmıştır. Bulunan bina amortisman gideri, 691.593,99 TL olup, bu tutar mizan da belirtilen 509.409,79 TL tutarlık rakamdan yüksektir. Aradaki farklılık, normal olup, muhasebe ve maliyetlendirme perspektiflerinin değişik olmasından kaynaklanmaktadır.

Hastane bölümlerinin alanları, idari ve teknik elamanlar tarafından yerinde ölçümler yapılarak belirlenmiştir.

Sabit Varlık Amortismanı

X hastanesinin demirbaşlarının kayıtları ile ilgili olarak yapılan incelemelerde, demirbaş kayıtlarının maliyet analizine elverişli olmadığı görülmüştür. Demirbaş listeleri suistimalleri önleyecek şekilde listelenmiş ve kayıt altına alınmış olsa da, bu kayıtlarda demirbaşların alım tarihi ve alış bedeli bulunmamaktadır. Tutar olarak yüksek demirbaşlarla ilgili liste çıkartılmış ancak hesaplanan amortisman maliyetinin mizanda belirtilen tutardan çok az olduğu anlaşılmıştır.

Sabit varlık amortismanında, ayrıntılı mizanda sunulan amortisman giderleri dikkate alınmıştır.

Diğer giderler

Bu maliyetler, yukarıda açıklanan kategorilerde yer almayan giderlerden oluşmaktadır. Diğer giderlerin ayrıntıları aşağıdaki verilen Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3.

Diğer Giderlerin Türlerine Göre Dağılımı

Gider Türleri	Tutar (TL)
Noter Gideri	4.575,25
Ticaret Ve Sanayi Odası Aidatı	1.850,82
Meslek Odaları Aidatı	5.112,27
Reklam İlan Gideri	304.383,71
Gazete Ve Mecmua Giderleri	826,95
Diğer Çeşitli Giderler	25.913,94
Dozimetri Gideri	750,87
Abonelik Gideri	1.793,42
Ekspertiz Ücrt.	886,02
Lojman Kira Gideri.	65.990,03
Otopark Kira Gideri	29.072,53
Patent Enstitüsü Gideri	521,35
Kira Gideri	1.220,15
Partikül Ölçümü	1.107,53
Rapor Bedeli	738,35
İdari Plaza Kira Gideri	558.084,23
TOPLAM	1.002.827,4
	2

Bu giderlerden İdari Plaza kira gideri o binada bulunan idari ünitelere yüklenmiştir. Bu yüklemde idari plazalar da yer alan bölümlerin alanları dikkate alınmıştır. Bölümlerin kira giderleri ise şu şekilde ortaya çıkmaktadır. Diğer giderler ise, yönetim (başhekimlik) birimine yüklenmiştir. Kira giderlerinin bölümlere göre dağılımı Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4
Kira Giderlerinin Dağılımı

Bölümler	Yüklenen Kira Gideri (TL)
Depo	107.103,66
Mali İşler	63.002,15
Bilgi İşlem	31.501,08
Medikal Muhasebe (vezneler)	47.251,61
Denetim ve İş Geliştirme	15.750,54
Doktor Hakediş	15.750,54
Genel Müdürlük	25.200,86
Satın Alma	31.501,08
İnsan Kaynakları	31.501,08
İdari Müdür	31.501,08
Genel Müdür Yrd.	15.750,54
Kurumsal İletişim	15.750,54
Yönetim Kurulu	65.945,86
Başhekimlik	31.501,08
Kalite ve Dokümantasyon	29.072,53
TOPLAM	558.084,23

Finansman giderleri ve huzur hakları da diğer giderler içinde sayılmış ve başhekimlik ve yönetim kurulu birimlerine doğrudan yüklenmiştir. Bu giderler, hastanenin tümü için geçerli olan giderler olması ve maliyet analizinin diğer aşamalarında esas üretim gider merkezlerine yükleneceği için yönetim kurulu ve başhekimlik birimlerine yüklenmesi uygun görülmüştür.

Adım 3:

7.3.6. Direkt Maliyetlerin Dağıtılması

Yukarıda açıklanan maliyet kalemleri, yardımcı, yönetsel ve esas üretim gider merkezlerine “direkt yükleme” yoluyla dağıtılmaktadır. Maliyet merkezlerinde biriken bu maliyetlere, direkt maliyetler denmektedir.

Adım 4:

7.3.7. Endirekt Maliyetlerin Belirlenmesi

Hastanelerde işlevsel bağımlılık söz konusudur; bir bölümün asli işlevini yerine getirebilmesi için diğer bölümlerin hizmetlerinde yararlanmak durumundadır. Bu nedenle bir bölümün maliyeti, sadece kendi direkt maliyetlerinden oluşmaz; bu bölüme hizmet veren bölümlerin maliyetlerinin de dikkate alınması gereklidir.

Hastanenin yardımcı gider merkezlerinde biriken maliyetlerin diğer bölümlere dağıtılması gereklidir. Yardımcı gider merkezlerinde biriken maliyetler, yönetsel ve esas üretim gider merkezlerine dağıtırlar. Daha sonra yönetim merkezlerinde toplanan direkt ve endirek maliyetler, esas üretim gider merkezlerine yüklenmektedir. Maliyetleri yüklemek için, uygun maliyet yükleme kriterleri veya maliyet taşıyıcılarının belirlenmesi gerekmektedir. Hastanelerde maliyet dağıtımında kullanılan, kriterler Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5.

Çalışmada Kullanılan Dağıtım Kriterleri

Yardımcı Gider Merkezleri	Dağıtım Kriteri
Mutfak Yemekhane	Öğün Sayısı
Çamaşırhane-Terzihane	Personel sayısı veya hasta günü sayısı
Teknik Bakım	Toplam amortisman gideri
Isı Merkezi	Alan
Eczane	İlaç giderleri
Morg	Ölen hasta sayısı
Santral	Personel sayısı
Ulaştırma	Uzman görüşü
Biyomedikal	Demirbaş amortisman gideri
Arşiv	Yatan hasta sayısı
Hasta kabul	Yatan hasta sayısı

Ev idaresi	Alan
Güvenlik	Alan
Mescit	Personel sayısı
Arşiv	Poliklinik sayısı ve Hasta günü sayısı
Merkezi Sterilizasyon	Bölümlerin kullanım sıklığı
Ambar-Depo	Bölmelere gönderilen malzeme tutarları
Çağrı Merkezi	Poliklinik sayısı
Yönetim Birimleri	Esas Üretim Merkezlerinin Toplam Maliyetleri

İkinci dağıtıma tabi tutulan Yardımcı Hizmet Gider Yerlerinin bir kısmının gider dağıtımlarına ilişkin detaylı açıklamalar aşağıda sunulmuştur.

Yemekhane Bölümü Giderleri

Yemekhane bölümü giderlerinin dağıtımı personel sayısı ve hasta günü sayısı ile gerçekleştirilmiştir. Öğünlerin hazırlanması ve servisteki farklılıklar nedeniyle maliyetleri de farklı olacağından beslenme uzmanlarının görüşüne dayanılarak ve daha önce bu konuda yapılmış çalışmalardan yararlanılarak dönüştürme işlemi yapılmıştır. Öğle, akşam ve diyetler için bir katsayı, üç kahvaltı için bir katsayı uygulanarak öğün birim maliyetlerinde eşitlik sağlanmıştır.

Dağıtımda esas alınan Beslenme Bölümü Gider toplamı, dönüştürülmüş öğün sayısına bölünerek dönüştürülmüş öğün maliyeti elde edilmiştir. Bir kahvaltının maliyeti ise, dönüştürülmüş öğün maliyetinin üçe bölünmesiyle bulunmuştur. Gider dağıtımında kullanılan formül aşağıda verilmiştir.

(Yemekhane Bölümü İkinci Gider Dağıtım Toplamı) / (Dönüştürülmüş Öğün Sayısı)] x (Dağıtım Yapılacak Gider Merkezinin öğün sayısı) .

İş İdaresi Bölümü

İş idaresi bölümü giderlerinin dağıtımı için her bölüme ayrılan fiziki alanda ölçümler yapıp, o bölümün alanı m² olarak hesaplanarak dağıtımda kriter olarak kullanılmıştır.

[(İş idaresi İkinci Dağıtım Gider Toplamı) / (Hastanenin Toplam Alanı – İş idaresi Bölümünün Toplam Alanı – Daha Önce İkinci Gider Dağıtımı Yapılan Gider Yerlerinin Alanları)] x (Dağıtım Yapılacak Gider Merkezinin Alanı).

Teknik Bakım Bölümü Giderleri

Bu bölümde, ikinci dağıtım sonucu oluşan giderin dağıtımında demirbaşların amortisman oranları dağıtım kriteri olarak kullanılmıştır. Her birimin demirbaş amortisman oranı toplam Demirbaş amortisman miktarına göre bulunmuş ve teknik hizmetler maliyetleri ile çarpılarak gider dağıtımı yapılmıştır.

Isı Merkezi Giderleri

Kalorifer Dairesi bölümü giderlerinin dağıtımında ölçüt olarak alan (m²) hesabından yararlanılmıştır. Dağıtımda kullanılan formül aşağıda verilmiştir.

[(Isı Merkezi İkinci Dağıtım Gider Toplamı) / (Hastanenin Toplam Alanı – Kalorifer Dairesi Bölümünün Toplam Alanı – Daha Önce İkinci Gider Dağıtımı Yapılan Gider Yerlerinin Alanları)] x (Dağıtım Yapılacak Gider Merkezinin Alanı).

Eczane Bölümü Giderleri

Eczane bölümü sadece Esas Üretim Gider Merkezlerine Hizmet vermektedir. Verilen hizmetin niteliği birinci dağıtım açıklamalarında bahsedilen ilaçların satın alınması, depolanması ve dağıtımından ibarettir. Bu yüzden eczane bölümü giderlerinin dağıtımında eczaneden hizmet alan esas üretim gider merkezlerinin birinci dağıtım sonucu bulunan “ilaç giderleri toplamları” dağıtım ölçütü olarak kullanılmıştır. Dağıtımda kullanılan formül aşağıda verilmiştir.

[(Eczane Bölümü İkinci Dağıtım Gider Toplamı) / (Birinci Dağıtım İlaç Giderleri Genel Toplamı] x (Dağıtım Yapılacak Gider Merkezinin Birinci Dağıtım İlaç Gideri Tutarı).

Merkezi Sterilizasyon Bölümü Giderleri

Merkezi sterilizasyon bölümü giderlerinin dağıtımında, sterilizasyon ünitesinin genel kullanım oranları dikkate alınmıştır.

Haberleşme Giderleri

Telefon santrali bölümü giderlerinin dağıtımı personel sayısı ile gerçekleştirilmiştir. Dağıtım için kullanılan formül şu şekildedir.

[(Telefon Santrali Bölümüne İkinci Dağıtımdan Gelen Gider Toplamı) / (Toplam Personel Adedi – Telefon Santrali Bölümünün Personel Adedi – Daha Önce İkinci Dağıtım Yapılan Gider Yerlerinin Personel Adedi)] x (Dağıtım Yapılacak Gider Merkezinin Personel Adedi).

Terzihane – Çamaşırhane Giderleri

Terzihane-Çamaşırhane bölümü giderlerinin dağıtımı personel sayısı ile gerçekleştirilmiştir. Dağıtım için kullanılan formül şu şekildedir.

[(Terzihane Bölümüne İkinci Dağıtımdan Gelen Gider Toplamı) / (Toplam Personel Adedi – Terzihane Bölümünün Personel Adedi – Daha Önce İkinci Dağıtım Yapılan Gider Yerlerinin Personel Adedi)] x (Dağıtım Yapılacak Gider Merkezinin Personel Adedi).

Arşiv Giderleri

Arşiv bölümü giderlerinin dağıtımında kriter olarak poliklinik sayısı ve hasta günü alınmıştır. Dağıtım için kullanılan formül ise;

[(Arşiv Bölümüne 2. Dağıtım Gider Toplamı) / (Poliklinik sayısı+Hasta günü sayısı)] x (Dağıtım Yapılacak Gider Merkezine Poliklinik sayısı + Hasta Günü Sayısı)

Hasta Kabul Giderleri

Hasta kabul bölümü giderlerinin dağıtımı yatan hasta sayısı ile gerçekleştirilmiştir. Dağıtım için kullanılan formül şu şekildedir.

[(Karantina Bölümüne 2. Dağıtım Gider Toplamı / Yatan Hasta Sayısı)] x (Dağıtım Yapılacak Gider Merkezi yatan sayısı).

Morg –Gasilhane Giderleri

Bu bölümün maliyetleri, ölen hasta sayısı kriterine göre kliniklere yüklenmiştir. Yükleme oranı şu şekilde hesaplanmıştır:

*[Serviste ölen hasta sayısı / Hastanede Ölen Hasta Sayısı)] * Morg Gasilhane Gider Toplamı*

Yönetim Giderlerinin Yüklenmesi

Hastane yönetim birimlerinin direkt ve endirekt giderleri gider merkezlerine dağıtılmıştır. Daha sonra dağıtım kriterlerinden yararlanılarak kademeli dağıtım yöntemi yoluyla giderlerin ikinci dağıtımı yapılmış gider merkezlerinde oluşan toplam giderler hesaplanmıştır. **[(Toplam Maliyet–Esas Üretim Gider Yeri Toplam Maliyeti (ikinci gider dağıtımı sonucu oluşan))] / Esas Üretim Gider Yeri Toplam Maliyeti (ikinci gider dağıtımı sonucu)* 100** formülünden yararlanılarak genel yönetim gideri dağıtım yüzdesi bulunmuş, gider merkezlerinde oluşan toplam gider ile çarpılarak gider merkezlerine düşen genel yönetim gideri miktarları hesaplanarak gider merkezlerinin toplam giderlerine ulaşılmıştır.

Adım 5:

7.3.8. Birim Maliyetlerin Belirlenmesi

Maliyet analizinin en son aşamasında da, esas üretim gider merkezlerinin toplam maliyeti, merkezlerin üretim miktarına bölünerek, hizmet birim (ortalama) maliyetleri hesaplanmaktadır.

7.3.9. Maliyet Analizi Sonuçları

Bu bölümde, hastane maliyet yapısı ile ilgili temel bulgulara yer verilmiştir. Hastane bölümlerinin direkt maliyetleri, endirekt maliyetleri ve yönetim giderleri ayrı ayrı tablolar halinde düzenlenerek sunulmuştur.

Direkt Maliyetler

Direkt maliyetler, her hangi bir hastane bölümünde hizmet üretimin yapılabilmesi için gerekli girdiler için yapılan her türlü maliyeti kapsamaktadır. Direkt maliyetler, herhangi bir araç kullanılmaksızın gider merkezlerine yüklenebilen maliyetlerdir. Hastanenin toplam maliyetinin harcama kalemlerine göre dağılımı Tablo 6'da ve Şekil 3'de sunulmuştur.

Hastanenin toplam maliyeti, 32.934.797,93 TL'dir..

Hastanenin maliyetlerinin, türlerine göre dağılımı incelendiğinde, personel giderlerinin toplam maliyetlerin % 49,19'u olduğu saptanmıştır. Personele yönelik olarak yapılan giyim yardımı, ihbar tazminatı gibi ödemeler (392.998 TL) de personel giderler içinde sayılmıştır. Personel giderlerinin dağılımı şu şekildedir:

Hekim personel Giderleri	: 10.862.422,53 TL
Diğer Sağlık Personeli Giderleri:	: 2.171.511,83 TL
İdari ve Teknik Personel Giderleri:	: 1.993.284,69 TL
Yardımcı Hizmetli Personel Gideri	: 982.535,68 TL

TOPLAM DİREKT PERSONEL GİDERİ	: 16.009.754,73 TL
ENDİREKT PERSONEL GİDERİ	: 192.439,60 TL
GENEL TOPLAM	: 16.202.194,32 TL

Genellikle personel giderleri hastane maliyetlerinin içindeki payı, % 49,19'dur. Bu durum hastanenin personel maliyetlerinin denetimi konusunda nispeten iyi konumda olduğunu ortaya koymaktadır.

İlaç ve tıbbi malzeme giderleri % 18,03'lük bir paya sahiptir. Bu oran da hizmet kapasitesi dikkate alındığında uygun görünmekte olup, hastanenin göreceli olarak çok kompleks vakaları kabul etmediğinin bir işareti olarak da düşünülebilir. Tabloda verilen Diğer giderler % 17,47'lik paya sahip olmakla birlikte, bu giderler içinde finansman giderleri (3.366.163,66 TL) ve huzur hakkı ödemelerin (385.951,79 TL) gibi yüksek tutardaki maliyetlerin bulunduğunu belirtmek gerekir. Bina ve demirbaş amortismanları % 7,32'lik paya sahiptir.

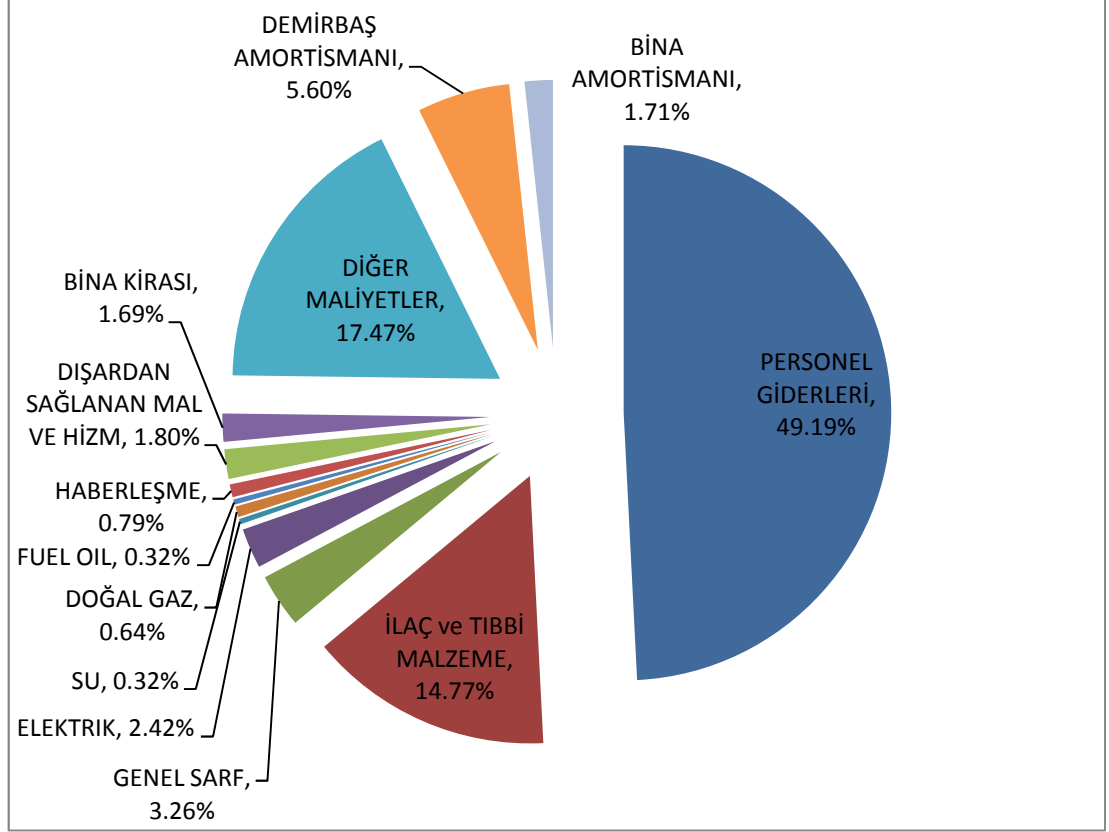
Tablo 6.

Gider Kalemlerine Göre Toplam Maliyetler

MALİYET KALEMLERİ	MALİYET TÜRLERİ	TOPLAM (TL)
PERSONEL MALİYETLERİ	PERSONEL GİDERLERİ	16.202.194,32
DİREKT MALZEME MALİYETLERİ	İLAÇ ve TIBBİ MALZEME	4.864.472,78
	GENEL SARF	1.075.299,39
GENEL ÜRETİM MALİYETLERİ	ELEKTRİK	797.820,00
	SU	106.391,28
	DOĞAL GAZ	210.413,37
	FUEL OIL	105.283,28
	HABERLEŞME	259.393,43
	DIŞARDAN SAĞLANAN MAL VE HİZMETLER	591.547,06
	BİNA KİRASI	558.084,20
	DİĞER MALİYETLER	5.753.961,39
AMORTİSMAN MALİYETLERİ	DEMİRBAŞ AMORTİSMANI	1.845.797,42
	BİNA AMORTİSMANI	564.140,01
GENEL TOPLAM		32.934.797,93

Şekil 5.

Gider Kalemlerine Göre Toplam Maliyetler



Tablo 6’da özet olarak verilen maliyetlerin bölümlere göre doğrudan dağılımları, Tablo 7’de sunulmuştur. Tablo 7’de verilen bu maliyetlere, hiçbir maliyet taşıyıcısı kullanılmadığı için “bölümlerin direkt maliyetleri” adı verilmektedir.

Bölümlerin Direkt Maliyetleri

Bölümlerin direkt maliyetleri esas üretim merkezleri ve yardımcı gider merkezlerine dağıtımları yapılmıştır. Tablo 7 ve türevlerinde dağıtımların gösterimi yapılmıştır. Tablolarda ki gider rakamları TL cinsindedir.

Tablo 7-a'da yardımcı gider birimleri ve yönetim birimlerine; Personel giderleri (direkt ve endirekt personel), malzeme (ilaç, tıbbi sarf ve genel sarf) giderlerinin dağıtımları yapılmıştır.

Tablo 7-a
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER MERKEZLERİ	DİREKT PERSONEL GİDERLERİ TOPLAMI	ENDİREKT DİĞER PERSONEL GİDERLERİ	İLAÇ VE TIBBİ MALZEME GİDERİ	GENEL SARF GİDERİ
YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ				
Mutfak Yemekhane	234.263,28	7.826,38	-	523.381,90
Hasta yatış-Çıkış	56.716,22	1.956,59	-	29.534,00
Destek Hizmetleri (Ev idaresi)	358.308,59	17.609,35	-	170.071,35
Kazan Dairesi-Tesisat Karı	-	-	-	-
Teknik Servis	79.605,77	1.956,59	-	126.270,94
Biyomedikal	8.656,16	326,10	-	369,18
Güvenlik Müdürü	97.935,57	2.282,69	-	369,18
Çağrı Merkezi	-	-	-	738,35
Santral	63.823,74	2.282,69	-	738,35
Eczane	69.867,59	1.630,50	-	1.845,88
Mescid	-	-	-	-
Morg	-	-	-	369,18
Çamaşırhane	22.017,94	978,30	-	28.469,30
Depo	22.045,76	978,30	-	2.215,05
Arşiv	17.881,36	883,32	-	11.075,25
Merkezi Sterilizasyon	32.769,76	652,20	-	11.075,25
YÖNETİM BİRİMLERİ				
Yönetim Kurulu	17.890,22	652,20	-	1.845,88
Gece idaresi	42.044,21	652,20	-	1.845,88
Anlaşmalı Kurumlar	41.178,60	978,30	-	1.845,88
Hasta İlişkileri	255.970,99	13.370,06	-	1.845,88
Hemşirelik Hizm. Müdürü	58.305,72	652,20	7.738,65	43.442,26
Başhekimlik	337.067,31	1.304,40	-	1.845,88
Resmi Yazılar	31.477,89	1.304,40	-	1.845,88
Hasta Hizmetleri	42.044,21	652,20	-	1.845,88
Mali İşler	212.510,31	3.587,09	-	1.845,88
Bilgi İşlem	68.117,81	1.304,40	-	1.845,88
Medikal Muhasebe (vezneler)	391.679,33	12.391,76	-	1.845,88
Denetim ve İş Geliştirme	-	-	-	1.845,88
Doktor Hakediş	17.890,22	652,20	-	1.845,88
Genel Müdürlük	8.945,11	326,10	-	1.845,88
Satın Alma	99.484,03	1.630,50	-	1.845,88
İnsan Kaynakları	57.501,65	978,30	-	1.845,88
İdari Müdür	42.198,79	326,10	-	1.845,88
Genel Müdür Yrd.	-	-	-	1.845,88
Kurumsal İletişim	193.930,18	3.260,99	-	1.845,88
Kalite ve Dokümantasyon	35.706,67	326,10	-	1.845,88

Tablo 7-b’de tanı birimleri, özel hizmet birimleri ve polikliniklere; Personel giderleri (direkt ve indirekt personel), malzeme (ilaç, tıbbi sarf ve genel sarf) giderlerinin dağıtımları yapılmıştır.

Tablo 7-b
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER MERKEZLERİ	DİREKT PERSONEL GİDERLERİ TOPLAMI	ENDİREKT DİĞER PERSONEL GİDERLERİ	İLAÇ VE TIBBİ MALZEME GİDERİ	GENEL SARF GİDERİ
TANI BİRİMLERİ	-	-		
Laboratuvar	399.042,33	7.174,18	566.955,57	11.075,25
Radyoloji	799.978,19	4.891,49	323.781,98	11.075,25
Nükleer Tıp	166.802,98	1.304,40	61.537,04	1.107,53
Kan Bankası	12.310,27	326,10	15.658,44	1.107,53
Patoloji Lab	88.188,84	1.304,40	598,23	1.107,53
EEG	9.334,96	-	-	369,18
EMG	9.334,96	-	-	369,18
SFT	12.310,27	326,10	-	369,18
Endoskopi	85.976,70	978,30	13.981,27	369,18
Ürodinami	4.855,02	-	-	369,18
Taş Kırma	6.575,50	-	4.069,05	369,18
ÖZEL HİZMET BİRİMLERİ	-	-		
Anestezi ve Reanimasyon	1.254.684,92	7.174,18	68.442,79	1.107,53
Ameliyathane	322.085,08	15.652,75	-	1.107,53
Doğumhane	40.788,67	-	17.900,37	1.107,53
KVC Yoğun Bakım	82.806,76	2.282,69	34.373,88	1.107,53
Erişkin Yoğun Bakım	218.219,77	5.869,78	190.930,26	1.107,53
Güzellik Merkezi	12.310,27	326,10	-	1.107,53
Yenidoğan Yoğun Bakım	554.315,95	3.587,09	81.794,41	1.107,53
Anjio	192.340,79	2.282,69	1.273.572,04	1.107,53
Koroner Yoğun Bakım	61.551,37	1.630,50	40.252,79	1.107,53
Tüp bebek	392.488,99	2.282,69	91.611,51	1.107,53
POLİKLİNİKLER	-	-		
Kardiyoloji Polikliniği	960.337,46	2.282,69	32.731,42	1.476,70
KVC Polikliniği	96.368,10	978,30	1.712,97	1.476,70
Kadın Doğum Polikliniği	441.454,65	2.282,69	21.721,52	1.476,70
Diş Polikliniği	230.627,64	652,20	4.744,51	1.476,70
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	134.709,06	652,20	3.464,34	1.476,70
Genel Cerrahi Polikliniği	127.763,85	1.956,59	5.878,74	1.476,70
Havacılık Tıp Merkezi	133.260,36	326,10	1.182,10	1.476,70
Ortopedi Polikliniği	162.319,46	1.304,40	5.113,81	1.476,70
Üroloji Polikliniği	157.198,38	1.304,40	3.657,05	1.476,70
Endokrinoloji Polikliniği	31.821,30	326,10	999,73	1.476,70
Nöroloji Polikliniği	154.874,38	1.766,64	6.287,05	1.476,70
KBB Polikliniği	184.028,73	1.304,40	11.004,37	1.476,70
Dahiliye Polikliniği	439.267,23	2.608,79	24.948,85	1.476,70
Plastik Cerr. Polikliniği	33.753,80	326,10	253,25	1.476,70
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	63.557,22	652,20	2.382,66	1.476,70
Göz Polikliniği	193.295,42	2.608,79	2.576,14	1.476,70
Fizik Tedavi Polikliniği	86.234,69	978,30	306,44	1.476,70
Dermatoloji Polikliniği	74.557,99	652,20	5.389,22	1.476,70
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	738.205,93	2.282,69	8.115,23	1.476,70
Acil servis	404.681,93	4.891,49	53.169,32	8.157,84
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	6.221,05	-	310,11	369,18
Çocuk Cerrahi Polikliniği	92.293,75	-	756,81	369,18

Tablo 7-c’de yatan hasta servislerine; Personel giderleri (direkt ve indirekt personel), malzeme (ilaç, tıbbi sarf ve genel sarf) giderlerinin dağıtımları yapılmıştır.

Tablo 7-c
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER MERKEZLERİ	DİREKT PERSONEL GİDERLERİ TOPLAMI	ENDİREKT DİĞER PERSONEL GİDERLERİ	İLAÇ VE TIBBİ MALZEME GİDERİ	GENEL SARF GİDERİ
YATAN HASTA SERVİSLERİ	-	-		
Çocuk Hastalıkları Servisi	128.902,27	1.956,59	10.306,22	1.107,53
Ortopedi Servisi	85.076,58	978,30	219.269,28	1.107,53
Kadın Doğum Servisi	494.060,91	2.934,89	55.741,27	1.107,53
Genel Cerrahi Servisi	524.516,05	3.913,19	462.650,06	1.107,53
KVC Servisi	749.876,08	2.608,79	834.082,31	1.107,53
Dahiliye Servisi	101.615,08	1.956,59	29.384,62	1.107,53
Nöroloji Servisi	8.379,98	326,10	1.476,70	147,67
Kardiyoloji Servisi	720.014,01	1.630,50	20.091,98	1.107,53
Plastik Cerrahi servisi	62.940,97	652,20	36.933,74	1.107,53
Üroloji	107.502,38	1.630,50	35.771,58	1.107,53
Göz	124.003,29	652,20	6.749,26	1.107,53
KBB	129.686,04	652,20	9.427,29	1.107,53
Beyin Cerrahi	66.209,11	652,20	151.763,09	1.107,53
Çocuk Cerrahi	16.002,02	652,20	921,46	1.107,53
TOPLAM	16.009.754,72	192.439,60	4.864.472,78	1.075.299,39

Tablo 7-d’de yardımcı gider birimleri ve yönetim birimlerine; Dışardan sağlanan mal ve hizmetler, Elektrik giderleri, Su giderleri, Haberleşme giderleri, Isıtma (Doğalgaz) giderleri, akaryakıt giderlerinin dağıtımları yapılmıştır.

Tablo 7-d
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER MERKEZLERİ	DİŞARDAN SAĞLANAN MAL VE HİZMETLER	ELEKTRİK GİDERLERİ	SU GİDERLERİ	HABERLEŞME GİDERLERİ	ISITMA (DOĞALGAZ) GİDERLERİ	AKARYAKIT GİDERLERİ
YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ						
Mutfak Yemekhane	-	14.758,04	12.711,91	-	-	-
Hasta yatış-Çıkış	-	2.951,61	423,73	-	-	-
Destek Hizmetleri (Ev idaresi)	65.388,93	5.903,21	10.593,26	-	-	-
Kazan Dairesi-Tesisat Karı	-	5.903,21	423,73	-	210.413,37	-
Teknik Servis	526.158,13	5.903,21	423,73	-	-	-
Biyomedikal	-	2.951,61	423,73	-	-	-
Güvenlik Müdürü	-	1.475,80	423,73	-	-	-
Çağrı Merkezi	-	1.770,96	423,73	-	-	-
Santral	-	11.806,43	423,73	259.393,43	-	-
Eczane	-	2.951,61	423,73	-	-	-
Mescid	-	29,52	423,73	-	-	-
Morg	-	5.903,21	423,73	-	-	-
Çamaşırhane	-	8.854,82	6.355,96	-	-	-
Depo	-	5.903,21	423,73	-	-	-
Arşiv	-	2.951,61	423,73	-	-	-
Merkezi Sterilizasyon	-	5.903,21	1.271,19	-	-	-
YÖNETİM BİRİMLERİ						
Yönetim Kurulu	-	2.951,61	312,86	-	-	84.226,62
Gece idaresi	-	2.951,61	312,86	-	-	-
Anlaşmalı Kurumlar	-	2.951,61	312,86	-	-	-
Hasta İlişkileri	-	2.951,61	312,86	-	-	-
Hemsirelik Hizm. Müdürü	-	2.951,61	312,86	-	-	-
Başhekimlik	-	2.951,61	312,86	-	-	-
Resmi Yazılar	-	2.951,61	312,86	-	-	-
Hasta Hizmetleri	-	2.951,61	312,86	-	-	-
Mali İşler	-	5.903,21	312,86	-	-	-
Bilgi İşlem	-	2.951,61	312,86	-	-	-
Medikal Muhasebe (vezneler)	-	5.903,21	312,86	-	-	-
Denetim ve İş Geliştirme	-	2.951,61	312,86	-	-	-
Doktor Hakediş	-	2.951,61	312,86	-	-	-
Genel Müdürlük	-	2.951,61	312,86	-	-	-
Satın Alma	-	2.951,61	312,86	-	-	-
İnsan Kaynakları	-	2.951,61	312,86	-	-	-
İdari Müdür	-	-	312,86	-	-	-
Genel Müdür Yrd.	-	-	312,86	-	-	-
Kurumsal İletişim	-	2.951,61	312,86	-	-	-
Kalite ve Dokümantasyon	-	2.179,32	312,86	-	-	-

Tablo 7-e’de tanı birimleri, özel hizmet birimleri ve polikliniklere; Dışardan sağlanan mal ve hizmetler, Elektrik giderleri, Su giderleri, Haberleşme giderleri, Isıtma (Doğalgaz) giderleri, akaryakıt giderlerinin dağıtımları yapılmıştır.

Tablo 7-e
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER MERKEZLERİ	DIŞARDAN SAĞLANAN MAL VE HİZMETLER	ELEKTRİK GİDERLERİ	SU GİDERLERİ	HABERLEŞME GİDERLERİ	ISITMA (DOĞAL GAZ) GİDERLERİ	AKARYAKIT GİDERLERİ
TANI BİRİMLERİ						
Laboratuvar	-	21.793,19	3.128,61	-	-	-
Radyoloji	-	108.965,96	2.502,89	-	-	-
Nükleer Tıp	-	21.793,19	625,72	-	-	-
Kan Bankası	-	6.537,96	625,72	-	-	-
Patoloji Lab	-	8.717,28	312,86	-	-	-
EEG	-	2.179,32	312,86	-	-	-
EMG	-	2.179,32	312,86	-	-	-
SFT	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Endoskopi	-	6.537,96	625,72	-	-	-
Ürodinami	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Taş Kirma	-	2.179,32	312,86	-	-	-
ÖZEL HİZMET BİRİMLERİ						
Anestezi ve Reanimasyon	-	-	-	-	-	-
Ameliyathane	-	98.069,36	4.692,92	-	-	-
Doğumhane	-	13.075,92	3.128,61	-	-	-
KVC Yoğun Bakım	-	17.434,55	2.190,03	-	-	-
Erişkin Yoğun Bakım	-	21.793,19	2.190,03	-	-	-
Güzellik Merkezi	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Yenidoğan Yoğun Bakım	-	21.793,19	938,58	-	-	-
Anjio	-	43.586,38	2.502,89	-	-	-
Koronar Yoğun Bakım	-	21.793,19	2.502,89	-	-	-
Tüp bebek	-	4.358,64	312,86	-	-	-
POLİKLİNİKLER						
Kardiyoloji Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
KVC Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Kadın Doğum Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Diş Polikliniği	-	13.075,92	312,86	-	-	-
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Genel Cerrahi Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Havaçlık Tıp Merkezi	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Ortopedi Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Üroloji Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Endokrinoloji Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Nöroloji Polikliniği	-	4.201,73	606,11	-	-	-
KBB Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Dahiliye Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Plastik Cerr. Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Göz Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Fizik Tedavi Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Dermatoloji Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	-	2.179,32	312,86	-	-	-
Acil servis	-	26.151,83	2.815,75	-	-	21.056,66
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	-	-	-	-	-	-
Çocuk Cerrahi Polikliniği	-	-	-	-	-	-

Tablo 7-f'de yatan hasta servislerine; Dışardan sağlanan mal ve hizmetler, Elektrik giderleri, Su giderleri, Haberleşme giderleri, Isıtma (Doğalgaz) giderleri, akaryakıt giderlerinin dağıtımları yapılmıştır.

Tablo 7-f

(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER MERKEZLERİ	DIŞARDAN SAĞLANAN MAL VE HİZMETLER	ELEKTRİK GİDERLERİ	SU GİDERLERİ	HABERLEŞME GİDERLERİ	ISITMA (DOĞAL GAZ) GİDERLERİ	AKARYAKIT GİDERLERİ
YATAN HASTA SERVISLERİ						
Çocuk Hastalıkları Servisi	-	19.613,87	3.128,61	-	-	-
Ortopedi Servisi	-	6.537,96	1.251,45	-	-	-
Kadın Doğum Servisi	-	13.075,92	3.441,47	-	-	-
Genel Cerrahi Servisi	-	13.075,92	3.754,34	-	-	-
KVC Servisi	-	17.434,55	3.128,61	-	-	-
Dahiliye Servisi	-	13.075,92	4.380,06	-	-	-
Nöroloji Servisi	-	6.537,96	625,72	-	-	-
Kardiyoloji Servisi	-	17.434,55	3.441,47	-	-	-
Plastik Cerrahi servisi	-	2.179,32	625,72	-	-	-
Üroloji	-	8.717,28	625,72	-	-	-
Göz	-	6.537,96	625,72	-	-	-
KBB	-	6.537,96	625,72	-	-	-
Beyin Cerrahi	-	6.537,96	625,72	-	-	-
Çocuk Cerrahi	-	6.537,96	625,72	-	-	-
GENEL TOPLAM	591.547,06	797.820,00	106.391,28	259.393,43	210.413,37	105.283,28

Tablo 7-g'de yardımcı gider birimleri ve yönetim birimlerine; Demirbaş amortismanı, Bina amortismanı, Kira gideri, Servis gideri ve Diğer giderlerin dağıtımları yapılmıştır.

Tablo 7-g
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER MERKEZLERİ	DEMİRBAŞ AMORTİSMANI	BİNA AMORTİSMANI	KİRA GİDERİ	SERVİS GİDERİ	DİĞER GİDERLER	TOPLAM GİDER
YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ						
Mutfak Yemekhane	-	25.583,83	-		-	818.525,34
Hasta yatış-Çıkış	-	1.993,55	-		-	93.575,70
Destek Hizmetleri (Ev idaresi)	-	664,52	-		-	628.539,22
Kazan Dairesi-Tesisat Karı	-	58.145,06	-		-	274.885,38
Teknik Servis	-	2.658,06	-		-	742.976,44
Biyomedikal	-	3.322,58	-		-	16.049,35
Güvenlik Müdürü	-	2.325,80	-		-	104.812,77
Çağrı Merkezi	-	1.329,03	-		-	4.262,07
Santral	-	664,52	-		12.131,09	351.263,98
Eczane	-	12.426,43	-		-	89.145,73
Mescid	-	996,77	-		-	1.450,02
Morg	-	1.329,03	-		-	8.025,15
Çamaşırhane	-	7.176,76	-		-	73.853,07
Depo	-	14.619,33	107.103,66		-	153.289,04
Arşiv	-	14.951,59	-		-	48.166,85
Merkezi Sterilizasyon	-	-	-		-	51.671,61
YÖNETİM BİRİMLERİ						-
Yönetim Kurulu	-	3.721,28	65.945,86		4.777.095,38	4.954.641,91
Gece idaresi	-	1.196,13	-		-	49.002,88
Anlaşmalı Kurumlar	-	5.449,02	-		-	52.716,26
Hasta İlişkileri	-	1.063,22	-		-	275.514,62
Hemşirelik Hizm. Müdürü	-	1.461,93	-		-	114.865,23
Başhekimlik	-	2.857,41	29.072,53		606.951,02	982.363,02
Resmi Yazılar	-	398,71	-		-	38.291,33
Hasta Hizmetleri	-	1.860,64	-		-	49.667,40
Mali İşler	-	-	63.002,15		-	287.161,50
Bilgi İşlem	-	-	31.501,08		50.716,84	156.750,47
Medikal Muhasebe (vezneler)	-	-	47.251,61		-	459.384,66
Denetim ve İş Geliştirme	-	-	15.750,54		-	20.860,88
Doktor Hakediş	-	-	15.750,54		-	39.403,30
Genel Müdürlük	-	-	25.200,86		-	39.582,41
Satın Alma	-	-	31.501,08		-	137.725,95
İnsan Kaynakları	-	-	31.501,08		-	95.091,36
İdari Müdür	-	-	31.501,08		-	76.184,70
Genel Müdür Yrd.	-	-	15.750,54		-	17.909,27
Kurumsal İletişim	-	-	15.750,54		304.383,71	522.435,76
Kalite ve Dokümantasyon	-	-	31.501,08		-	71.871,90

Tablo 7-h'de tanı birimleri, özel hizmet birimleri ve polikliniklere; Demirbaş amortismanı, Bina amortismanı, Kira gideri, Servis gideri ve Diğer giderlerin dağıtımları yapılmıştır.

Tablo 7-h
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER MERKEZLERİ	DEMİRBAŞ AMORTİSMANI	BİNA AMORTİSMANI	KİRA GİDERİ	SERVİS GİDERİ	DiĞER GİDERLER	TOPLAM GİDER
TANI BİRİMLERİ						-
Laboratuvar	129.127,17	6.844,50	-		-	1.145.140,81
Radyoloji	102.220,44	24.719,96	-		-	1.378.136,16
Nükleer Tıp	26.907,22	4.651,61	-		-	284.729,68
Kan Bankası	5.384,79	1.661,29	-		-	43.612,09
Patoloji Lab	21.521,20	7.309,67	-		-	129.059,99
EEG	-	531,61	-		-	12.727,93
EMG	-	797,42	-		-	12.993,73
SFT	-	598,06	-		-	16.095,79
Endoskopi	10.749,14	10.399,66	-		-	129.617,91
Ürodinami	5.386,03	531,61	-		-	13.634,01
Taş Kırma	5.340,20	930,32	-		-	19.776,42
ÖZEL HİZMET BİRİMLERİ						-
Anestezi ve Reanimasyon	-	-	-		-	1.331.409,41
Ameliyathane	199.039,82	46.383,15	-		-	687.030,62
Doğumhane	-	7.575,47	-		-	83.576,57
KVC Yoğun Bakım	69.949,61	7.974,18	-		-	218.119,23
Erişkin Yoğun Bakım	182.918,69	16.280,62	-		-	639.309,87
Güzellik Merkezi	5.386,03	2.658,06	-		-	24.280,17
Yenidoğan Yoğun Bakım	75.312,72	16.347,07	-		-	755.196,55
Anjio	86.084,77	20.599,97	-		-	1.622.077,06
Koroner Yoğun Bakım	26.907,22	5.515,47	-		-	161.260,96
Tüp bebek	43.042,39	-	-		-	535.204,61
POLİKLİNİKLER						-
Kardiyoloji Polikliniği	13.449,15	7.309,67	-		-	1.020.079,27
KVC Polikliniği	13.449,15	5.316,12	-		-	121.793,51
Kadın Doğum Polikliniği	13.449,15	9.170,31	-		-	492.047,19
Dış Polikliniği	13.449,15	3.987,09	-		-	268.326,06
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	13.449,15	1.461,93	-		-	157.705,56
Genel Cerrahi Polikliniği	13.449,15	2.658,06	-		-	155.675,27
Havacılık Tıp Merkezi	13.449,15	2.857,41	-		-	155.044,00
Ortopedi Polikliniği	13.449,15	996,77	-		-	187.152,47
Üroloji Polikliniği	13.449,15	996,77	-		-	180.574,62
Endokrinoloji Polikliniği	13.449,15	1.993,55	-		-	52.558,69
Nöroloji Polikliniği	26.898,29	1.993,55	-		-	198.104,43
KBB Polikliniği	13.449,15	2.923,87	-		-	216.679,39
Dahiliye Polikliniği	13.449,15	5.980,64	-		-	490.223,53
Plastik Cerr. Polikliniği	13.449,15	1.329,03	-		-	53.080,21
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	13.449,15	996,77	-		-	85.006,87
Göz Polikliniği	13.449,15	10.299,98	-		-	226.198,36
Fizik Tedavi Polikliniği	13.449,15	1.329,03	-		-	106.266,48
Dermatoloji Polikliniği	13.449,15	1.993,55	-		-	100.010,98
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	13.449,15	13.622,56	-		-	779.644,45
Acil servis	166.798,29	15.084,49	-		2.683,36	705.490,95
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	13.449,15	-	-		-	20.349,48
Çocuk Cerrahi Polikliniği	13.449,15	-	-		-	106.868,88

Tablo 7-1’de yatan hasta servislerine; Demirbaş amortismanı, Bina amortismanı, Kira gideri, Servis gideri ve Diğer giderlerin dağıtımları yapılmıştır.

Tablo 7-1
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER MERKEZLERİ	DEMİRBAŞ AMORTİSMANI	BİNA AMORTİSMANI	KİRA GİDERİ	SERVİS GİDERİ	DİĞER GİDERLER	TOPLAM GİDER
YATAN HASTA SERVİSLERİ						-
Çocuk Hastalıkları Servisi	41.666,57	7.708,37	-		-	214.390,04
Ortopedi Servisi	8.068,69	2.525,16	-		-	324.814,93
Kadın Doğum Servisi	61.454,35	13.290,30	-		-	645.106,64
Genel Cerrahi Servisi	45.435,11	13.290,30	-		-	1.067.742,48
KVC Servisi	48.483,01	12.094,17	-		-	1.668.815,06
Dahiliye Servisi	27.868,28	26.580,60	-		-	205.968,68
Nöroloji Servisi	4.489,17	3.322,58	-		-	25.305,87
Kardiyoloji Servisi	80.367,92	24.587,06	-		-	868.675,01
Plastik Cerrahi servisi	5.812,29	3.322,58	-		-	113.574,35
Üroloji	29.344,98	3.322,58	-		-	188.022,54
Göz	13.644,71	3.322,58	-		-	156.643,23
KBB	10.455,04	3.322,58	-		-	161.814,34
Beyin Cerrahi	7.064,53	3.322,58	-		-	237.282,72
Çocuk Cerrahi	3.685,84	3.322,58	-		-	32.855,31
GENEL TOPLAM	1.845.797,42	564.140,01	558.084,20	-	5.753.961,39	32.934.797,93

Endirekt Maliyetler

Endirekt maliyet terimi, daha önce açıklandığı gibi, hastanenin bir bölümünde biriken maliyetlerin, bu bölümden yararlanan bölümlere dağıtılmasıyla ortaya çıkan maliyetlerdir.

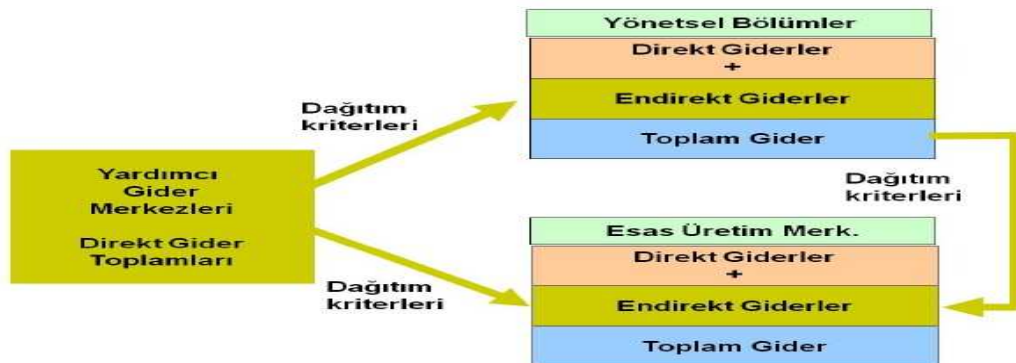
Daha açık anlatımla, hastane gelirinin yaratılmasına doğrudan etkide bulunmayan (yani faturalandırılabilir gelir yaratmayan) ancak gelir getiren bölümlerin etkili, verimli ve düzenli biçimde çalışmasına katkıda bulunan bölümlerin maliyetleri, uygun kriterler (maliyet taşıyıcıları) kullanılarak gelir yaratan bölümlere yüklenirler. İşte yüklenen bu maliyetlere, endirekt maliyetler adı verilmektedir.

Şekil 6'da verildiği gibi, ilk önce yardımcı gider merkezlerinde biriken maliyetler yönetim ve esas üretim gider merkezlerine dağıtılırlar (yüklenirler). Yönetim birimlerinde biriken direkt ve endirekt gider toplamları da daha sonra esas üretim gider merkezlerine dağıtılırlar.

Maliyetlerin dağıtımında uygun maliyet taşıyıcıları veya maliyet dağıtım kriterleri kullanılmalıdır. Bu çalışmada kullanılan kriterler, Tablo 5'de sunulmuş olduğu için bu kısımda tekrar ele alınmamıştır.

Şekil 6.

Endirekt Maliyetlerin Dağıtılması



Endirekt Giderlerin Dağıtılması

Yardımcı gider merkezlerinde biriken maliyetlerin dağıtımı ile ilgili bilgiler Tablo 8'in türevlerinde sunulmuştur. Tablolarda ki gider rakamları TL cinsindedir.

Tablo 8-a'da yardımcı gider birimleri ve yönetim birimlerine; mutfak-yemekhane, hasta kabul, ev idaresi giderlerinin dağıtımı gösterilmiştir. Ayrıca ilk sütun da Tablo 7'de ki direkt giderlerin dağıtım bedeli (1. Dağıtım Bedeli) olarak yer almaktadır.

Tablo 8-a
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	TUTAR	MUTFAK YEMEKHANE			HASTA KABUL			EV İDARESİ		
	1. DAĞITIM TUTARI	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
Mutfak Yemekhane	818.525,34									
Hasta yatış-Çıkış	93.575,70	1.228,02	0,51	4.145,55	-	-	97.721,25	-	-	
Destek Hizmetleri (Ev idaresi)	628.539,22	11.052,21	4,56	37.309,93	-	-	-	-	-	665.849,15
Kazan Dairesi-Tesisat Kan	274.885,38	-	-	-	-	-	-	875,00	10,16	67.632,25
Teknik Servis	742.976,44	1.228,02	0,51	4.145,55	-	-	-	40,00	0,46	3.091,76
Biyomedikal	16.049,35	204,67	0,08	690,92	-	-	-	50,00	0,58	3.864,70
Güvenlik Müdürü	104.812,77	1.432,69	0,59	4.836,47	-	-	-	35,00	0,41	2.705,29
Çağrı Merkezi	4.262,07	-	-	-	-	-	-	20,00	0,23	1.545,88
Santral	351.263,98	1.432,69	0,59	4.836,47	-	-	-	10,00	0,12	772,94
Eczane	89.145,73	1.023,35	0,42	3.454,62	-	-	-	187,00	2,17	14.453,98
Mescid	1.450,02	-	-	-	-	-	-	15,00	0,17	1.159,41
Morg	8.025,15	-	-	-	-	-	-	20,00	0,23	1.545,88
Çamaşhane	73.853,07	614,01	0,25	2.072,77	-	-	-	108,00	1,25	8.347,75
Depo	153.289,04	614,01	0,25	2.072,77	-	-	-	220,00	2,55	17.004,68
Arşiv	48.166,85	554,40	0,23	1.871,54	-	-	-	225,00	2,61	17.391,15
Merkezi Sterilizasyon	51.671,61	409,34	0,17	1.381,85	-	-	-	-	-	-
YÖNETİM BİRİMLERİ										
Yönetim Kurulu	4.954.641,91	409,34	0,17	1.381,85	-	-	-	56,00	0,65	4.328,46
Gece idaresi	49.002,88	409,34	0,17	1.381,85	-	-	-	18,00	0,21	1.391,29
Anlaşmalı Kurumlar	52.716,26	614,01	0,25	2.072,77	-	-	-	82,00	0,95	6.338,11
Hasta İlişkileri	275.514,62	8.391,50	3,46	28.327,91	-	-	-	16,00	0,19	1.236,70
Hemşirelik Hizm. Müdürü	114.865,23	409,34	0,17	1.381,85	-	-	-	22,00	0,26	1.700,47
Başhekimlik	982.363,02	818,68	0,34	2.763,70	-	-	-	43,00	0,50	3.323,64
Resmi Yazılar	38.291,33	818,68	0,34	2.763,70	-	-	-	6,00	0,07	463,76
Hasta Hizmetleri	49.667,40	409,34	0,17	1.381,85	-	-	-	28,00	0,33	2.164,23
Mali İşler	287.161,50	2.251,38	0,93	7.600,17	-	-	-	100,00	1,16	7.729,40
Bilgi İşlem	156.750,47	818,68	0,34	2.763,70	-	-	-	50,00	0,58	3.864,70
Medikal Muhasebe (vezneler)	459.384,66	7.777,48	3,21	26.255,14	-	-	-	75,00	0,87	5.797,05
Denetim ve İş Geliştirme	20.860,88	-	-	-	-	-	-	25,00	0,29	1.932,35
Doktor Hakediş	39.403,30	409,34	0,17	1.381,85	-	-	-	25,00	0,29	1.932,35
Genel Müdürlük	39.582,41	204,67	0,08	690,92	-	-	-	40,00	0,46	3.091,76
Satın Alma	137.725,95	1.023,35	0,42	3.454,62	-	-	-	50,00	0,58	3.864,70
İnsan Kaynakları	95.091,36	614,01	0,25	2.072,77	-	-	-	50,00	0,58	3.864,70
İdari Müdür	76.184,70	204,67	0,08	690,92	-	-	-	50,00	0,58	3.864,70
Genel Müdür Yrd.	17.909,27	-	-	-	-	-	-	25,00	0,29	1.932,35
Kurumsal İletişim	522.435,76	2.046,71	0,84	6.909,25	-	-	-	25,00	0,29	1.932,35
Kalite ve Dokümantasyon	71.871,90	204,67	0,08	690,92	-	-	-	50,00	0,58	3.864,70

Tablo 8-b’de tanı birimleri, özel hizmet birimleri ve polikliniklere; mutfak-yemekhane, hasta kabul, ev idaresi giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir. Ayrıca ilk sütun da Tablo 7’de ki direkt giderlerin dağıtım bedeli (1. Dağıtım Bedeli) olarak yer almaktadır.

Tablo 8-b
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	TUTAR	MUTFAKYEMAKHANE			HASTA KABUL			EV İDARESİ		
	1. DAĞITIM TUTARI	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
TANI BİRİMLERİ										
Laboratuvar	1.145.140,81	4.502,75	1,86	15.200,34	-	-	-	103,00	1,20	7.961,28
Radyoloji	1.378.136,16	3.070,06	1,27	10.363,87	-	-	-	372,00	4,32	28.753,37
Nükleer Tıp	284.729,68	818,68	0,34	2.763,70	-	-	-	70,00	0,81	5.410,58
Kan Bankası	43.612,09	204,67	0,08	690,92	-	-	-	25,00	0,29	1.932,35
Patoloji Lab	129.059,99	818,68	0,34	2.763,70	-	-	-	110,00	1,28	8.502,34
EEG	12.727,93	-	-	-	-	-	-	8,00	0,09	618,35
EMG	12.993,73	-	-	-	-	-	-	12,00	0,14	927,53
SFT	16.095,79	204,67	0,08	690,92	-	-	-	9,00	0,10	695,65
Endoskopi	129.617,91	614,01	0,25	2.072,77	-	-	-	156,50	1,82	12.096,51
Ürodinami	13.634,01	-	-	-	-	-	-	8,00	0,09	618,35
Taş Kirma	19.776,42	-	-	-	-	-	-	14,00	0,16	1.082,12
ÖZEL HİZMET BİRİMLERİ										
Anestezi ve Reanimasyon	1.331.409,41	4.502,75	1,86	15.200,34	-	-	-	-	-	-
Ameliyathane	687.030,62	9.824,19	4,05	33.164,38	-	-	-	698,00	8,10	53.951,21
Doğumhane	83.576,57	-	-	-	-	-	-	114,00	1,32	8.811,52
KVC Yoğun Bakım	218.119,23	1.432,69	0,59	4.836,47	-	-	-	120,00	1,39	9.275,28
Erşkin Yoğun Bakım	639.309,87	19.578,07	8,07	66.091,42	811,00	6,88	6.718,54	245,00	2,84	18.937,03
Güzellik Merkezi	24.280,17	204,67	0,08	690,92	-	-	-	40,00	0,46	3.091,76
Yenidoğan Yoğun Bakım	755.196,55	14.467,38	5,97	48.838,80	317,00	2,69	2.626,11	246,00	2,86	19.014,32
Anjio	1.622.077,06	1.432,69	0,59	4.836,47	-	-	-	310,00	3,60	23.961,14
Koroner Yoğun Bakım	161.260,96	1.023,35	0,42	3.454,62	-	-	-	83,00	0,96	6.415,40
Tüp bebek	535.204,61	1.432,69	0,59	4.836,47	-	-	-	-	-	-
POLİKLİNİKLER										
Kardiyoloji Polikliniği	1.020.079,27	1.432,69	0,59	4.836,47	-	-	-	110,00	1,28	8.502,34
KVC Polikliniği	121.793,51	614,01	0,25	2.072,77	-	-	-	80,00	0,93	6.183,52
Kadın Doğum Polikliniği	492.047,19	1.432,69	0,59	4.836,47	-	-	-	138,00	1,60	10.666,57
Diş Polikliniği	268.326,06	409,34	0,17	1.381,85	-	-	-	60,00	0,70	4.637,64
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	157.705,56	409,34	0,17	1.381,85	-	-	-	22,00	0,26	1.700,47
Genel Cerrahi Polikliniği	155.675,27	1.228,02	0,51	4.145,55	-	-	-	40,00	0,46	3.091,76
Havacılık Tıp Merkezi	155.044,00	204,67	0,08	690,92	-	-	-	43,00	0,50	3.323,64
Ortopedi Polikliniği	187.152,47	818,68	0,34	2.763,70	-	-	-	15,00	0,17	1.159,41
Üroloji Polikliniği	180.574,62	818,68	0,34	2.763,70	-	-	-	15,00	0,17	1.159,41
Endokrinoloji Polikliniği	52.558,69	204,67	0,08	690,92	-	-	-	30,00	0,35	2.318,82
Nöroloji Polikliniği	198.104,43	1.108,80	0,46	3.743,07	-	-	-	15,00	0,17	1.159,41
KBB Polikliniği	216.679,39	818,68	0,34	2.763,70	-	-	-	44,00	0,51	3.400,94
Dahiliye Polikliniği	490.223,53	1.637,36	0,68	5.527,40	-	-	-	90,00	1,04	6.956,46
Plastik Cerr. Polikliniği	53.080,21	204,67	0,08	690,92	-	-	-	20,00	0,23	1.545,88
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	85.006,87	409,34	0,17	1.381,85	-	-	-	15,00	0,17	1.159,41
Göz Polikliniği	226.198,36	1.637,36	0,68	5.527,40	-	-	-	155,00	1,80	11.980,57
Fizik Tedavi Polikliniği	106.266,48	614,01	0,25	2.072,77	-	-	-	20,00	0,23	1.545,88
Dermatoloji Polikliniği	100.010,98	409,34	0,17	1.381,85	-	-	-	30,00	0,35	2.318,82
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	779.644,45	1.432,69	0,59	4.836,47	-	-	-	205,00	2,38	15.845,27
Acil servis	705.490,95	3.070,06	1,27	10.363,87	-	-	-	227,00	2,64	17.545,74
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	20.349,48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Çocuk Cerrahi Polikliniği	106.868,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tablo 8-c’de yatan hasta servislerine; mutfak-yemekhane, hasta kabul, ev idaresi giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir. Ayrıca ilk sütun da Tablo 7’de ki direkt giderlerin dağıtım bedeli (1. Dağıtım Bedeli) olarak yer almaktadır.

Tablo 8-c
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	TUTAR	MUTFAK YEMEKHANE			HASTA KABUL			EV İDARESİ		
	1. DAĞITIM TUTARI	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
YATAN HASTA SERVİSLERİ										
Çocuk Hastalıkları Servisi	214.390,04	11.809,02	4,87	39.864,76	1.076,00	9,12	8.913,87	116,00	1,35	8.966,10
Ortopedi Servisi	324.814,93	2.663,01	1,10	8.989,76	244,00	2,07	2.021,36	38,00	0,44	2.937,17
Kadın Doğum Servisi	645.106,64	17.448,04	7,20	58.900,87	1.838,00	15,58	15.226,49	200,00	2,32	15.458,80
Genel Cerrahi Servisi	1.067.742,48	13.994,05	5,77	47.240,94	866,00	7,34	7.174,18	200,00	2,32	15.458,80
KVC Servisi	1.668.815,06	13.949,36	5,75	47.090,10	958,00	8,12	7.936,33	182,00	2,11	14.067,51
Dahiliye Servisi	205.968,68	8.305,02	3,43	28.036,00	554,00	4,70	4.589,49	400,00	4,64	30.917,60
Nöroloji Servisi	25.305,87	1.344,67	0,55	4.539,32	93,00	0,79	770,44	50,00	0,58	3.864,70
Kardiyoloji Servisi	868.675,01	21.432,35	8,84	72.351,08	2.336,00	19,80	19.352,05	370,00	4,30	28.598,78
Plastik Cerrahi servisi	113.574,35	1.885,34	0,78	6.364,51	214,00	1,81	1.772,83	50,00	0,58	3.864,70
Üroloji	188.022,54	8.475,35	3,50	28.611,00	826,00	7,00	6.842,81	50,00	0,58	3.864,70
Göz	156.643,23	3.874,34	1,60	13.078,96	713,00	6,04	5.906,68	50,00	0,58	3.864,70
KBB	161.814,34	3.064,34	1,26	10.344,57	547,00	4,64	4.531,50	50,00	0,58	3.864,70
Beyin Cerrahi	237.282,72	2.203,34	0,91	7.438,01	236,00	2,00	1.955,09	50,00	0,58	3.864,70
Çocuk Cerrahi	32.855,31	1.345,34	0,55	4.541,59	167,00	1,42	1.383,47	50,00	0,58	3.864,70
GENEL TOPLAM	32.934.797,93	242.469,41	100,00	818.525,34	11.796,00	100,00	97.721,25	8.614,50	100,00	665.849,15

Tablo 8-d'de yardımcı gider birimleri ve yönetim birimlerine; kazan dairesi, teknik servis ve biyomedikal giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir.

Tablo 8-d
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	KAZAN DAİRESİ			TEKNİK SERVİS			BİYOMEDİKAL		
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
Mutfak Yemekhane									
Hasta yatış-Çıkış									
Destek Hizmetleri (Ev idaresi)									
Kazan Dairesi-Tesisat Karı	-	-	342.517,63						
Teknik Servis	40,00	0,52	1.770,23	-	-	751.983,98			
Biyomedikal	50,00	0,65	2.212,79	3.322,58	0,14	1.076,54	-	-	23.894,30
Güvenlik Müdürü	35,00	0,45	1.548,95	2.325,80	0,10	753,57	-	-	-
Çağrı Merkezi	20,00	0,26	885,12	1.329,03	0,06	430,61	-	-	-
Santral	10,00	0,13	442,56	664,52	0,03	215,31	-	-	-
Eczane	187,00	2,42	8.275,83	12.426,43	0,54	4.026,24	-	-	-
Mescid	15,00	0,19	663,84	996,77	0,04	322,96	-	-	-
Morg	20,00	0,26	885,12	1.329,03	0,06	430,61	-	-	-
Çamaşırhane	108,00	1,40	4.779,62	7.176,76	0,31	2.325,32	-	-	-
Depo	220,00	2,84	9.736,27	14.619,33	0,63	4.736,76	-	-	-
Arşiv	225,00	2,91	9.957,55	14.951,59	0,64	4.844,41	-	-	-
Merkezi Sterilizasyon	-	-	-	-	-	-	-	-	-
YÖNETİM BİRİMLERİ									
Yönetim Kurulu	56,00	0,72	2.478,32	3.721,28	0,16	1.205,72	-	-	-
Gece idaresi	18,00	0,23	796,60	1.196,13	0,05	387,55	-	-	-
Anlaşmalı Kurumlar	82,00	1,06	3.628,97	5.449,02	0,23	1.765,52	-	-	-
Hasta İlişkileri	16,00	0,21	708,09	1.063,22	0,05	344,49	-	-	-
Hemşirelik Hizm. Müdürü	22,00	0,28	973,63	1.461,93	0,06	473,68	-	-	-
Başhekimlik	43,00	0,56	1.903,00	2.857,41	0,12	925,82	-	-	-
Resmi Yazılar	6,00	0,08	265,53	398,71	0,02	129,18	-	-	-
Hasta Hizmetleri	28,00	0,36	1.239,16	1.860,64	0,08	602,86	-	-	-
Mali İşler	100,00	1,29	4.425,58	-	-	-	-	-	-
Bilgi İşlem	50,00	0,65	2.212,79	-	-	-	-	-	-
Medikal Muhasebe (vezneler)	75,00	0,97	3.319,18	-	-	-	-	-	-
Denetim ve İş Geliştirme	25,00	0,32	1.106,39	-	-	-	-	-	-
Doktor Hakediş	25,00	0,32	1.106,39	-	-	-	-	-	-
Genel Müdürlük	40,00	0,52	1.770,23	-	-	-	-	-	-
Satın Alma	50,00	0,65	2.212,79	-	-	-	-	-	-
İnsan Kaynakları	50,00	0,65	2.212,79	-	-	-	-	-	-
İdari Müdür	50,00	0,65	2.212,79	-	-	-	-	-	-
Genel Müdür Yrd.	25,00	0,32	1.106,39	-	-	-	-	-	-
Kurumsal İletişim	25,00	0,32	1.106,39	-	-	-	-	-	-
Kalite ve Dokümantasyon	50,00	0,65	2.212,79	-	-	-	-	-	-

Tablo 8-e’de tanı birimleri, özel hizmet birimleri ve polikliniklere; kazan dairesi, teknik servis ve biyomedikal giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir.

Tablo 8-e
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	KAZAN DAİRESİ			TEKNİK SERVİS			BİYOMEDİKAL		
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
TANI BİRİMLERİ									
Laboratuvar	103,00	1,33	4.558,35	135.971,67	5,86	44.055,69	129.127,17	7,00	1.671,58
Radyoloji	372,00	4,81	16.463,15	126.940,40	5,47	41.129,50	102.220,44	5,54	1.323,27
Nükleer Tıp	70,00	0,90	3.097,90	31.558,83	1,36	10.225,26	26.907,22	1,46	348,32
Kan Bankası	25,00	0,32	1.106,39	7.046,07	0,30	2.282,97	5.384,79	0,29	69,71
Patoloji Lab	110,00	1,42	4.868,14	28.830,86	1,24	9.341,38	21.521,20	1,17	278,60
EEG	8,00	0,10	354,05	531,61	0,02	172,25	-	-	-
EMG	12,00	0,16	531,07	797,42	0,03	258,37	-	-	-
SFT	9,00	0,12	398,30	598,06	0,03	193,78	-	-	-
Endoskopi	156,50	2,02	6.926,03	21.148,80	0,91	6.852,34	10.749,14	0,58	139,15
Ürodinami	8,00	0,10	354,05	5.917,64	0,25	1.917,35	5.386,03	0,29	69,72
Taş Kirma	14,00	0,18	619,58	6.270,52	0,27	2.031,69	5.340,20	0,29	69,13
ÖZEL HİZMET BİRİMLERİ									
Anestezi ve Reanimasyon	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ameliyathane	698,00	9,02	30.890,54	245.422,97	10,57	79.518,61	199.039,82	10,78	2.576,62
Doğumhane	114,00	1,47	5.045,16	7.575,47	0,33	2.454,50	-	-	-
KVC Yoğun Bakım	120,00	1,55	5.310,69	77.923,79	3,36	25.247,81	69.949,61	3,79	905,51
Erişkin Yoğun Bakım	245,00	3,17	10.842,67	199.199,31	8,58	64.541,85	182.918,69	9,91	2.367,93
Güzellik Merkezi	40,00	0,52	1.770,23	8.044,09	0,35	2.606,34	5.386,03	0,29	69,72
Yenidoğan Yoğun Bakım	246,00	3,18	10.886,92	91.659,79	3,95	29.698,36	75.312,72	4,08	974,94
Anjio	310,00	4,01	13.719,29	106.684,74	4,60	34.566,54	86.084,77	4,66	1.114,39
Koroner Yoğun Bakım	83,00	1,07	3.673,23	32.422,70	1,40	10.505,16	26.907,22	1,46	348,32
Tüp bebek	-	-	-	43.042,39	1,85	13.946,01	43.042,39	2,33	557,19
POLİKLİNİKLER									
Kardiyoloji Polikliniği	110,00	1,42	4.868,14	20.758,81	0,89	6.725,99	13.449,15	0,73	174,10
KVC Polikliniği	80,00	1,03	3.540,46	18.765,27	0,81	6.080,07	13.449,15	0,73	174,10
Kadın Doğum Polikliniği	138,00	1,78	6.107,30	22.619,45	0,97	7.328,85	13.449,15	0,73	174,10
Diş Polikliniği	60,00	0,78	2.655,35	17.436,24	0,75	5.649,45	13.449,15	0,73	174,10
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	22,00	0,28	973,63	14.911,08	0,64	4.831,28	13.449,15	0,73	174,10
Genel Cerrahi Polikliniği	40,00	0,52	1.770,23	16.107,21	0,69	5.218,84	13.449,15	0,73	174,10
Havacılık Tıp Merkezi	43,00	0,56	1.903,00	16.306,56	0,70	5.283,43	13.449,15	0,73	174,10
Ortopedi Polikliniği	15,00	0,19	663,84	14.445,92	0,62	4.680,57	13.449,15	0,73	174,10
Üroloji Polikliniği	15,00	0,19	663,84	14.445,92	0,62	4.680,57	13.449,15	0,73	174,10
Endokrinoloji Polikliniği	30,00	0,39	1.327,67	15.442,69	0,67	5.003,53	13.449,15	0,73	174,10
Nöroloji Polikliniği	15,00	0,19	663,84	28.891,84	1,24	9.361,14	26.898,29	1,46	348,20
KBB Polikliniği	44,00	0,57	1.947,25	16.373,01	0,71	5.304,96	13.449,15	0,73	174,10
Dahiliye Polikliniği	90,00	1,16	3.983,02	19.429,78	0,84	6.295,37	13.449,15	0,73	174,10
Plastik Cerr. Polikliniği	20,00	0,26	885,12	14.778,18	0,64	4.788,22	13.449,15	0,73	174,10
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	15,00	0,19	663,84	14.445,92	0,62	4.680,57	13.449,15	0,73	174,10
Göz Polikliniği	155,00	2,00	6.859,65	23.749,13	1,02	7.694,87	13.449,15	0,73	174,10
Fizik Tedavi Polikliniği	20,00	0,26	885,12	14.778,18	0,64	4.788,22	13.449,15	0,73	174,10
Dermatoloji Polikliniği	30,00	0,39	1.327,67	15.442,69	0,67	5.003,53	13.449,15	0,73	174,10
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	205,00	2,65	9.072,44	27.071,70	1,17	8.771,40	13.449,15	0,73	174,10
Acil servis	227,00	2,93	10.046,06	181.882,78	7,84	58.931,18	166.798,29	9,04	2.159,24
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	-	-	-	13.449,15	0,58	4.357,61	13.449,15	0,73	174,10
Çocuk Cerrahi Polikliniği	-	-	-	13.449,15	0,58	4.357,61	13.449,15	0,73	174,10

Tablo 8-f’de yatan hasta servislerine; kazan dairesi, teknik servis ve biyomedikal giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir.

Tablo 8-f
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	KAZAN DAİRESİ			TEKNİK SERVİS			BİYOMEDİKAL		
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
YATAN HASTA SERVİSLERİ									
Çocuk Hastalıkları Servisi	116,00	1,50	5.133,67	49.374,94	2,13	15.997,80	41.666,57	2,26	539,38
Ortopedi Servisi	38,00	0,49	1.681,72	10.593,85	0,46	3.432,47	8.068,69	0,44	104,45
Kadın Doğum Servisi	200,00	2,58	8.851,16	74.744,65	3,22	24.217,74	61.454,35	3,33	795,54
Genel Cerrahi Servisi	200,00	2,58	8.851,16	58.725,41	2,53	19.027,41	45.435,11	2,46	588,17
KVC Servisi	182,00	2,35	8.054,55	60.577,19	2,61	19.627,40	48.483,01	2,63	627,62
Dahiliye Servisi	400,00	5,17	17.702,31	54.448,88	2,35	17.641,79	27.868,28	1,51	360,76
Nöroloji Servisi	50,00	0,65	2.212,79	7.811,74	0,34	2.531,05	4.489,17	0,24	58,11
Kardiyoloji Servisi	370,00	4,78	16.374,64	104.954,98	4,52	34.006,08	80.367,92	4,35	1.040,38
Plastik Cerrahi servisi	50,00	0,65	2.212,79	9.134,87	0,39	2.959,76	5.812,29	0,31	75,24
Üroloji	50,00	0,65	2.212,79	32.667,56	1,41	10.584,50	29.344,98	1,59	379,88
Göz	50,00	0,65	2.212,79	16.967,28	0,73	5.497,51	13.644,71	0,74	176,63
KBB	50,00	0,65	2.212,79	13.777,61	0,59	4.464,03	10.455,04	0,57	135,34
Beyin Cerrahi	50,00	0,65	2.212,79	10.387,11	0,45	3.365,49	7.064,53	0,38	91,45
Çocuk Cerrahi	50,00	0,65	2.212,79	7.008,42	0,30	2.270,77	3.685,84	0,20	47,71
GENEL TOPLAM	7.739,50	100,00	342.517,63	2.320.892,42	100,00	751.983,98	1.845.797,42	100,00	23.894,30

Tablo 8-g'de yardımcı gider birimleri ve yönetim birimlerine; güvenlik müdürlüğü, çağrı merkezi ve santral giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir.

Tablo 8-g
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	GÜVENLİK MÜD.			ÇAĞRI MERKEZİ			SANTRAL		
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
Mutfak Yemekhane									
Hasta yatış-Çıkış									
Destek Hizmetleri (Evi idaresi)									
Kazan Dairesi-Tesisat Karı									
Teknik Servis									
Biyomedikal									
Güvenlik Müdürü	-	-	114.657,06						
Çağrı Merkezi	20,00	0,26	301,15	-	-	7.424,84			
Santral	10,00	0,13	150,58	-	-	-	-	-	357.681,83
Eczane	187,00	2,46	2.815,79	-	-	-	3,69	1,03	3.686,48
Mescid	15,00	0,20	225,87	-	-	-	-	-	-
Morg	20,00	0,26	301,15	-	-	-	-	-	-
Çamaşırhane	108,00	1,42	1.626,23	-	-	-	2,22	0,62	2.211,89
Depo	220,00	2,89	3.312,70	-	-	-	2,22	0,62	2.211,89
Arşiv	225,00	2,95	3.387,99	-	-	-	2,00	0,56	1.997,15
Merkezi Sterilizasyon	-	-	-	-	-	-	1,48	0,41	1.474,59
YÖNETİM BİRİMLERİ									
Yönetim Kurulu	56,00	0,74	843,23	-	-	-	1,48	0,41	1.474,59
Gece idaresi	18,00	0,24	271,04	-	-	-	1,48	0,41	1.474,59
Anlaşmalı Kurumlar	82,00	1,08	1.234,73	-	-	-	2,22	0,62	2.211,89
Hasta İlişkileri	16,00	0,21	240,92	-	-	-	30,27	8,45	30.229,15
Hemşirelik Hizm. Müdürü	22,00	0,29	331,27	-	-	-	1,48	0,41	1.474,59
Başhekimlik	43,00	0,56	647,48	-	-	-	2,95	0,82	2.949,19
Resmi Yazılar	6,00	0,08	90,35	-	-	-	2,95	0,82	2.949,19
Hasta Hizmetleri	28,00	0,37	421,62	-	-	-	1,48	0,41	1.474,59
Mali İşler	100,00	1,31	1.505,77	-	-	-	8,12	2,27	8.110,26
Bilgi İşlem	50,00	0,66	752,89	-	-	-	2,95	0,82	2.949,19
Medikal Muhasebe (vezneler)	75,00	0,98	1.129,33	-	-	-	28,06	7,83	28.017,26
Denetim ve İş Geliştirme	25,00	0,33	376,44	-	-	-	-	-	-
Doktor Hakediş	25,00	0,33	376,44	-	-	-	1,48	0,41	1.474,59
Genel Müdürlük	40,00	0,53	602,31	-	-	-	0,74	0,21	737,30
Satın Alma	50,00	0,66	752,89	-	-	-	3,69	1,03	3.686,48
İnsan Kaynakları	50,00	0,66	752,89	-	-	-	2,22	0,62	2.211,89
İdari Müdür	50,00	0,66	752,89	-	-	-	0,74	0,21	737,30
Genel Müdür Yrd.	25,00	0,33	376,44	-	-	-	-	-	-
Kurumsal İletişim	25,00	0,33	376,44	-	-	-	7,38	2,06	7.372,96
Kalite ve Dokümantasyon	50,00	0,66	752,89	-	-	-	0,74	0,21	737,30

Tablo 8-h'de tanı birimleri, özel hizmet birimleri ve polikliniklere; güvenlik müdürlüğü, çağrı merkezi ve santral giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir.

Tablo 8-h
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	GÜVENLİK MÜD.			ÇAĞRI MERKEZİ			SANTRAL		
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
TANI BİRİMLERİ									
Laboratuvar	103,00	1,35	1.550,95	-	-	-	16,24	4,53	16.220,52
Radyoloji	372,00	4,89	5.601,47	-	-	-	11,08	3,09	11.059,45
Nükleer Tıp	70,00	0,92	1.054,04	-	-	-	2,95	0,82	2.949,19
Kan Bankası	25,00	0,33	376,44	-	-	-	0,74	0,21	737,30
Patoloji Lab	110,00	1,44	1.656,35	-	-	-	2,95	0,82	2.949,19
EEG	8,00	0,11	120,46	-	-	-	-	-	-
EMG	12,00	0,16	180,69	-	-	-	-	-	-
SFT	9,00	0,12	135,52	-	-	-	0,74	0,21	737,30
Endoskopi	156,50	2,06	2.356,53	-	-	-	2,22	0,62	2.211,89
Ürodinami	8,00	0,11	120,46	-	-	-	-	-	-
Taş Kıрма	14,00	0,18	210,81	-	-	-	-	-	-
ÖZEL HİZMET BİRİMLERİ									
Anestezi ve Reanimasyon	-	-	-	-	-	-	16,24	4,53	16.220,52
Ameliyathane	698,00	9,17	10.510,29	-	-	-	35,44	9,89	35.390,23
Doğumhane	114,00	1,50	1.716,58	-	-	-	-	-	-
KVC Yoğun Bakım	120,00	1,58	1.806,93	-	-	-	5,17	1,44	5.161,07
Erişkin Yoğun Bakım	245,00	3,22	3.689,14	-	-	-	13,29	3,71	13.271,34
Güzellik Merkezi	40,00	0,53	602,31	-	-	-	0,74	0,21	737,30
Yenidoğan Yoğun Bakım	246,00	3,23	3.704,20	-	-	-	8,12	2,27	8.110,26
Anjio	310,00	4,07	4.667,90	-	-	-	5,17	1,44	5.161,07
Koroner Yoğun Bakım	83,00	1,09	1.249,79	-	-	-	3,69	1,03	3.686,48
Tüp bebek	-	-	-	1.490,00	0,59	43,48	5,17	1,44	5.161,07
POLİKLİNİKLER									
Kardiyoloji Polikliniği	110,00	1,44	1.656,35	78.683,00	30,93	2.296,16	5,17	1,44	5.161,07
KVC Polikliniği	80,00	1,05	1.204,62	2.320,00	0,91	67,70	2,22	0,62	2.211,89
Kadın Doğum Polikliniği	138,00	1,81	2.077,97	29.419,00	11,56	858,52	5,17	1,44	5.161,07
Dış Polikliniği	60,00	0,79	903,46	-	-	-	1,48	0,41	1.474,59
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	22,00	0,29	331,27	4.692,00	1,84	136,92	1,48	0,41	1.474,59
Genel Cerrahi Polikliniği	40,00	0,53	602,31	7.962,00	3,13	232,35	4,43	1,24	4.423,78
Havacılık Tıp Merkezi	43,00	0,56	647,48	1.601,00	0,63	46,72	0,74	0,21	737,30
Ortopedi Polikliniği	15,00	0,20	225,87	6.926,00	2,72	202,12	2,95	0,82	2.949,19
Üroloji Polikliniği	15,00	0,20	225,87	4.953,00	1,95	144,54	2,95	0,82	2.949,19
Endokrinoloji Polikliniği	30,00	0,39	451,73	1.354,00	0,53	39,51	0,74	0,21	737,30
Nöroloji Polikliniği	15,00	0,20	225,87	8.515,00	3,35	248,49	4,00	1,12	3.994,29
KBB Polikliniği	44,00	0,58	662,54	14.904,00	5,86	434,94	2,95	0,82	2.949,19
Dahiliye Polikliniği	90,00	1,18	1.355,20	33.790,00	13,28	986,08	5,91	1,65	5.898,37
Plastik Cerr. Polikliniği	20,00	0,26	301,15	343,00	0,13	10,01	0,74	0,21	737,30
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	15,00	0,20	225,87	3.227,00	1,27	94,17	1,48	0,41	1.474,59
Göz Polikliniği	155,00	2,04	2.333,95	12.591,00	4,95	367,44	5,91	1,65	5.898,37
Fizik Tedavi Polikliniği	20,00	0,26	301,15	1.098,00	0,43	32,04	2,22	0,62	2.211,89
Dermatoloji Polikliniği	30,00	0,39	451,73	7.299,00	2,87	213,00	1,48	0,41	1.474,59
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	205,00	2,69	3.086,83	18.687,00	7,34	545,33	5,17	1,44	5.161,07
Acil servis	227,00	2,98	3.418,10	13.129,00	5,16	383,14	11,08	3,09	11.059,45
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	-	-	-	420,00	0,17	12,26	-	-	-
Çocuk Cerrahi Polikliniği	-	-	-	1.025,00	0,40	29,91	-	-	-

Tablo 8-1’da yatan hasta servislerine; güvenlik müdürlüğü, çağrı merkezi ve santral giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir.

Tablo 8-1
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	GÜVENLİK MÜD.			ÇAĞRI MERKEZİ			SANTRAL		
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
YATAN HASTA SERVİSLERİ									
Çocuk Hastalıkları Servisi	116,00	1,52	1.746,70	-	-	-	4,43	1,24	4.423,78
Ortopedi Servisi	38,00	0,50	572,19	-	-	-	2,22	0,62	2.211,89
Kadın Doğum Servisi	200,00	2,63	3.011,55	-	-	-	6,65	1,86	6.635,67
Genel Cerrahi Servisi	200,00	2,63	3.011,55	-	-	-	8,86	2,47	8.847,56
KVC Servisi	182,00	2,39	2.740,51	-	-	-	5,91	1,65	5.898,37
Dahiliye Servisi	400,00	5,25	6.023,09	-	-	-	4,43	1,24	4.423,78
Nöroloji Servisi	50,00	0,66	752,89	-	-	-	0,74	0,21	737,30
Kardiyoloji Servisi	370,00	4,86	5.571,36	-	-	-	3,69	1,03	3.686,48
Plastik Cerrahi servisi	50,00	0,66	752,89	-	-	-	1,48	0,41	1.474,59
Üroloji	50,00	0,66	752,89	-	-	-	3,69	1,03	3.686,48
Göz	50,00	0,66	752,89	-	-	-	1,48	0,41	1.474,59
KBB	50,00	0,66	752,89	-	-	-	1,48	0,41	1.474,59
Beyin Cerrahi	50,00	0,66	752,89	-	-	-	1,48	0,41	1.474,59
Çocuk Cerrahi	50,00	0,66	752,89	-	-	-	1,48	0,41	1.474,59
GENEL TOPLAM	7.614,50	100,00	114.657,06	254.428,00	100,00	7.424,84	358,19	100,00	357.681,83

Tablo 8-i’de yardımcı gider birimleri ve yönetim birimlerine; eczane, mescit ve morg giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir.

Tablo 8-i
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	ECZANE			MESCİT			MORG		
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
Mutfak Yemekhane									
Hasta yatış-Çıkış									
Destek Hizmetleri (Ev idaresi)									
Kazan Dairesi-Tesisat Karı									
Teknik Servis									
Biyomedikal									
Güvenlik Müdürü									
Çağrı Merkezi									
Santral									
Eczane	-	-	125.858,68						
Mescid	-	-	-	-	-	3.822,09			
Morg	-	-	-	-	-	-			11.187,91
Çamaşırhane	-	-	-	2,22	0,62	23,88	-	-	-
Depo	-	-	-	2,22	0,62	23,88	-	-	-
Arşiv	-	-	-	2,00	0,56	21,56	-	-	-
Merkezi Sterilizasyon	-	-	-	1,48	0,42	15,92	-	-	-
YÖNETİM BİRİMLERİ	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yönetim Kurulu	-	-	-	1,48	0,42	15,92	-	-	-
Gece idaresi	-	-	-	1,48	0,42	15,92	-	-	-
Anlaşmalı Kurumlar	-	-	-	2,22	0,62	23,88	-	-	-
Hasta İlişkileri	-	-	-	30,27	8,54	326,38	-	-	-
Hemşirelik Hizm. Müdürü	7.738,65	0,16	200,22	1,48	0,42	15,92	-	-	-
Başhekimlik	-	-	-	2,95	0,83	31,84	-	-	-
Resmi Yazılar	-	-	-	2,95	0,83	31,84	-	-	-
Hasta Hizmetleri	-	-	-	1,48	0,42	15,92	-	-	-
Mali İşler	-	-	-	8,12	2,29	87,57	-	-	-
Bilgi İşlem	-	-	-	2,95	0,83	31,84	-	-	-
Medikal Muhasebe (vezneler)	-	-	-	28,06	7,91	302,50	-	-	-
Denetim ve İş Geliştirme	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Doktor Hakediş	-	-	-	1,48	0,42	15,92	-	-	-
Genel Müdürlük	-	-	-	0,74	0,21	7,96	-	-	-
Satın Alma	-	-	-	3,69	1,04	39,80	-	-	-
İnsan Kaynakları	-	-	-	2,22	0,62	23,88	-	-	-
İdari Müdür	-	-	-	0,74	0,21	7,96	-	-	-
Genel Müdür Yrd.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kurumsal İletişim	-	-	-	7,38	2,08	79,61	-	-	-
Kalite ve Dokümantasyon	-	-	-	0,74	0,21	7,96	-	-	-

Tablo 8-j’de tanı birimleri, özel hizmet birimleri ve polikliniklere; eczane, mescit ve morg giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir.

Tablo 8-j
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	ECZANE			MESCİT			MORG		
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
TANI BİRİMLERİ	-			-					
Laboratuvar	566.955,57	11,66	14.668,86	16,24	4,58	175,13	-	-	-
Radyoloji	323.781,98	6,66	8.377,22	11,08	3,12	119,41	-	-	-
Nükleer Tıp	61.537,04	1,27	1.592,15	2,95	0,83	31,84	-	-	-
Kan Bankası	15.658,44	0,32	405,13	0,74	0,21	7,96	-	-	-
Patoloji Lab	598,23	0,01	15,48	2,95	0,83	31,84	-	-	-
EEG	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EMG	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SFT	-	-	-	0,74	0,21	7,96	-	-	-
Endoskopi	13.981,27	0,29	361,74	2,22	0,62	23,88	-	-	-
Ürodinami	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Taş Kirma	4.069,05	0,08	105,28	-	-	-	-	-	-
ÖZEL HİZMET BİRİMLERİ	-			-					
Anestezi ve Reanimasyon	68.442,79	1,41	1.770,82	16,24	4,58	175,13	-	-	-
Ameliyathane	-	-	-	35,44	10,00	382,11	-	-	-
Doğumhane	17.900,37	0,37	463,14	-	-	-	-	-	-
KVC Yoğun Bakım	34.373,88	0,71	889,36	5,17	1,46	55,72	-	-	-
Erişkin Yoğun Bakım	190.930,26	3,92	4.939,95	13,29	3,75	143,29	232,00	86,57	9.685,06
Güzellik Merkezi	-	-	-	0,74	0,21	7,96	-	-	-
Yenidoğan Yoğun Bakım	81.794,41	1,68	2.116,27	8,12	2,29	87,57	20,00	7,46	834,92
Anjio	1.273.572,04	26,18	32.951,18	5,17	1,46	55,72	-	-	-
Koroner Yoğun Bakım	40.252,79	0,83	1.041,46	3,69	1,04	39,80	-	-	-
Tüp bebek	91.611,51	1,88	2.370,27	5,17	1,46	55,72	-	-	-
POLİKLİNİKLER	-			-					
Kardiyoloji Polikliniği	32.731,42	0,67	846,86	5,17	1,46	55,72	-	-	-
KVC Polikliniği	1.712,97	0,04	44,32	2,22	0,62	23,88	-	-	-
Kadın Doğum Polikliniği	21.721,52	0,45	562,00	5,17	1,46	55,72	-	-	-
Dış Polikliniği	4.744,51	0,10	122,75	1,48	0,42	15,92	-	-	-
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	3.464,34	0,07	89,63	1,48	0,42	15,92	-	-	-
Genel Cerrahi Polikliniği	5.878,74	0,12	152,10	4,43	1,25	47,76	-	-	-
Havacılık Tıp Merkezi	1.182,10	0,02	30,58	0,74	0,21	7,96	-	-	-
Ortopedi Polikliniği	5.113,81	0,11	132,31	2,95	0,83	31,84	-	-	-
Üroloji Polikliniği	3.657,05	0,08	94,62	2,95	0,83	31,84	-	-	-
Endokrinoloji Polikliniği	999,73	0,02	25,87	0,74	0,21	7,96	-	-	-
Nöroloji Polikliniği	6.287,05	0,13	162,67	4,00	1,13	43,13	-	-	-
KBB Polikliniği	11.004,37	0,23	284,72	2,95	0,83	31,84	-	-	-
Dahiliye Polikliniği	24.948,85	0,51	645,50	5,91	1,67	63,68	-	-	-
Plastik Cerr. Polikliniği	253,25	0,01	6,55	0,74	0,21	7,96	-	-	-
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	2.382,66	0,05	61,65	1,48	0,42	15,92	-	-	-
Göz Polikliniği	2.576,14	0,05	66,65	5,91	1,67	63,68	-	-	-
Fizik Tedavi Polikliniği	306,44	0,01	7,93	2,22	0,62	23,88	-	-	-
Dermatoloji Polikliniği	5.389,22	0,11	139,44	1,48	0,42	15,92	-	-	-
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	8.115,23	0,17	209,97	5,17	1,46	55,72	-	-	-
Acil servis	53.169,32	1,09	1.375,65	11,08	3,12	119,41	-	-	-
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	310,11	0,01	8,02	-	-	-	-	-	-
Çocuk Cerrahi Polikliniği	756,81	0,02	19,58	-	-	-	-	-	-

Tablo 8-k'da yatan hasta servislerine; eczane, mescit ve morg giderlerinin dağıtımı gösterilmiştir.

Tablo 8-k
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	ECZANE			MESCİT			MORG		
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
YATAN HASTA SERVİSLERİ	-			-					
Çocuk Hastalıkları Servisi	10.306,22	0,21	266,65	4,43	1,25	47,76	-	-	-
Ortopedi Servisi	219.269,28	4,51	5.673,16	2,22	0,62	23,88	-	-	-
Kadın Doğum Servisi	55.741,27	1,15	1.442,20	6,65	1,87	71,65	4,00	1,49	166,98
Genel Cerrahi Servisi	462.650,06	9,51	11.970,16	8,86	2,50	95,53	-	-	-
KVC Servisi	834.082,31	17,15	21.580,24	5,91	1,67	63,68	2,00	0,75	83,49
Dahiliye Servisi	29.384,62	0,60	760,27	4,43	1,25	47,76	8,00	2,99	333,97
Nöroloji Servisi	1.476,70	0,03	38,21	0,74	0,21	7,96	-	-	-
Kardiyoloji Servisi	20.091,98	0,41	519,84	3,69	1,04	39,80	2,00	0,75	83,49
Plastik Cerrahi servisi	36.933,74	0,76	955,59	1,48	0,42	15,92	-	-	-
Üroloji	35.771,58	0,74	925,52	3,69	1,04	39,80	-	-	-
Göz	6.749,26	0,14	174,62	1,48	0,42	15,92	-	-	-
KBB	9.427,29	0,19	243,91	1,48	0,42	15,92	-	-	-
Beyin Cerrahi	151.763,09	3,12	3.926,57	1,48	0,42	15,92	-	-	-
Çocuk Cerrahi	921,46	0,02	23,84	1,48	0,42	15,92	-	-	-
GENEL TOPLAM	4.864.472,78	100,00	125.858,68	354,50	100,00	3.822,09	268,00	100,00	11.187,91

Tablo 8-1'de yardımcı gider birimleri ve yönetim birimlerine; çamaşırhane, ambar-depo ve arşiv giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir.

Tablo 8-1
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	ÇAMAŞIRHANE			AMBAR-DEPO			ARŞİV		
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
Mutfak Yemekhane									
Hasta yatış-Çıkış									
Destek Hizmetleri (Ev idaresi)									
Kazan Dairesi-Tesisat Karı									
Teknik Servis									
Biyomedikal									
Güvenlik Müdürü									
Çağrı Merkezi									
Santral									
Eczane									
Mescid									
Morg									
Çamaşırhane	-	-	95.240,55						
Depo	15,51	0,03	33,06	-	-	192.421,06			
Arşiv	14,00	0,03	29,85	11.075,25	0,22	421,55	-	-	88.089,60
Merkezi Sterilizasyon	10,34	0,02	22,04	11.075,25	0,22	421,55	-	-	-
YÖNETİM BİRİMLERİ									
Yönetim Kurulu	10,34	0,02	22,04	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Gece idaresi	10,34	0,02	22,04	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Anlaşmalı Kurumlar	15,51	0,03	33,06	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Hasta ilişkileri	211,91	0,47	451,84	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Hemşirelik Hizm. Müdürü	10,34	0,02	22,04	51.180,91	1,01	1.948,07	-	-	-
Başhekimlik	20,67	0,05	44,08	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Resmi Yazılar	20,67	0,05	44,08	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Hasta Hizmetleri	10,34	0,02	22,04	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Mali İşler	56,85	0,13	121,23	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Bilgi İşlem	20,67	0,05	44,08	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Medikal Muhasebe (vezneler)	196,40	0,44	418,78	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Denetim ve İş Geliştirme	-	-	-	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Doktor Hakediş	10,34	0,02	22,04	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Genel Müdürlük	5,17	0,01	11,02	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Satın Alma	25,84	0,06	55,10	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
İnsan Kaynakları	15,51	0,03	33,06	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
İdari Müdür	5,17	0,01	11,02	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Genel Müdür Yrd.	-	-	-	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Kurumsal İletişim	51,68	0,12	110,21	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-
Kalite ve Dokümantasyon	5,17	0,01	11,02	1.845,88	0,04	70,26	-	-	-

Tablo 8-m’de tanı birimleri, özel hizmet birimleri ve polikliniklere; çamaşırhane, ambar-depo ve arşiv giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir.

Tablo 8-m
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	ÇAMAŞIRHANE			AMBAR-DEPO			ARŞİV		
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
TANI BİRİMLERİ									
Laboratuvar	113,71	0,25	242,45	578.030,82	11,43	22.001,29	-	-	-
Radyoloji	77,53	0,17	165,31	334.857,23	6,62	12.745,50	-	-	-
Nükleer Tıp	20,67	0,05	44,08	62.644,57	1,24	2.384,41	-	-	-
Kan Bankası	5,17	0,01	11,02	16.765,96	0,33	638,15	-	-	-
Patoloji Lab	20,67	0,05	44,08	1.705,75	0,03	64,93	-	-	-
EEG	-	-	-	369,18	0,01	14,05	-	-	-
EMG	-	-	-	369,18	0,01	14,05	-	-	-
SFT	5,17	0,01	11,02	369,18	0,01	14,05	-	-	-
Endoskopi	15,51	0,03	33,06	14.350,45	0,28	546,21	-	-	-
Ürodinami	-	-	-	369,18	0,01	14,05	-	-	-
Taş Kirma	-	-	-	4.438,22	0,09	168,93	-	-	-
ÖZEL HİZMET BİRİMLERİ									
Anestezi ve Reanimasyon	113,71	0,25	242,45	69.550,31	1,38	2.647,26	-	-	-
Ameliyathane	248,09	0,56	528,99	1.107,53	0,02	42,16	-	-	-
Doğumhane	-	-	-	19.007,90	0,38	723,49	-	-	-
KVC Yoğun Bakım	36,18	0,08	77,14	35.481,41	0,70	1.350,51	-	-	-
Erişkin Yoğun Bakım	5.391,03	12,07	11.495,20	192.037,78	3,80	7.309,43	579,00	0,22	191,78
Güzellik Merkezi	5,17	0,01	11,02	1.107,53	0,02	42,16	-	-	-
Yenidoğan Yoğun Bakım	4.128,85	9,24	8.803,88	82.901,94	1,64	3.155,45	297,00	0,11	98,37
Anjio	36,18	0,08	77,14	1.274.679,56	25,21	48.517,47	-	-	-
Koroner Yoğun Bakım	25,84	0,06	55,10	41.360,31	0,82	1.574,28	-	-	-
Tüp bebek	36,18	0,08	77,14	92.719,04	1,83	3.529,12	1.490,00	0,56	493,52
POLİKLİNİKLER									
Kardiyoloji Polikliniği	36,18	0,08	77,14	34.208,12	0,68	1.302,05	78.683,00	29,58	26.061,28
KVC Polikliniği	15,51	0,03	33,06	3.189,67	0,06	121,41	2.320,00	0,87	768,43
Kadın Doğum Polikliniği	36,18	0,08	77,14	23.198,22	0,46	882,98	29.419,00	11,06	9.744,12
Diş Polikliniği	10,34	0,02	22,04	6.221,21	0,12	236,79	-	-	-
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	10,34	0,02	22,04	4.941,04	0,10	188,07	4.692,00	1,76	1.554,08
Genel Cerrahi Polikliniği	31,01	0,07	66,12	7.355,44	0,15	279,97	7.962,00	2,99	2.637,16
Havacılık Tıp Merkezi	5,17	0,01	11,02	2.658,80	0,05	101,20	1.601,00	0,60	530,28
Ortopedi Polikliniği	20,67	0,05	44,08	6.590,51	0,13	250,85	6.926,00	2,60	2.294,02
Üroloji Polikliniği	20,67	0,05	44,08	5.133,75	0,10	195,40	4.953,00	1,86	1.640,53
Endokrinoloji Polikliniği	5,17	0,01	11,02	2.476,43	0,05	94,26	1.354,00	0,51	448,47
Nöroloji Polikliniği	28,00	0,06	59,70	7.763,75	0,15	295,51	8.515,00	3,20	2.820,33
KBB Polikliniği	20,67	0,05	44,08	12.481,07	0,25	475,06	14.904,00	5,60	4.936,48
Dahiliye Polikliniği	41,35	0,09	88,16	26.425,55	0,52	1.005,82	33.790,00	12,71	11.191,88
Plastik Cerr. Polikliniği	5,17	0,01	11,02	1.729,95	0,03	65,85	343,00	0,13	113,61
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	10,34	0,02	22,04	3.859,36	0,08	146,90	3.227,00	1,21	1.068,84
Göz Polikliniği	41,35	0,09	88,16	4.052,84	0,08	154,26	12.591,00	4,73	4.170,37
Fizik Tedavi Polikliniği	15,51	0,03	33,06	1.783,14	0,04	67,87	1.098,00	0,41	363,68
Dermatoloji Polikliniği	10,34	0,02	22,04	6.865,92	0,14	261,33	7.299,00	2,74	2.417,57
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	36,18	0,08	77,14	9.591,93	0,19	365,09	18.687,00	7,03	6.189,48
Acil servis	77,53	0,17	165,31	61.327,16	1,21	2.334,26	13.129,00	4,94	4.348,57
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	-	-	-	679,28	0,01	25,86	420,00	0,16	139,11
Çocuk Cerrahi Polikliniği	-	-	-	1.125,98	0,02	42,86	1.025,00	0,39	339,50

Tablo 8-n’de yatan hasta servislerine; çamaşırhane, ambar-depo ve arşiv giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir.

Tablo 8-n
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	ÇAMAŞIRHANE			AMBAR-DEPO			ARŞİV		
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER
YATAN HASTA SERVİSLERİ									
Çocuk Hastalıkları Servisi	3.558,01	7,97	7.586,68	11.413,75	0,23	434,44	1.076,00	0,40	356,39
Ortopedi Servisi	698,51	1,56	1.489,41	220.376,80	4,36	8.388,09	244,00	0,09	80,82
Kadın Doğum Servisi	5.248,52	11,75	11.191,32	56.848,80	1,12	2.163,81	1.834,00	0,69	607,46
Genel Cerrahi Servisi	3.908,02	8,75	8.333,01	463.757,59	9,17	17.651,77	866,00	0,33	286,84
KVC Servisi	4.145,35	9,28	8.839,05	835.189,83	16,52	31.789,40	956,00	0,36	316,65
Dahiliye Servisi	2.390,01	5,35	5.096,18	30.492,15	0,60	1.160,61	546,00	0,21	180,85
Nöroloji Servisi	385,17	0,86	821,29	1.624,37	0,03	61,83	93,00	0,03	30,80
Kardiyoloji Servisi	6.828,84	15,29	14.561,02	21.199,51	0,42	806,91	2.334,00	0,88	773,06
Plastik Cerrahi servisi	502,34	1,12	1.071,12	38.041,27	0,75	1.447,95	214,00	0,08	70,88
Üroloji	2.509,84	5,62	5.351,69	36.879,11	0,73	1.403,71	826,00	0,31	273,59
Göz	1.165,34	2,61	2.484,83	7.856,78	0,16	299,05	713,00	0,27	236,16
KBB	895,34	2,00	1.909,11	10.534,81	0,21	400,98	547,00	0,21	181,18
Beyin Cerrahi	608,34	1,36	1.297,15	152.870,62	3,02	5.818,64	236,00	0,09	78,17
Çocuk Cerrahi	322,34	0,72	687,31	2.028,99	0,04	77,23	167,00	0,06	55,31
GENEL TOPLAM	44.666,00	100,00	95.240,55	5.055.399,53	100,00	192.421,06	265.956,00	100,00	88.089,60

Tablo 8-o'da yardımcı gider birimleri ve yönetim birimlerine; merkezi sterilizasyon giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir. Ayrıca bu dağıtımlar sonucunda oluşan endirekt giderlerle ve direk giderlerin (1. dağıtım giderlerinin) toplamı yer almaktadır.

Tablo 8-o
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	MERKEZİ STERİLİZASYON			ENDİREKT GİDER TOPLAMI	TOPLAM GİDER
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER		
Mutfak Yemekhane					
Hasta yatış-Çıkış					
Destek Hizmetleri (Ev idaresi)					
Kazan Dairesi-Tesisat Karı					
Teknik Servis					
Biyomedikal					
Güvenlik Müdürü					
Çağrı Merkezi					
Santral					
Eczane					
Mescid					
Morg					
Çamaşırhane					
Depo					
Arşiv					
Merkezi Sterilizasyon	-	-	54.987,57		
YÖNETİM BİRİMLERİ					
Yönetim Kurulu	-	-	-	11.820,40	4.966.462,31
Gece idaresi	-	-	-	5.811,15	54.814,03
Anlaşmalı Kurumlar	-	-	-	17.379,20	70.095,46
Hasta İlişkileri	-	-	-	61.935,76	337.450,38
Hemşirelik Hizm. Müdürü	-	-	-	8.521,74	123.386,97
Başhekimlik	-	-	-	12.659,01	995.022,03
Resmi Yazılar	-	-	-	6.807,90	45.099,23
Hasta Hizmetleri	-	-	-	7.392,53	57.059,93
Mali İşler	-	-	-	29.650,23	316.811,74
Bilgi İşlem	-	-	-	12.689,44	169.439,91
Medikal Muhasebe (vezneler)	-	-	-	65.309,51	524.694,17
Denetim ve İş Geliştirme	-	-	-	3.485,45	24.346,33
Doktor Hakediş	-	-	-	6.379,85	45.783,15
Genel Müdürlük	-	-	-	6.981,76	46.564,17
Satın Alma	-	-	-	14.136,65	151.862,59
İnsan Kaynakları	-	-	-	11.242,24	106.333,60
İdari Müdür	-	-	-	8.347,84	84.532,54
Genel Müdür Yrd.	-	-	-	3.485,45	21.394,72
Kurumsal İletişim	-	-	-	17.957,47	540.393,23
Kalite ve Dokümantasyon	-	-	-	8.347,84	80.219,73

Tablo 8-p’de tanı birimleri, özel hizmet birimleri ve polikliniklere; merkezi sterilizasyon giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir. Ayrıca bu dağıtımlar sonucunda oluşan indirekt giderlerle ve direk giderlerin (1. dağıtım giderlerinin) toplamı yer almaktadır.

Tablo 8-p
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	MERKEZİ STERİLİZASYON			ENDİREKT GİDER TOPLAMI	TOPLAM GİDER
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER		
TANI BİRİMLERİ					
Laboratuvar	-	-	-	128.306,45	1.273.447,25
Radyoloji	-	-	-	136.101,52	1.514.237,68
Nükleer Tıp	-	-	-	29.901,48	314.631,16
Kan Bankası	-	-	-	8.258,36	51.870,45
Patoloji Lab	-	-	-	30.516,02	159.576,01
EEG	-	-	-	1.279,16	14.007,08
EMG	-	-	-	1.911,71	14.905,44
SFT	-	-	-	2.884,50	18.980,29
Endoskopi	-	-	-	33.620,13	163.238,04
Ürodinami	-	-	-	3.093,99	16.728,00
Taş Kırma	-	-	-	4.287,53	24.063,95
ÖZEL HİZMET BİRİMLERİ					
Anestezi ve Reanimasyon	0,10	10,00	5.498,76	41.755,29	1.373.164,69
Ameliyathane	0,30	30,00	16.496,27	263.451,40	950.482,02
Doğumhane	0,07	7,00	3.849,13	23.063,51	106.640,08
KVC Yoğun Bakım	0,06	6,00	3.299,25	58.215,76	276.334,99
Erişkin Yoğun Bakım	-	-	-	220.224,62	859.534,49
Güzellik Merkezi	-	-	-	9.629,72	33.909,88
Yenidoğan Yoğun Bakım	0,05	5,00	2.749,38	141.699,76	896.896,31
Anjio	0,07	7,00	3.849,13	173.477,44	1.795.554,50
Koroner Yoğun Bakım	0,05	5,00	2.749,38	34.793,03	196.054,00
Tüp bebek	0,12	12,00	6.598,51	37.668,51	572.873,12
POLİKLİNİKLER					
Kardiyoloji Polikliniği	-	-	-	62.563,69	1.082.642,95
KVC Polikliniği	-	-	-	22.526,23	144.319,75
Kadın Doğum Polikliniği	-	-	-	48.532,83	540.580,02
Diş Polikliniği	-	-	-	17.273,96	285.600,02
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	-	-	-	12.873,86	170.579,42
Genel Cerrahi Polikliniği	-	-	-	22.842,04	178.517,31
Havacılık Tıp Merkezi	-	-	-	13.487,64	168.531,64
Ortopedi Polikliniği	-	-	-	15.571,89	202.724,36
Üroloji Polikliniği	-	-	-	14.767,68	195.342,31
Endokrinoloji Polikliniği	-	-	-	11.331,17	63.889,86
Nöroloji Polikliniği	-	-	-	23.125,64	221.230,08
KBB Polikliniği	-	-	-	23.409,80	240.089,18
Dahiliye Polikliniği	-	-	-	44.171,05	534.394,58
Plastik Cerr. Polikliniği	-	-	-	9.337,69	62.417,90
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	-	-	-	11.169,75	96.176,62
Göz Polikliniği	-	-	-	45.379,48	271.577,84
Fizik Tedavi Polikliniği	-	-	-	12.507,60	118.774,08
Dermatoloji Polikliniği	-	-	-	15.201,60	115.212,58
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	-	-	-	54.390,34	834.034,78
Acil servis	-	-	-	122.249,99	827.740,94
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	-	-	-	4.716,96	25.066,44
Çocuk Cerrahi Polikliniği	0,18	18,00	9.897,76	14.861,32	121.730,20

Tablo 8-r’de yatan hasta servislerine; merkezi sterilizasyon giderlerinin dağıtımı gösterilmiştir. Ayrıca bu dağıtımlar sonucunda oluşan indirekt giderlerle ve direk giderlerin (1. dağıtım giderlerinin) toplamı yer almaktadır.

Tablo 8-r
(Para Birimi TL)

YARDIMCI GİDER BİRİMLERİ	MERKEZİ STERİLİZASYON			ENDİREKT GİDER TOPLAMI	TOPLAM GİDER
	KRİTER DEĞERİ	DAĞITIM ORANI	DAĞITILAN GİDER		
YATAN HASTA SERVİSLERİ					
Çocuk Hastalıkları Servisi	-	-	-	94.277,99	308.668,03
Ortopedi Servisi	-	-	-	37.606,39	362.421,31
Kadın Doğum Servisi	-	-	-	148.741,22	793.847,86
Genel Cerrahi Servisi	-	-	-	148.537,05	1.216.279,53
KVC Servisi	-	-	-	168.714,90	1.837.529,96
Dahiliye Servisi	-	-	-	117.274,45	323.243,13
Nöroloji Servisi	-	-	-	16.426,69	41.732,56
Kardiyoloji Servisi	-	-	-	197.764,99	1.066.440,00
Plastik Cerrahi servisi	-	-	-	23.038,77	136.613,12
Üroloji	-	-	-	64.929,35	252.951,89
Göz	-	-	-	36.175,33	192.818,56
KBB	-	-	-	30.531,51	192.345,85
Beyin Cerrahi	-	-	-	32.291,45	269.574,17
Çocuk Cerrahi	-	-	-	17.408,13	50.263,44
GENEL TOPLAM	1,00	100,00	54.987,57	3.460.491,72	32.934.797,93

Genel Yönetim Giderlerinin Yüklenmesi

Genel yönetim birimleri, hastanenin idari ve mali işlevlerini gerçekleştiren, hastane birimlerinin birbirleriyle eşgüdüm içinde çalışmasını sağlayan birimlerdir. Yönetim birimlerinde biriken maliyetler, esas üretim gider merkezlerine yüklenirken, esas üretim gider merkezlerinin ikinci dağıtım sonrasında oluşan toplam maliyetleri dikkate alınmıştır. Özel Medixy Hastanesinin genel yönetim birimleri raporun önceki kısımlarında verildiğinden tekrar sıralanmamıştır.

Özel Medixy Hastanesinin toplam yönetim gideri, 8.761.766,22 TL olup, toplam giderlerin % 26,60'ını oluşturmaktadır. Bu oran diğer hastanelere göre oldukça yüksektir. Finansman giderleri ve huzur haklarının da yansıtılmasından dolayı, bu oranın yüksek çıkması beklenmektedir. Finansman giderleri göz ardı edilse bile genel yönetim giderlerinin toplam giderler içindeki payının beklenilenden yüksek olduğu düşünülmektedir.

Ameliyathane Giderlerinin Yüklenmesi

Cerrahi ünitelerin gider hesaplamasında ayrıca ameliyathane giderlerinin de dikkate alınması gerekmektedir. Ameliyathane giderleri (ilaç ve tıbbi malzeme hariç), cerrahi ünitelere dağıtılırken bölümlerin yaptığı ameliyatların dikkate alınması gerekmektedir.

Ameliyathane giderlerinin cerrahi bölümlere yüklenebilmesi için yapılan ameliyatların bir skor içinde birleştirilmesi gerekmektedir. Farklı kategorilerdeki ameliyatları ortak bir ameliyat skoru halinde ifade edebilmek için, ameliyatların SUT puan ortanca değerleri kullanılmıştır. Cerrahi bölümlerde yapılan ameliyatların kategorilerine göre ortanca puanları aşağıda verilmiştir.

Ameliyathane Kategorileri ve Puan Medyanları				
A	B	C	D	E
2.649	699	399	224	24

Herhangi bir cerrahi kliniğin ameliyat skoru, her kategorideki ameliyat sayısının, o kategoriye ait ortanca puan ile çarpılmasıyla hesaplanmaktadır. Örneğin genel

cerrahi kliniğini tarafından gerçekleştirilen ameliyatların kategorilerine göre dağılımı aşağıdaki gibidir.

Ameliyat Kategorileri					
	A	B	C	D	E
Puanlar	2.649	699	399	224	24
Genel Cerrahi Ameliyat Sayısı	259	200	421	83	70

Bu durumda Genel Cerrahi Servisinin ameliyat skoru:

= 2649x259 + 699x200 + 399x421 + 224x83 + 24x70=1.014.142 olacaktır. Tablo 9’da cerrahi bölümlerin ameliyathane kullanım skorları özetlenmiştir.

Tablo 9.

Ameliyat İstatistikleri ve Ameliyathane Kullanım Skorları

Kategoriler	A	B	C	D	E	Ameliyathane Kullanım Skoru
<i>Katsayılar</i>	<i>2.649</i>	<i>699</i>	<i>399</i>	<i>224</i>	<i>24</i>	
Ortopedi Servisi	90	34	91	20	10	303.205
Kadın Doğum Servisi	544	1	1.081	55	986	1.909.058
Genel Cerrahi Servisi	259	200	421	83	70	1.014.142
KVC Servisi	86	546	223	20	779	721.621
Plastik Cerrahi	40	2	163	22	14	177.659
Üroloji	192	39	144	489	11	703.125
Göz	36	0	686	6	23	370.974
KBB	68	0	468	325	35	440.504
Beyin Cerrahisi	215	0	52	3	0	590.955
Çocuk Cerrahisi	12	0	60	101	9	78.568

Ameliyathane maliyetlerini kliniklere yüklerken öncelikle bir puanlık hizmete düşen maliyet hesaplanmıştır. Ameliyathane toplam gideri, 1.294.994,09 TL ve toplam ameliyat puanı 6.309.811 olduğuna göre, bir puanlık ameliyat hizmetinin maliyeti, 1.294.994,09 / 6.309.811=0,205235 TL olacaktır.

Genel cerrahi ünitesinin toplam ameliyathane kullanım skoru 1.014.142 olduğundan, genel cerrahiye eklenecek ameliyathane gideri:

$1.014.142 \times 0,205235 = 208.137,44\text{TL}$ olacaktır.

Tahlil ve Tetkik Giderlerinin Yüklenmesi

Bölüm gelirleri içinde yer alan ancak bölüm tarafından doğrudan verilmeyen tetkik ve tahlil hizmetlerinin giderlerinin de saptanması ve bölümün giderleri içinde sayılması gerekmektedir. Bu sorunu gidermek için öncelikle, radyoloji ve laboratuvar gelir gider etkinlikleri hesaplanmıştır.

Laboratuvar ve radyolojinin gelir – gider etkinliği, bir birimlik gelir için ne tutarda bir gidere katlanıldığını ortaya koyan bir orandır. Örneğin, bir laboratuvarın geliri 100 TL, gideri 80 TL olsun. Bu durumda gelir gider etkinlik oranı $80 / 100 = 0,80$ olacaktır. Bu oran, laboratuvar da 1 TL gelir için 0.80 TL harcama yapılması gerektiğini anlatmaktadır.

Sonuç olarak, bölümlerin tetkik (radyoloji, Nükleer Tıp vb) ve laboratuvar (biyokimya, patoloji vb) gelirlerini, gelir gider etkinlik oranları ile çarpılarak, bölümlere yüklenecek tahlil ve tetkik giderleri hesaplanmıştır.

Tablo 10'un türevlerinde hastanenin esas üretim gider merkezlerinin, direkt ve indirekt maliyetleri ile ilgili nihai sonuçlar sunulmuştur. Tablolarda ki gider rakamları TL cinsindedir.

Tablo 10-a'da yan hizmet birimleri ve özel hizmet birimlerine; yönetim giderleri ve laboratuvar giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir. Ayrıca tabloda direkt giderlerle (1. dağıtım giderlerinin) ve indirekt giderlerin (2. Dağıtım giderlerinin) toplamı da yer almaktadır.

Tablo 10-a
(Para Birimi TL)

BÖLÜMLER	DİREKT GİDERLER	ENDİREKT GİDERLER	YÖNETİM GİDERİ YÜKLEME ORANI	YÖNETİM GİDERİ	LAB ORAN	LAB GİDER
Laboratuvar	1.145.140,81	128.306,45	5,27	461.574,17	0,09	149.179,87
Radyoloji	1.378.136,16	136.101,52	6,26	548.851,16	0,00	2.672,06
Nükleer Tıp	284.729,68	29.901,48	1,30	114.041,33	-	-
Kan Bankası	43.612,09	8.258,36	0,21	18.800,98	-	-
Patoloji Lab	129.059,99	30.516,02	0,66	57.839,98	-	-
EEG	12.727,93	1.279,16	0,06	5.077,01	-	-
EMG	12.993,73	1.911,71	0,06	5.402,63	-	-
SFT	16.095,79	2.884,50	0,08	6.879,60	-	-
Endoskopi	129.617,91	33.620,13	0,68	59.167,32	-	-
Ürodinami	13.634,01	3.093,99	0,07	6.063,24	-	-
Taş Kırma	19.776,42	4.287,53	0,10	8.722,23	-	-
ÖZEL HİZMET BİRİMLERİ						
Anestezi ve Reanimasyon	1.331.409,41	41.755,29	5,68	497.717,79	0,01	20.951,85
Ameliyathane	687.030,62	263.451,40	3,93	344.512,07	-	-
Doğumhane	83.576,57	23.063,51	0,44	38.652,80	-	-
KVC Yoğun Bakım	218.119,23	58.215,76	1,14	100.160,49	0,00	1.241,57
Erişkin Yoğun Bakım	639.309,87	220.224,62	3,56	311.547,20	-	-
Güzellik Merkezi	24.280,17	9.629,72	0,14	12.290,99	-	-
Yenidoğan Yoğun Bakım	755.196,55	141.699,76	3,71	325.089,37	0,00	7.567,06
Anjio	1.622.077,06	173.477,44	7,43	650.817,36	0,01	11.618,02
Koronar Yoğun Bakım	161.260,96	34.793,03	0,81	71.061,81	0,01	9.509,40
Tüp bebek	535.204,61	37.668,51	2,37	207.643,81	0,01	19.433,76

Tablo 10-b'de polikliniklere; yönetim giderleri ve laboratuvar giderlerinin dağıtımı gösterilmiştir. Ayrıca tabloda direk giderlerle (1. dağıtım giderlerinin) ve indirekt giderlerin (2. Dağıtım giderlerinin) toplamı da yer almaktadır.

Tablo 10-b
(Para Birimi TL)

BÖLÜMLER	DİREKT GİDERLER	ENDİREKT GİDERLER	YÖNETİM GİDERİ YÜKLEME ORANI	YÖNETİM GİDERİ	LAB ORAN	LAB GİDER
POLİKLİNİKLER						
Kardiyoloji Polikliniği	1.020.079,27	62.563,69	4,48	392.415,17	0,08	143.536,96
KVC Polikliniği	121.793,51	22.526,23	0,60	52.310,19	0,00	8.518,00
Kadın Doğum Polikliniği	492.047,19	48.532,83	2,24	195.938,84	0,11	184.805,59
Diş Polikliniği	268.326,06	17.273,96	1,18	103.518,69	0,00	71,26
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	157.705,56	12.873,86	0,71	61.828,28	0,00	1.772,71
Genel Cerrahi Polikliniği	155.675,27	22.842,04	0,74	64.705,45	0,05	88.783,32
Havacılık Tıp Merkezi	155.044,00	13.487,64	0,70	61.086,04	0,00	2.037,73
Ortopedi Polikliniği	187.152,47	15.571,89	0,84	73.479,55	0,00	6.234,56
Üroloji Polikliniği	180.574,62	14.767,68	0,81	70.803,85	0,01	25.696,53
Endokrinoloji Polikliniği	52.558,69	11.331,17	0,26	23.157,54	0,00	459,51
Nöroloji Polikliniği	198.104,43	23.125,64	0,92	80.187,14	0,01	23.661,40
KBB Polikliniği	216.679,39	23.409,80	0,99	87.022,82	0,00	7.206,28
Dahiliye Polikliniği	490.223,53	44.171,05	2,21	193.696,86	0,33	564.060,17
Plastik Cerr. Polikliniği	53.080,21	9.337,69	0,26	22.624,02	0,00	2.701,01
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	85.006,87	11.169,75	0,40	34.860,21	0,00	7.602,69
Göz Polikliniği	226.198,36	45.379,48	1,12	98.436,21	0,00	238,29
Fizik Tedavi Polikliniği	106.266,48	12.507,60	0,49	43.050,90	0,00	5.876,01
Dermatoloji Polikliniği	100.010,98	15.201,60	0,48	41.759,99	0,01	21.627,01
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	779.644,45	54.390,34	3,45	302.304,56	0,06	109.323,55
Acil servis	705.490,95	122.249,99	3,42	300.023,29	0,00	1.506,95
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	20.349,48	4.716,96	0,10	9.085,59	0,09	147.588,29
Çocuk Cerrahi Polikliniği	106.868,88	14.861,32	0,50	44.122,38	0,01	8.726,97

Tablo 10-c'de yatan hasta servislerine; yönetim giderleri ve laboratuvar giderlerinin dağıtımını gösterilmiştir. Ayrıca tabloda direk giderlerle (1. dağıtım giderlerinin) ve endirekt giderlerin (2. Dağıtım giderlerinin) toplamı da yer almaktadır.

Tablo 10-c
(Para Birimi TL)

BÖLÜMLER	DİREKT GİDERLER	ENDİREKT GİDERLER	YÖNETİM GİDERİ YÜKLEME ORANI	YÖNETİM GİDERİ	LAB ORAN	LAB GİDER
YATAN HASTA SERVİSLERİ						
Çocuk Hastalıkları Servisi	214.390,04	94.277,99	1,28	111.879,93	0,01	17.246,82
Ortopedi Servisi	324.814,93	37.606,39	1,50	131.363,37	0,00	3.885,05
Kadın Doğum Servisi	645.106,64	148.741,22	3,28	287.738,39	0,00	8.354,31
Genel Cerrahi Servisi	1.067.742,48	148.537,05	5,03	440.853,14	0,01	18.230,06
KVC Servisi	1.668.815,06	168.714,90	7,60	666.031,81	0,02	30.941,17
Dahiliye Servisi	205.968,68	117.274,45	1,34	117.162,83	0,03	58.387,03
Nöroloji Servisi	25.305,87	16.426,69	0,17	15.126,40	0,00	1.950,13
Kardiyoloji Servisi	868.675,01	197.764,99	4,41	386.542,25	0,00	1.611,25
Plastik Cerrahi servisi	113.574,35	23.038,77	0,57	49.516,84	0,00	2.582,24
Üroloji	188.022,54	64.929,35	1,05	91.685,04	0,00	3.454,12
Göz	156.643,23	36.175,33	0,80	69.889,09	0,00	66,44
KBB	161.814,34	30.531,51	0,80	69.717,75	0,00	2.175,80
Beyin Cerrahi	237.282,72	32.291,45	1,12	97.709,96	0,00	900,46
Çocuk Cerrahi	32.855,31	17.408,13	0,21	18.218,51	0,00	1.028,14
TOPLAM	21.032.881,40	3.140.150,31	100,00	8.761.766,22	1,00	1.735.021,42

Tablo 10-d'de yan hizmet birimleri ve özel hizmet birimlerine; radyoloji ve ameliyathane giderlerinin dağıtımı gösterilmiştir. Ayrıca tabloda şuna kadar ki dağıtımlar sonucunda oluşan toplam gider de yer almaktadır.

Tablo 10-d
(Para Birimi TL)

BÖLÜMLER	RAD ORAN	RAD GİDER	AMELİYAT SKORU	AMELİYATHANE GİDERİ	TOPLAM GİDER
Laboratuvar	-	-		-	149.179,87
Radyoloji	0,49	1.224.896,57		-	1.224.896,57
Nükleer Tıp	-	-		-	-
Kan Bankası	-	-		-	70.671,43
Patoloji Lab	-	-		-	217.415,99
EEG	-	-		-	19.084,10
EMG	-	-		-	20.308,08
SFT	-	-		-	25.859,89
Endoskopi	-	-		-	222.405,36
Ürodinami	-	-		-	22.791,24
Taş Kırma	-	-		-	32.786,18
ÖZEL HİZMET BİRİMLERİ					
Anestezi ve Reanimasyon	0,00	8.425,80		-	1.900.260,14
Ameliyathane	-	-		-	-
Doğumhane	-	-		-	145.292,88
KVC Yoğun Bakım	0,00	241,98		-	377.979,02
Erişkin Yoğun Bakım	-	-		-	1.171.081,69
Güzellik Merkezi	-	-		-	46.200,87
Yenidoğan Yoğun Bakım	0,00	1.655,58		-	1.231.208,32
Anjio	0,00	2.390,60		-	2.460.380,48
Koroner Yoğun Bakım	0,00	1.476,53		-	278.101,72
Tüp bebek	0,01	23.303,28		-	823.253,97

Tablo 10-e’de polikliniklere; radyoloji ve ameliyathane giderlerinin dağıtımı gösterilmiştir. Ayrıca tabloda şuna kadar ki dağıtımlar sonucunda oluşan toplam gider de yer almaktadır.

Tablo 10-e
(Para Birimi TL)

BÖLÜMLER	RAD ORAN	RAD GİDER	AMELİYAT SKORU	AMELİYATHANE GİDERİ	TOPLAM GİDER
POLİKLİNİKLER					
Kardiyoloji Polikliniği	0,04	89.708,00		-	1.708.303,09
KVC Polikliniği	0,01	23.942,94		-	229.090,88
Kadın Doğum Polikliniği	0,01	29.975,54		-	951.299,99
Diş Polikliniği	0,00	434,65		-	389.624,63
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	0,03	79.164,08		-	313.344,49
Genel Cerrahi Polikliniği	0,04	90.951,63		-	422.957,72
Havacılık Tıp Merkezi	0,00	2.724,70		-	234.380,11
Ortopedi Polikliniği	0,04	107.556,70		-	389.995,17
Üroloji Polikliniği	0,04	87.439,37		-	379.282,05
Endokrinoloji Polikliniği	0,00	426,87		-	87.933,78
Nöroloji Polikliniği	0,04	104.099,58		-	429.178,20
KBB Polikliniği	0,02	38.855,45		-	373.173,74
Dahiliye Polikliniği	0,10	256.720,81		-	1.548.872,42
Plastik Cerr. Polikliniği	0,00	3.515,51		-	91.258,43
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	0,01	15.965,42		-	154.604,94
Göz Polikliniği	0,00	1.666,61		-	371.918,94
Fizik Tedavi Polikliniği	0,01	13.771,39		-	181.472,37
Dermatoloji Polikliniği	0,00	397,68		-	178.997,26
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	0,03	63.457,51		-	1.309.120,40
Acil servis	0,00	1.693,85		-	1.130.965,04
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	0,05	130.170,38		-	311.910,70
Çocuk Cerrahi Polikliniği	0,00	1.365,59		-	175.945,14

Tablo 10-f’de yatan hasta servislerine; radyoloji ve ameliyathane giderlerinin dağıtımı gösterilmiştir. Ayrıca tabloda şuna kadar ki dağıtımlar sonucunda oluşan toplam gider de yer almaktadır.

Tablo 10-f
(Para Birimi TL)

BÖLÜMLER	RAD ORAN	RAD GİDER	AMELİYAT SKORU	AMELİYATHANE GİDERİ	TOPLAM GİDER
YATAN HASTA SERVİSLERİ					
Çocuk Hastalıkları Servisi	0,00	8.599,01		-	446.393,80
Ortopedi Servisi	0,00	3.501,88	303.205,00	62.228,28	563.399,89
Kadın Doğum Servisi	0,00	1.156,05	1.909.058,00	391.805,53	1.482.902,14
Genel Cerrahi Servisi	0,00	11.543,63	1.014.142,00	208.137,44	1.895.043,79
KVC Servisi	0,00	11.063,56	721.621,00	148.101,89	2.693.668,39
Dahiliye Servisi	0,02	42.178,29		-	540.971,27
Nöroloji Servisi	0,00	4.533,37		-	63.342,46
Kardiyoloji Servisi	0,00	829,09		-	1.455.422,59
Plastik Cerrahi servisi	0,00	445,03	177.659,00	36.461,85	225.619,07
Üroloji	0,00	973,11	703.125,00	144.305,86	493.370,01
Göz	-	-	370.974,00	76.136,85	338.910,94
KBB	0,00	1.276,07	440.504,00	90.406,84	355.922,31
Beyin Cerrahi	0,00	1.440,84	590.955,00	121.284,65	490.910,08
Çocuk Cerrahi	0,00	498,88	78.568,00	16.124,90	86.133,87
TOPLAM	1,00	2.494.433,39	6.309.811,00	1.294.994,09	32.934.797,93

7.3.10. Birim (Ortalama) Maliyetler

Birim maliyetler, bir bölümde biriken toplam maliyetin, o bölümde gerçekleştirilen hizmet miktarına bölünmesiyle hesaplanırlar. Bu başlıkta, tıp uzmanlıklarına göre birim poliklinik maliyetleri ile hasta günü maliyetleri verilmiştir.

Poliklinik Birim Maliyetleri

Poliklinik birim maliyeti, herhangi bir poliklinikte ayaktan sunulan bir muayene hizmetinin maliyetidir. Dallara göre polikliniklerde biriken toplam maliyetler ve verilen hizmet (poliklinik) sayıları Tablo 11’de sunulmuştur. **Bu maliyet, poliklinik hastalarına sunulan tanı hizmetlerinin (radyoloji, laboratuvar v.b.) içermemektedir.**

Tablo 11.

Poliklinik Birim ve Ortalama Maliyetleri (TL)

BÖLÜMLER	TOPLAM GİDER	POLİKLİNİK SAYISI	ORTALAMA POLİKLİNİK MALİYET
Kardiyoloji Polikliniği	1.708.303	29.193	58,52
KVC Polikliniği	229.091	2.320	98,75
Kadın Doğum Polikliniği	951.300	29.419	32,34
Diş Polikliniği	389.625	4.034	96,59
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	313.344	4.692	66,78
Genel Cerrahi Polikliniği	422.958	7.962	53,12
Havacılık Tıp Merkezi	234.380	1.601	146,40
Ortopedi Polikliniği	389.995	6.926	56,31
Üroloji Polikliniği	379.282	4.953	76,58
Endokrinoloji Polikliniği	87.934	1.354	64,94
Nöroloji Polikliniği	429.178	5.886	72,92
KBB Polikliniği	373.174	14.904	25,04
Dahiliye Polikliniği	1.548.872	33.790	45,84
Plastik Cerr. Polikliniği	91.258	343	266,06
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	154.605	3.227	47,91
Göz Polikliniği	371.919	12.591	29,54
Fizik Tedavi Polikliniği	181.472	1.098	165,28
Dermatoloji Polikliniği	178.997	7.299	24,52
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	1.309.120	18.687	70,06
Acil servis	1.130.965	13.129	86,14
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	311.911	420	742,64
Çocuk Cerrahi Polikliniği	175.945	1.025	171,65
TOPLAM	11.363.630	204.853	55,47

Hastane genelinde ortalama poliklinik maliyeti 55,47 TL’dir. Hastane genelindeki ortalama poliklinik maliyeti esas alındığında,

Dermatoloji Polikliniği

KBB Polikliniği

Göz Polikliniği

Kadın Doğum Polikliniği

Dâhiliye Polikliniği
Göğüs Hastalıkları Polikliniği
Genel Cerrahi Polikliniği

Ortalamanın altında maliyetle hizmet veren birimlerdir.

Plastik Cerrahi Polikliniği, Çocuk Cerrahi Polikliniği, Fizik Tedavi Polikliniği, Havacılık Tıp Merkezi ve Enfeksiyon Hastalıkları Poliklinikleri ise en yüksek maliyetle hizmet sunan polikliniklerdir. Bu bölümlerde nispeten az poliklinik yapılmasından dolayı, birim maliyetlerin yüksek çıktığı söylenebilir. Fizik tedavi bölümünün maliyetinin yüksek çıkmasının nedeninin, poliklinik sayısının yetersizliği yanında hastalara ayaktan uygulanan işlem veya testlerin giderleri olabileceği düşünülmektedir.

Acil servis maliyeti, ilaç ve tıbbi malzeme dahil 86,14 TL'dir. Acil servis birim maliyeti, diğer hastanelerle kıyaslandığında az da olsa düşük görülmektedir. Acil servise ortalama günde 36 hasta başvurduğu anlaşılmaktadır. Gözlemlerimize göre acil servisin personel ve fiziksel kapasitesi daha fazla hizmet sunumuna elverişli görünmektedir. Bu konudaki tespitler öneriler kısmında ayrıntılı olarak açıklanacaktır.

Yataklı Tedavi Hizmetleri Birim Maliyetleri

Servis birim maliyeti, herhangi bir yataklı serviste sunulan bir hasta günü hizmetinin maliyetidir. Dallara göre kliniklerde biriken toplam maliyetler ve verilen hizmet (hasta günü) sayıları Tablo 12'de sunulmuştur. **Bu maliyet, yatan hastalara sunulan tanı hizmetlerinin (radyoloji, laboratuvar vb.) içermektedir.** Cerrahi kliniklerde, ameliyathanede kullanılan malzeme giderleri, ilgili bölümün tıbbi sarf giderleri içinde yer almaktadır.

Tablo 12'de ortalama hasta günü maliyetleri ilaç ve tıbbi malzeme dahil ve hariç olarak ayrı ayrı verilmiştir. Böyle bir ayrıma gidilmesinin temel amacı şu şekilde özetlenebilir: İlaç ve tıbbi malzeme giderleri, değişken maliyetlerdir. Üretim miktarından doğrudan etkilenirler. İlaç ve tıbbi malzeme hariç maliyetler, hasta

günü başına düşen değişken maliyetin miktarının ne olduğunu göstermesi bakımından önem taşımaktadır.

Tablo 12.

Servis (Hasta Günü) Maliyetleri (Gider ve Maliyetler rakamları TL cinsindedir)

KLİNİKLER	TOPLAM MALİYET	HASTA GÜNÜ SAYISI	İLAÇ GİDERİ	ORT. MALİYET (1)	ORT. MALİYET (2)
Çocuk Hastalıkları Servisi	446.393,80	3.527	10.306,22	126,56	123,64
Ortopedi Servisi	563.399,89	683	219.269,28	824,89	503,85
Kadın Doğum Servisi	1.482.902,14	5.202	55.741,27	285,06	274,35
Genel Cerrahi Servisi	1.895.043,79	3.846	462.650,06	492,73	372,44
KVC Servisi	2.693.668,39	4.104	834.082,31	656,35	453,12
Dahiliye Servisi	540.971,27	2.359	29.384,62	229,32	216,87
Nöroloji Servisi	63.342,46	380	1.476,70	166,69	162,80
Kardiyoloji Servisi	1.455.422,59	6.803	20.091,98	213,94	210,98
Plastik Cerrahi servisi	225.619,07	492	36.933,74	458,58	383,51
Üroloji	493.370,01	2.484	35.771,58	198,62	184,22
Göz	338.910,94	1.155	6.749,26	293,43	287,59
KBB	355.922,31	885	9.427,29	402,17	391,52
Beyin Cerrahi	490.910,08	598	151.763,09	820,92	567,14
Çocuk Cerrahi	86.133,87	312	921,46	276,07	273,12
TOPLAM	11.132.010,62	32.830	1.874.568,87	339,08	281,98

(1) İlaç ve tıbbi malzeme dahil maliyetler

(2) İlaç ve tıbbi malzeme hariç maliyetler

7.3.11. Gelir Özeti

Bu bölümde, Özel Medixy Hastanesinin bölümlere göre gelirleri ele alınmaktadır. Gelirler ile ilgili veriler, hastane bilgi sisteminden alınmıştır.

Gelir Grupları ve Sınıflandırılması

Hastane bölümleri tarafından verilen hizmetler karşılığı elde edilen gelirler şu şekilde gruplandırılmıştır:

1. Tıbbi uygulamalar
2. Tahlil gelirleri (Laboratuvar gelirleri)
3. Tetkik Gelirleri (Radyoloji nükleer tıp)
4. İlaç geliri
5. Malzeme Geliri
6. Paket gelirler (yatak geliri dahil)

Hastane gelirlerinin türlerine göre dağılımı, Tablo 13 ve Şekil 7’de sunulmuştur.

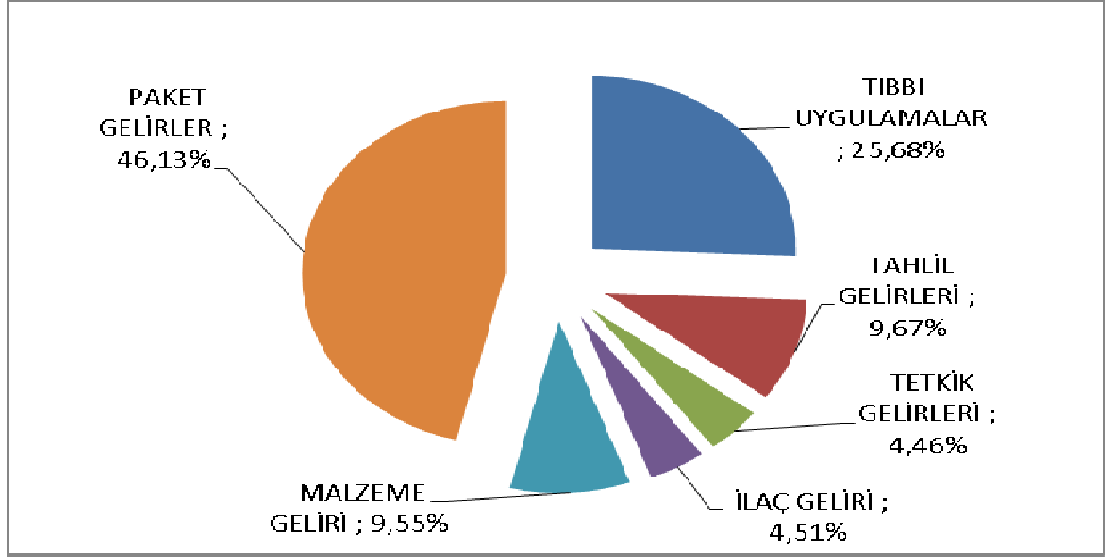
Tablo 13.

Gelir Kalemlerine göre Hastane Gelirleri (TL)

GELİR KALEMLERİ	TUTAR
TIBBİ UYGULAMALAR	8.646.505,29
TAHLİL GELİRLERİ	3.256.938,83
TETKİK GELİRLERİ	1.500.276,20
İLAÇ GELİRİ	1.519.938,89
MALZEME GELİRİ	3.214.654,75
PAKET GELİRLER	15.535.013,83
TOPLAM GELİR	33.673.327,80

Şekil 7.

Gelir Kalemlerine göre Hastane Gelirleri



Tablo 14.

Hastane Gelirlerinin Tür ve Bölümlere Göre Dağılımı (TL)

BÖLÜMLER	TIBBİ UYGULAMALAR	TAHLİL GELİRLERİ	TETKİK GELİRLERİ	İLAÇ GELİRİ	MALZEME GELİRİ	PAKET GELİRLER	TOPLAM GELİR(1)
Laboratuvar	3.990,93	4.152.346,53	1.584,18	588,54	54,89	14.383,37	20.601,91
Radyoloji	1.970,69	5.488,20	3.152.419,06	774,55	17.387,82	11.033,58	36.654,84
Nükleer Tıp	-	-	-	-	-	-	-
Kan Bankası	-	-	-	-	-	-	-
Patoloji Lab	-	-	-	-	-	-	-
EEG	-	-	-	-	-	-	-
EMG	-	-	-	-	-	-	-
SFT	-	-	-	-	-	-	-
Endoskopi	-	-	-	-	-	-	-
Ürodinami	-	-	-	-	-	-	-
Taş Kırma	-	-	-	-	-	-	-

(1) Laboratuvar gelirlerini hesaplariken tahlil gelirleri, Radyoloji gelirlerini hesaplariken tetkik gelirleri ihmal edilmiştir. Laboratuvar ve Radyoloji birimleri bir hizmet tipi (Tanı Birimleri) olduğundan ilgili poliklinik ve servislere ciro olarak eklenmiştir. Verilen tablo bilgilendirme amaçlıdır. Diğer tanı birimleri içinde (Yukarıda tabloda yer alan tüm birimler) hesaplamada aynı prosedür uygulanmıştır.(Örn; Nükleer Tıp, Kan Bankası, EEG, EMG vs.)

Tablo 14-a

Hastane Gelirlerinin Tür ve Bölümlere Göre Dağılımı (TL)

ÖZEL HİZMET BİRİMLERİ	TIBBİ UYGULAMALAR	TAHLİL GELİRLERİ	TETKİK GELİRLERİ	İLAÇ GELİRİ	MALZEME GELİRİ	PAKET GELİRLER	TOPLAM GELİR(2)
Anestezi ve Reanimasyon	388.143,65	43.033,47	9.901,48	82.758,32	160.488,14	1.323.648,99	2.007.974,04
Ameliyathane	-	-	-	-	-	-	-
Doğumhane	-	-	-	-	-	-	-
KVC Yoğun Bakım	2.518,06	2.550,08	284,36	465,80	8.475,11	11.997,20	26.290,61
Erişkin Yoğun Bakım	-	-	-	-	-	-	-
Güzellik Merkezi	-	-	-	-	-	-	-
Yenidoğan Yoğun Bakım	20.282,48	15.542,15	1.945,53	10.276,56	177.609,89	599.240,79	824.897,40
Anjio	439.826,81	23.862,51	2.809,28	13.007,32	917.962,77	1.492.628,25	2.890.096,93
Koronere Yoğun Bakım	60.662,95	19.531,56	1.735,12	15.719,02	146.580,48	234.109,62	478.338,75
Tüp bebek	154.301,62	39.915,44	27.384,59	50.642,55	21.466,42	480.224,05	773.934,66
POLİKLİNİKLER							
Kardiyoloji Polikliniği	973.450,85	294.813,74	105.419,35	21.400,86	67.854,26	688.221,45	2.151.160,51
KVC Polikliniği	14.403,95	17.495,31	28.136,27	9.194,01	808,10	46.162,94	116.200,59
Kadın Doğum Polikliniği	372.729,57	379.576,29	35.225,42	16.302,98	13.453,30	584.938,22	1.402.225,79
Diş Polikliniği	332.585,43	146,37	510,78	392,61	89,96	-	333.725,15
Beyin ve Sinir Cerr. Polikliniği	42.941,99	3.641,01	93.028,78	14.859,08	587,78	92.052,96	247.111,60
Genel Cerrahi Polikliniği	216.843,02	182.354,03	106.880,79	28.586,83	7.499,30	135.190,11	677.354,07
Havacılık Tıp Merkezi	75.053,19	4.185,33	3.201,90	1.751,13	-	1.018.743,95	1.102.935,49
Ortopedi Polikliniği	94.896,55	12.805,29	126.394,05	7.137,18	6.778,87	126.442,08	374.454,02
Üroloji Polikliniği	82.929,85	52.778,67	102.753,39	19.848,70	4.088,52	95.548,36	357.947,49
Endokrinoloji Polikliniği	-	943,80	501,63	-	-	-	1.445,43
Nöroloji Polikliniği	91.799,10	48.598,67	122.331,46	41.989,81	1.020,79	127.623,73	433.363,56
KBB Polikliniği	166.785,20	14.801,14	45.660,55	6.451,06	291,98	193.668,92	427.658,85
Dahiliye Polikliniği	603.099,07	1.158.535,64	301.682,57	92.803,88	19.966,10	610.182,12	2.786.269,38
Plastik Cerr. Polikliniği	19.741,97	5.547,66	4.131,21	2.958,70	2.200,16	7.570,20	42.149,90
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	44.547,51	15.615,34	18.761,58	29.467,35	1.926,47	69.920,24	180.238,49
Göz Polikliniği	124.714,58	489,43	1.958,49	534,41	943,03	181.045,07	309.685,02
Fizik Tedavi Polikliniği	83.881,27	12.068,86	16.183,29	1.299,05	116,64	34.526,34	148.075,46
Dermatoloji Polikliniği	110.068,96	44.420,20	467,32	277,50	35,83	129.121,76	284.391,57
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	426.628,14	224.542,05	74.571,38	192.332,51	12.784,71	390.253,09	1.321.111,87
Acil servis	333.453,75	303.134,85	152.968,26	42.484,58	29.999,47	16.266,39	878.307,30
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	8.571,93	17.924,51	1.604,76	9.566,04	237,86	9.910,63	47.815,73
Çocuk Cerrahi Polikliniği	12.361,60	2.839,01	8.800,64	376,60	612,17	20.435,71	45.425,74

(2) Ameliyathane gelirleri hizmetin verildiği bölümlere eklenmiştir. Erişkin yoğun bakımın tüm geliri anestezi ve reanimasyon bölümüne eklenmiştir. Doğumhane gelirleri Kadın doğum servisine eklenmiştir. Güzellik merkezi gelirleri Dermatoloji bölümüne eklenmiştir.

Tablo 14-b

Hastane Gelirlerinin Tür ve Bölümlere Göre Dağılımı (TL)

YATAN HASTA SERVİSLERİ	TIBBİ UYGULAMALAR	TAHLİL GELİRLERİ	TETKİK GELİRLERİ	İLAÇ GELİRİ	MALZEME GELİRİ	PAKET GELİRLER	TOPLAM GELİR
Çocuk Hastalıkları Servisi	195.911,77	35.423,63	10.105,03	51.424,72	11.747,91	49.498,25	354.111,31
Ortopedi Servisi	134.551,26	7.979,58	4.115,20	5.835,07	213.910,23	267.300,31	633.691,65
Kadın Doğum Servisi	340.988,12	17.159,11	1.358,52	27.472,26	28.371,84	1.201.568,35	1.616.918,20
Genel Cerrahi Servisi	708.625,15	37.443,11	13.565,36	198.218,66	275.574,16	1.511.780,16	2.745.206,60
KVC Servisi	959.705,57	63.550,76	13.001,22	76.886,65	774.330,33	2.267.621,82	4.155.096,35
Dahiliye Servisi	175.097,16	119.922,41	49.565,34	315.970,64	35.461,75	75.512,12	771.529,43
Nöroloji Servisi	23.739,00	4.005,42	5.327,34	104.320,80	872,14	32.952,08	171.216,77
Kardiyoloji Servisi	12.228,95	3.309,39	974,29	2.104,86	23.994,39	24.796,39	67.408,28
Plastik Cerrahi servisi	153.209,92	5.303,71	522,98	9.352,58	27.910,62	55.717,55	252.017,36
Üroloji	203.937,09	7.094,48	1.143,53	5.031,55	31.672,84	433.962,00	682.841,51
Göz	73.016,93	136,46	-	115,12	6.858,92	283.058,97	363.186,40
KBB	202.158,51	4.468,93	1.499,55	3.237,73	5.977,63	303.317,06	520.659,42
Beyin Cerrahi	106.691,72	1.849,48	1.693,19	3.436,70	152.646,54	230.258,19	496.575,83
Çocuk Cerrahi	53.459,45	2.111,73	586,25	2.284,02	4.004,66	52.580,46	115.026,56
GENEL TOPLAM	8.646.505,29	3.256.938,83	1.500.276,20	1.519.938,89	3.214.654,75	15.535.013,83	33.673.327,80

7.3.12. Gelir Gider Etkinliği

Bu bölümde, Özel Medixy Hastanesinin bölümlere göre gelir ve gider etkinliği ele alınmaktadır. Gider ve gelirler, ürün hatları mantığıyla birleştirilerek ele alınmıştır. Ürün hattı, birbirlerini takip eden veya tamamlayan hizmetlerin verildiği birimlerin

bir arada ele alınmasıdır. Bu raporda, klinikler ve poliklinikler bir arada ele alınmıştır. Ayrıca bazı tanı ve özel hizmet birimlerin gelir ve giderleri ilgili oldukları klinik içinde birleştirilmiştir. Aşağıda bu uygulamaya örnekler verilmiştir;

$$KVC = KVC POL + KVC SERVİSİ + KVC YOĞUN BAKIM$$

$$KARDİYOLOJİ = KARDİYO POL + KARDİYO SERVİSİ + ANJİO ÜNİTESİ$$

$$KADIN DOĞUM = KADIN DOĞUM POL + KADIN DOĞUM SERV + DOĞUMHANE$$

$$ÜROLOJİ = ÜROLOJİ POL + ÜROLOJİ SERV + ÜRODİNAMİ + TAŞ KIRMA$$

Özel Medixy Hastanesinin toplam gideri 32.934.797,93 TL'dir. Bu dönemde hastane gelirleri 33.673.327,80 TL olarak gerçekleşmiştir. Hastanenin gelir gider farkı 738.529,86 TL olarak hesaplanmıştır. Hastanenin genel karlılık oranı % 2,19 olarak hesaplanmıştır.

Bölgümlere Göre Hastane Gelir Gider Durumu

Gelir gider etkinliğinin son tablosu olarak örnek olması amacıyla birkaç bölümün karlılık oranları yapılmıştır.

Tablo 15. (Gelir ve gider rakamları TL cinsindedir)

BÖLÜMLER	TOPLAM GELİR	TOPLAM GİDER	GELİR GİDER FARKI	KARLILIK ORANI
Çocuk Hastalıkları	1.675.223,18	1.755.514,20	- 80.291,02	-4,79%
Ortopedi Servisi	1.008.145,67	953.395,06	54.750,61	5,43%
Kadın Doğum	3.019.143,98	2.579.495,02	439.648,96	14,56%
KVC	4.297.587,55	3.300.738,29	996.849,26	23,20%
Dahiliye	3.557.798,81	2.089.843,69	1.467.955,12	41,26%
Kardiyoloji	6.701.155,00	5.624.106,16	1.077.048,84	16,07%
Plastik Cerrahi	294.167,26	316.877,51	- 22.710,25	-7,72%
Üroloji	1.040.788,99	928.229,48	112.559,51	10,81%
Dermatoloji	284.391,57	225.198,13	59.193,44	20,81%
Tüp bebek	773.934,66	823.253,97	- 49.319,31	-6,37%
Anestezi ve Reanimasyon	2.007.974,04	3.071.341,83	- 1.063.367,78	-52,96%

7.4 SWOT UYGULAMASI

SWOT çalışmasında genel olarak hastanemiz hakkında yer alan analizlerle birlikte; ülkemizdeki sağlık sektörünün gelişimi, özel ve kamu hastanelerinin günümüzdeki ve gelecekteki pozisyonları ile yurtdışındaki sağlık sektörü ve özel hastanecilikteki ülkelerde yapılan araştırmalar dikkate alınıp incelenerek rapor oluşturulmuştur.

Raporun içerisinde 6'sı farklı branşlar da hekim, 4'ü idari kadrolarda üst düzey yönetici, 3'ü sorumlu ve uzman düzeyinde çalışan, 3'ü taşeron firmalarda çalışanlar (Temizlik-Güvenlik-Yemekhane) olmak üzere toplan 16 kişilik bir kadronun görüşmeler sonucunda oluşturmuş olduğu beyin fırtınaları sonrasında; güçlü yanlarda 27 madde, zayıflıklarda 42 madde, fırsatlarda 28 madde, tehditlerde 41 madde oluşturulmuştur. Analiz sonucunda toplam madde sayısı 138 madde yer almıştır.

Sonrasında bu çalışanlardan her bir maddeye 1 ile 10 puan arasında puanlama yapma koşuluyla değerlendirme yapmaları istenmiştir.

Maddelere puan sistemi ile değerlendirme notları sonrasında ortalama puanlarda en yüksek puan alan ilk 10 madde faaliyet raporunun içeriğine koyulmuştur.

Diğer maddeler Ek-7'de belirtilmiştir.

GÜÇLÜ YANLAR

GÜÇLÜ YANLAR	PUAN
Eğitime (Yüksek Lisans ve Doktora) verilen önem	8,94
Uygun ahlak kuralları	8,75
Bölgede tanınmış ve kaliteli bir hastane	8,63
Güçlü ve etkin teknik ve teknolojik altyapı	8,44
Güçlenen Klinik Departman	8,19
Modern hastane yapısı	8,19
Eğitim programlarının olması	7,94
Artan tanınma	7,81
Hizmette artan tecrübe	7,75
Hastane altyapısının bulunması	7,69

ZAYIFLIKLAR

ZAYIFLIKLAR	PUAN
Ulaşım sıkıntısı	6,73
Özel hastane gruplarının üniversite ve meslek yüksekokulu açmalarına rağmen bu alanda geç kalınması	6,67
Personel sirkülasyonunun (personel devri) fazla olması	6,64
Yükselen Maliyet	6,36
Hemşire bölümü yöneticilerinin, hemşireleri çalışmaya şevk etmede sıkıntı olması	6,29
Hemşirelerin yüksek oranda işten memnuniyetsizliği	6,29
Periyodik olarak hemşire ve personel değerlendirilmesinin yapılmaması	6,29
Hastane departmanları arasındaki zayıf iletişim	6,29
2009 yılında 530 ABD doları olan kişi başı sağlık harcamasının Türkiye'yi birçok Avrupa ülkesinin gerisinde kalması	6,21
Hemşire sıkıntısı çeken bir hastane	6,21

FIRSATLAR

FIRSATLAR	PUAN
Dünyadaki en hızlı büyüyen pazarlardan biri olması	8,36
Sağlık Turizmi	8,14
Bölgesel bilinirlik	8
Özellikli birimlerin varlığı ve bu birimlerin gelecekteki öneminin fazlalığı	8
Reklam, Sponsorluk Çalışmaları	7,86
Ekonomik Büyüme	7,71
Hastanenin mevki (büyük nüfus ve hala varolan kaynak)	7,71
CRM ile sürdürülebilir hasta potansiyeli politikasıyla geniş portföylerin oluşturulabilmesi	7,71
İlkelerin Yenilenmesi	7,64
Teknolojik Gelişmeler	7,5

TEHDİTLER

TEHDİTLER	PUAN
Devletin özel sağlık sektöründeki kısıtlamaları	8,42
Piyasa koşullarına göre, yeni hemşire alımının zorluğu	7,83
Hemşire eksikliği	7,75
Devlet, ödenmesi gereken paranın, belli bir kısmını verdiği için doğan mali sorunlar, personelin maaşlarının düzenli olarak ödenmemesi ihtimallerinin olması	7,5
Özel sağlık gruplarının ve devletin bölgede yeni hastaneler açma ihtimali	7,46
Bölge itibarıyla nitelikli işi gücü bulamama	7,33
Devletin fiyat kontrolleri ve geri ödeme listelerinin pazarın cazibesi üzerindeki olumsuz etkisi	7,17
Varolan ve artan gelir eşitsizlikleri	7,09
Kar amacı gütmeyen kurumlar, yüksek maaşlar önererek, hastaneye bağımlı olan personeli transfer etmesi, kendi bünyesine alması	7,08
Sağlık hizmetlerinin finansman yönetimi, profesyonel nitelikte, alanlarında yeterlilikleri kanıtlanmış kişilerce değil, kalifiye olmayan kişilerce yapılması. Sonuçta, sağlık sektöründe gelir ve gider dengesi tümüyle bozulmuş, büyük iç borçlanmalara gidilmiş sağlık sisteminin açıkları, prensipte bu amaç için toplanmayan genel bütçenin vergi ve fonlarınca karşılanmaya çalışılmış ve sistem reel anlamda sıkıntılı olması	7,08

Analiz çalışmasının sonucunda sağlık bir temel ihtiyaç olması prensibiyle ve devletin kurumlarının 1.oyuncu olma politikasıyla birlikte gelirinin büyük bir çoğunluğunun SGK ile yapılan anlaşma sonucunda; SGK bünyesinde ki hastalardan oluşan kurumlar sıkıntılar oluşturacaktır.

Gelir dağılımını eşit oranlarda dağılımı olan; Örneğin SGK'lı hasta, Anlaşmalı kurum hastaları, ücretli hastalar, Özel sağlık sigortalı hastalar, yurt dışından gelen hastalar da dengeli dağılım bulunan hastanelerde risk azalmaktadır.

Bunların dışında yetişmiş eleman istihdamında ki problemler. Hem tıbbi alanda çalışan hemde sağlık tesis yönetici alanında arz talebi karşılanamamaktadır. Bu durumda yüksek meblağlarla personel transferleri, kurum sadakatinde ki azalmalar, maliyetlerde artışa neden olmuştur. Bazı özel hastaneler bu durumu aşmak adına üniversite kurmuş veya özel tıp fakülteleriyle afiliye anlaşmaları yaparak sıkıntılarını hafifletme yolunu tercih etmektedir.

Hastanenin karşılaştığı fırsatlardan çok iyi yararlanabilmesi ve tehditlere karşı stratejiler geliştirebilmesi için fırsatları çok iyi kavraması ve kendi zayıflıklarını mümkün olduğu kadar ortadan kaldırması gerekir. Görüldüğü gibi hastane fırsatları mümkün olduğu kadar değerlendirmektedir. Tehditleri ise en aza indirerek kendisini daha yüksek düzeylere ve sektördeki yerini daha iyi yerlere alabilir.

İşletme sahip olduğu üstünlükleri, piyasa şartlarında ortaya çıkan fırsatlardan en iyi şekilde yararlanmak üzere bir araya getirir. Bu durumda işletmenin rekabet

üstünlüğünü sağlama veya daha önce sağlamış olduğu rekabet üstünlüğünü sürdürebilme ya da daha da yükseltme konusunda başarı olasılığının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

İşletmelerin yönetiminde bulunan yöneticiler, işletmelerinin en iyi şekilde yönetilmesi, sağlıklı üretim ve pazarlama yapabilmesi, müşteri ağının genişlemesi ve gelecekte hedeflediği yerde olabilmesi için günümüz yönetim tekniklerinden faydalanması gerekir. Ayrıca yöneticiler, gelecek için rekabet edilmesi söz konusu olduğunda işletmenin hızlı bir şekilde yeni kazanç kaynakları oluşturmasını garantiye alarak işletmelerinin faaliyetlerini sürdürmesini sağlamak zorundadırlar.

İşletmeler, uzun dönem içinde en az kayıpla var olabilmek için kuvvetli (üstün) ve zayıf yönlerini iyi tanımalı ve çevreye uyum sağlayabilmek için stratejiler geliştirmelidir. Bu stratejiler, işletmelerin ağır şartlar altında en iyi seviyeye gelebilmesi ile ilgili alternatifler arasında seçilen kararlar bütünü olmaktadır.

Sonuç olarak SWOT Analizi, işletmenin genel olarak şu andaki durumunu belirleyerek, gelecekte hangi yönde gelişeceğini ve gelişirken neleri yapıp neleri yapmayacağını belirlenmesinde önemli bilgiler sunmaktadır.

8.BÖLÜM

8.FİNANSAL TABLO ANALİZİ

8.1.Bilanço

Tablo 16
(Para Birimi TL)

Hesap Adı	TUTAR
DÖNEN VARLIKLAR	10.748.563,57
HAZIR DEĞERLER	3.070.123,97
KASA HESABI	5.159.508,84
ALINAN ÇEKLER	6.943,74
BANKALAR	55.157,60
VERİLEN ÇEKLER VE ÖDEME EMİRLERİ (-)	- 2.151.486,20
TİCARİ ALACAKLAR	6.684.596,63
ALICILAR	6.678.238,16
ALACAK SENETLERİ	254,33
VERİLEN DEPOZİTO VE TEMİNATLAR	3.881,46
DİĞER TİCARİ ALACAKLAR	2.222,68
ŞÜPHELİ TİCARİ ALACAKLAR	226,53
ŞÜPHELİ TİCARİ ALACAKLAR KARŞILIĞI (-)	- 226,53
DİĞER ALACAKLAR	33.922,34
ORTAKLARDAN ALACAKLAR	334,47
DİĞER ÇEŞİTLİ ALACAKLAR	33.587,87
STOKLAR	959.920,62
İLK MADDE VE MALZEME	598.252,64
VERİLEN SİPARİŞ AVANSLARI	361.667,99
GELECEK AYLARA AİT GİDERLER VE GELİR TAHAKKUKLARI	0,00
GELECEK AYLARA AİT GİDERLER	0,00
DİĞER DÖNEN VARLIKLAR	0,00
İNDİRİLECEK KATMA DEĞER VERGİSİ	0,00
PEŞİN ÖDENEN VERGİLER VE FONLAR	-
İŞ AVANSLARI	0,00
DURAN VARLIKLAR	22.186.234,36
ALICILAR	10.905,64
VERİLEN DEPOZİTO VE TEMİNATLAR	10.905,64
MADDİ DURAN VARLIKLAR	20.500.116,58
ARAZİ VE ARSALAR	4.152.367,06
YER ALTI VE YER ÜSTÜ DÜZENLERİ	20.996,83
BİNALAR	11.885.899,13
TESİS, MAKİNE VE CİHAZLAR	16.780.725,32
TAŞITLAR	165.739,33
DEMİRBAŞLAR	1.765.706,21
BİRİKMİŞ AMORTİSMANLAR (-)	-14.284.920,87
YAPILMAKTA OLAN YATIRIMLAR	13.603,58
MADDİ OLMAYAN DURAN VARLIKLAR	324.322,11
ÖZEL MALİYETLER	928.506,29
DİĞER MADDİ OLMAYAN DURAN VARLIKLAR	197.741,76
BİRİKMİŞ AMORTİSMANLAR (-)	- 801.925,94
GELECEK YILLARA AİT GİDERLER VE GELİR TAHAKKUKLARI	1.350.890,03
GELECEK YILLARA AİT GİDERLER	1.350.890,03

AKTİF	32.934.797,93
KVYK	7.159.029,22
MALİ BORÇLAR	380.260,53
BANKA KREDİLERİ	380.260,53
FİNANSAL KİRALAMADAN DOĞAN BORÇLAR	- 0,00
TİCARİ BORÇLAR	2.989.530,10
SATICILAR	2.871.357,98
BORÇ SENETLERİ (KISA VADELİ YABANCI KAYNAKLAR)	118.172,12
DİĞER BORÇLAR	2.886.228,05
ORTAKLARA BORÇLAR (KISA VADELİ Y.K.)	1.064.940,94
PERSONELE BORÇLAR (KISA VADELİ Y.K.)	482.691,58
DİĞER ÇEŞİTLİ BORÇLAR (KISA VADELİ Y.K.)	1.338.595,53
ALINAN AVANSLAR	948,29
ALINAN SİPARİŞ AVANSLARI (KISA VADELİ Y.K.)	948,29
ÖDENECEK VERGİ VE DİĞER YÜKÜMLÜLÜKLER	519.710,76
ÖDENECEK VERGİ VE FONLAR	430.614,56
ÖDENECEK SOSYAL GÜVENLİK KESİNTİLERİ	89.096,20
VADESİ GEÇMİŞ,ERTELEN.VEYA TAKSİTLENDİRİLMİŞ VERGİ	0,00
BORÇ VE GİDER KARŞILIKLARI	318.429,44
DÖNEM KARI VERGİ VE DİĞER YASAL YÜKÜM.KARŞILIKLARI	650.587,33
DÖN.KARININ PEŞ.ÖDENEN VERGİ VE DİĞER YÜKÜM. (-)	- 332.157,89
MALİYET GİDERLERİ KARŞILIĞI	-
GELECEK AYLARA AİT GELİRLER VE GİDER TAHAKKUKLARI	63.922,05
GİDER TAHAKKUKLARI	63.922,05
DİĞER KVYK	0,00
HESAPLANAN KDV	0,00
UVYK	12.393.432,71
MALİ BORÇLAR	12.330.576,79
BANKA KREDİLERİ	11.281.073,62
FİNANSAL KİRALAMADAN DOĞAN BORÇLAR	1.049.503,17
BORÇ VE GİDER KARŞILIKLARI	62.855,92
KIDEM TAZMİNATI KARŞILIĞI	62.855,92
ÖZKAYNAKLAR	13.382.336,00
ÖDENMİŞ SERMAYE	5.497.030,76
SERMAYE	5.323.141,07
ÖDENMEMİŞ SERMAYE (-)	-
SERMAYE ENFLASYON FARKI	173.889,68
SERMAYE YEDEKLERİ	193.591,91
DİĞER SERMAYE YEDEKLERİ	193.591,91
KAR YEDEKLERİ	7.702.805,19
YASAL YEDEKLER	269.102,48
OLAĞANÜSTÜ YEDEKLER	7.433.702,71
ÖZEL FONLAR	-
GEÇMİŞ YILLAR KARLARI	-
GEÇMİŞ YILLAR KARLARI	-
GEÇMİŞ YILLAR ZARARLARI	- 1.364.720,55
GEÇMİŞ YILLAR ZARARLARI	- 1.364.720,55
DÖNEM NET KARI(ZARARI)	738.529,87
DÖNEM NET KARI	738.529,87
PASİF	32.934.797,93

8.2. Gelir Tablosu

Tablo17

(Para Birimi TL)

	TUTAR
YURTIÇİ SATIŞLAR	33.909.858,47
DİĞER GELİRLER	153.301,77
SATIŞTAN İADELER (-)	-61.674,53
DİĞER İNDİRİMLER (-)	-328.157,93
NET SATIŞLAR	33.673.327,80
SATILAN HİZMET MALİYETİ (-)	-26.202.184,61
SATIŞ KARI	7.471.143,19
GENEL YÖNETİM GİDERLERİ (-)	-4.366.602,54
FAALİYET KARI	3.104.540,65
KAMBİYO KARLARI	2.012.947,98
FAALİYETLE İLGİLİ DİĞER GELİR VE KARLAR	1.203,87
KAMBİYO ZARARLARI (-)	-148.499,91
KISA VADELİ BORÇLANMA GİDERLERİ (-)	-3.564.819,43
OLAĞAN KAR	1.405.373,16
DİĞER OLAĞANDIŞI GELİR VE KARLAR	9.990,41
DİĞER OLAĞANDIŞI GİDER VE ZARARLAR (-)	-1.284,48
DÖNEM KARI	1.414.079,09
DÖN.KARI VERGİ VE DİĞ.YASAL YÜKÜM.KARŞILIKLARI (-)	-675.549,23
DÖNEM NET KARI	738.529,87

8.3. Finansal Oranlar

Tablo 18.

(Para Birimi TL)

FINANSAL ORANLAR	HASTANE	2008-2010 YILI SEKTÖR ORTALAMASI (26 HASTANE)	DURUM
Cari Oran	1,33	2,12	DÜŞÜK
Asit Test Oranı	1,21	1,91	DÜŞÜK
Nakit Oranı	0,38	0,39	BENZER
Stoklar/Dönen Varlıklar	0,08	0,07	YÜKSEK
Stoklar/Varlıklar	0,03	0,03	BENZER
Stok Bağımlılık Oranı	3,78	6,39	DÜŞÜK
Kısa Vadeli Alacaklar/Dönen Varlıklar	0,55	0,56	BENZER
Kısa Vadeli Alacaklar/Varlıklar	0,18	0,29	DÜŞÜK
Kaldıraç Oranı	0,53	0,41	YÜKSEK
Özkaynak/Varlıklar	0,36	0,48	DÜŞÜK
Özkaynak/Yabancı Kaynaklar	0,61	1,41	DÜŞÜK
KVYK/Pasif	0,19	0,23	BENZER
Uzun Vadeli Yabancı Kaynak/Pasif	0,33	0,13	YÜKSEK
Uzun Vadeli Yabancı Kaynak/Devamlı Sermaye	0,43	0,19	YÜKSEK
Maddi Duran Varlıklar/Özkaynaklar	1,36	0,63	YÜKSEK
Maddi Duran Varlık/UVYK	1,47	3,47	DÜŞÜK
Duran Varlıklar/Yabancı Kaynaklar	1,01	1,08	BENZER
Duran Varlıklar/Özkaynaklar	1,47	0,88	YÜKSEK
Duran Varlıklar/Devamlı Sermaye	0,76	0,64	YÜKSEK
KVYK/Yabancı Kaynak	0,32	0,64	DÜŞÜK
Banka Kredileri/Varlık	0,31	0,14	YÜKSEK
Kısa Vadeli Banka Kredileri/Kısa Vadeli Yabancı Kaynak	0,05	0,14	DÜŞÜK
Banka Kredileri/Yabancı Kaynak	0,53	0,25	YÜKSEK
Dönen Varlıklar/Aktif	0,29	0,44	DÜŞÜK
Maddi Duran Varlıklar/Varlıklar	0,55	0,32	YÜKSEK
Stok Devir Hızı	23,33	28,67	DÜŞÜK
Alacak Devir Hızı	4,37	5,50	DÜŞÜK
Çalışma Sermayesi Devir Hızı	2,73	2,58	YÜKSEK
Net Çalışma Sermayesi Devir Hızı	8,18	2,11	YÜKSEK
Maddi Duran Varlık Devir Hızı	1,43	3,30	DÜŞÜK
Duran Varlık Devir Hızı	1,32	2,87	DÜŞÜK
Özkaynak Devir Hızı	2,19	1,70	YÜKSEK
Aktif Devir Hızı	0,89	1,09	DÜŞÜK
Net Kar/Özkaynaklar	0,09	0,13	DÜŞÜK
Vergi Öncesi Kar/Özkaynaklar	0,13	0,19	DÜŞÜK
Finansman Giderleri ve VÖK/Pasif	0,15	0,10	YÜKSEK
Net Kar/Aktif Toplamı	0,04	0,06	DÜŞÜK
Faaliyet Karı/Faaliyetin Gerçek Kul. Varlık. Oranı	0,10	0,10	BENZER
Kümülatif Karlılık (Dağıtılmamış Karlar/Aktif)	0,21	0,08	YÜKSEK
Faaliyet Karı/Net Satışlar	0,10	0,10	BENZER
Brüt Satış Karı/Net Satışlar	0,21	0,26	DÜŞÜK
Net Kar/Net Satışlar	0,04	0,07	DÜŞÜK
Satılan Malın Maliyeti/Net Satışlar	0,68	0,63	YÜKSEK
Faaliyet Giderleri/Net Satışlar	0,11	0,16	DÜŞÜK
Faiz Gid./Net Satışlar	0,09	0,02	YÜKSEK
FVÖK/Faiz Giderleri Oranı	1,41	3,35	DÜŞÜK
Net Kar+Faiz Giderleri/Faiz Giderleri	1,24	2,53	DÜŞÜK

8.4. Likidite Oranları

Likidite finansal durumun değerlendirilmesinde en önemli boyuttur. İşletmelerin karşılaştığı finansal sorunların çoğunluğu, likidite sıkıntısından kaynaklanmaktadır. Bir işletmenin likidite durumunun değerlendirilmesi, o işletmenin finansal koşullarının belirlenmesinde temel oluşturur. Likidite oranları; hastanelerin kısa vadeli yükümlülüklerini yerine getirme kabiliyetini, alacak tahsilâtındaki ve nakit sağlamadaki başarısını ölçer.

1. **Cari Oran :** Cari oran işletmelerin faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için gerekli olan brüt işletme sermayesinin (dönen varlıkların) kısa vadeli borçlara bölünmesi ile hesaplanır. Diğer oranların eşit olduğu varsayımı altında, cari oran ne kadar yüksekse, borçların zamanında ve tamamıyla ödenmesi güvencesi o kadar yüksektir.

Hastanenin cari oranı gerek sektör ortalaması ile gerekse genel kabul görmüş değeri (2) ile karşılaştırıldığında düşüktür.

2. **Asit Test Oranı:** Asit-Test Oranı, piyasalarda doğabilecek bir krizde işletmelerin satışlarında olabilecek bir sıkıntı durumunda stoklar gibi kolayca nakde çevrilemeyecek kalemler göz önüne alınarak, dönen varlıkların geriye kalan likit değerleriyle borç ödeyebilme kapasitesini ölçmektedir. Genel bir kural olarak, bu oranın “1” olması yeterli görülmektedir.

Hastanenin asit-test oranınının 1'in üstünde olması kısa vadeli borçlarını ödeme yeteneğinin yeterli olduğunu göstermektedir.

3. **Nakit Oranı:** İşletmelerin kasa, banka ve serbest menkul değerler gibi hazır değerleri ile Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklarını ödeme gücünü ölçmeye yarayan bir orandır. Nakit oranı işletmenin alacaklarını tahsil edememesi ve elindeki stokları paraya çevirememesi gibi çok olağanüstü bir ekonomik sıkıntı durumunda hazır değerleri ile borç ödeme yeteneğini göstermektedir. Genel olarak nakit oranınının 0,20'nin altına düşmemesi arzu edilmektedir.

Hastanenin nakit oranının 0,20'nin üzerinde ve sektör ortalamasına yakın olması hazır değerleri ile kısa vadeli yabancı kaynaklarını ödeyebileceğini göstermektedir. Likidite açısından en duyarlı olarak kabul edilen bu oranın hem sektör ortalamasına benzer olması hem de yüksek olması hastanenin likiditesinin yeterli olduğunu göstermektedir.

- 4. Stok Bağımlılık Oranı:** Asit-test oranının 1'den küçük olması durumunda; borçların geri ödenmesinde işletmenin stoklara olan bağımlılığının ölçümünde kullanılan bir orandır. Stok bağımlılık oranı, işletmenin kısa vadeli borçlarının geri ödenebilmesinde, hazır değerleri ve diğer süratle paraya çevrilebilir varlıkların dışında, stokların yüzde kaçının satılması gerektiğini gösterir. Başka bir ifadeyle, işletmenin kısa vadeli borçların ödenmesinde, stok satışına ne derecede bağımlı olduğunu ortaya koyar.

Hastanenin kısa vadeli borçlarını ödemede stoklara bağımlılığı sektör ortalamasına göre düşüktür. Bu durum hastane lehine yorumlanabilir.

- 5. Kısa Vadeli Alacaklar/Dönen Varlıklar:** Ödeme kurumlarının yasal gereklilikleri, rekabet ve sunulan hizmetlerin doğası gereği alacaklar, hastanelerin en önemli varlıklarını oluşturmaktadır. Bu nedenle alacakların etkin yönetimi, hastanelerin finansal performansında en ayırt edici noktalardan biridir.

Hastanenin dönen varlıkları içinde alacakların payını gösteren bu oranın sektör ortalamasına benzer şekilde yüksek olması da hastanenin en önemli varlığının alacaklar olduğunu doğrulamaktadır. Sektörel olarak hastanede fatura kontrol biriminin (böyle bir birim yoksa öncelikle oluşturulup) ödeme kurumlarına gönderilen faturaların doğruluğunu kontrol etmesi dolayısıyla hataların ortaya çıkmadan önlenmesi ve alacakların izlenerek hangi kurum ve kuruluşlarda yığılma söz konusuysa onlara odaklanılması önerilmektedir.

8.5. Finansal Yapı Oranları

Finansal yapı oranları, işletme faaliyetlerinin finansmanında hangi kaynaklardan, ne derecede yararlanıldığını belirleyen oranlardır. Bu oranlar, işletmenin öz sermayesinin yeterli olup olmadığı, sermaye yapısı içinde borç ve öz sermayenin dengesi ve öz sermaye olarak yaratılan fonların ne tür dönen varlık ya da duran varlıklara kullanıldığının ölçülmesinde kullanılan oranlardır.

- 1. Kaldıraç Oranı:** İşletme varlıklarının ne kadarlık bir kısmının yabancı kaynaklarla finanse edildiğini göstermektedir. İşletmelerin hem toplam varlıklarının ne kadarlık kısmının yabancı kaynaklardan fonlandığı, hem de kaynakların niteliklerine göre dağılımı hakkında fikir veren kaldıraç oranı, işletme için bir risk göstergesi olarak da kullanılabilir. Ülkeden ülkeye ve sektörden sektöre değişmekle birlikte kaldıraç oranının %50'nin üzerine çıkmaması gerektiği söylenmektedir.

Hastanenin varlıklarının ne kadarının yabancı kaynaklarla finanse edildiğini gösteren bu oran, gerek sektör ortalamasının gerekse ideal kabul edilen %50'nin üzerinde olması nedeniyle hastanenin görece olarak fazla borç kullandığı şeklinde yorumlanabilir.

- 2. Kısa Vadeli Yabancı Kaynakların Pasif Toplamına Oranı:** Oran, işletmelerin aktiflerinin finansmanında kullanılan kısa vadeli yabancı kaynakların yüzdesini vermektedir. Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar daha çok dönen varlıkların finansmanında kullanıldığı için bu oranın dönen varlığın aktif toplamı içindeki yüzdesinden büyük çıkmaması arzu edilir. Genelde bu oranın 0,30'dan büyük olmaması arzu edilir.

Hastanenin kaynakları içerisinde kısa vadeli yabancı kaynakların yüzdesini veren bu oranı dönen varlığın aktif toplamı içindeki yüzdesi ile birlikte değerlendirdiğimizde dönen varlıkların finansmanı için uzun vadeli kaynak kullanımının işletme aleyhine sonuçlar doğurabileceği görülmüştür. Yabancı kaynak kullanımında uzun vadeli kaynakların payı azaltılarak kısa vadeli yabancı kaynakların artırılması hastane için yararlı olacaktır.

- 3. Uzun Vadeli Yabancı Kaynakların Pasif Toplamına Oranı:** Bu oran işletmenin aktiflerinde yer alan varlıkların yüzde kaçının uzun vadeli yabancı kaynaklar ile finansa edildiğini ortaya koymaktadır. Bu oranın yüksek çıkması, kredi verenler tarafından olumlu karşılanmamakta ve hastaneye karşı daha az güven duymalarına yol açmaktadır.

Hastanenin aktiflerinde yer alan varlıkların yüzde kaçının uzun vadeli yabancı kaynaklar ile finanse edildiğini ortaya koyan bu oranın sektör ortalamasına göre hayli yüksek olması kredi verenler tarafından olumlu karşılanmayabilir ve hastaneye karşı daha az güven duyulmasına yol açabilir.

- 4. Öz Kaynakların Pasif Toplamına Oranı:** Bu oran işletmenin aktiflerinin yüzde kaçının ortaklar veya işletme sahibince finanse edildiğini gösterir. Orta ve uzun vadeli kredi analizlerinde işletmenin kredi değerini tespit etmek amacıyla kullanılabilir. Oranın yüksek olması işletmenin uzun vadeli borçları ile bunların faizlerini ödemede güçlükle karşılaşma ihtimalinin zayıf olduğunu gösterir.

Hastanenin özkaynakları %40 ile sektör ortalamasına göre oldukça azdır. İdeal sınırlar ve sektör ortalaması dikkate alındığında hastanenin UVYK kullanımını azaltıp özkaynaklarını artıracak stratejiler uygulaması gerekmektedir.

- 5. Maddi Duran Varlıkların Öz Kaynaklara Oranı:** Bu oran duran varlıkların finansmanında öz kaynaklardan ne ölçüde yararlandığını ortaya koyan bir orandır. Oranın genelde 1'den küçük çıkması arzu edilir. Oranın 1'den büyük çıkması durumunda işletmede yabancı kaynak kullanımının artması nedeniyle öz sermayenin kârlılığının düşeceği düşünülür.

Hastaneye ait maddi duran varlık/özkaynak oranı gerek sektör ortalaması gerekse genel olarak kabul görmüş değeri (1)'nin oldukça üstünde olması nedeniyle hastanede yüksek yabancı kaynak kullanımının yaratabileceği olumsuz etkiyi göstermektedir. Oranın 1'den büyük çıkması hastanede yabancı kaynak kullanımının artması nedeniyle öz sermayenin kârlılığını da düşürmektedir.

- 6. Duran Varlıklar/Devamlı Sermaye Oranı:** Bu oran duran varlıkların öz kaynaklar ve uzun vadeli yabancı kaynaklar toplamına (devamlı sermaye)

bölünmesi ile elde edilir. Bu oranın mutlaka 1'den küçük olması istenir. Oranın 1'den büyük olması duran varlıkların bir kısmının kısa vadeli yabancı kaynaklarla finanse edildiğini gösterir. Bu ise işletmenin üçüncü kişilerin baskısı altında olduğunu belirtir.

Hastaneye ait duran varlık/devamlı sermaye oranı sektör ortalamasının ve ideal kabul edilen sınırların üstünde olması hastanenin hem duran varlıklara fazla yatırım yapmasından hem de öz kaynaklarının yetersizliğinden kaynaklanmaktadır.

8.6. Faaliyet Oranları

Faaliyet oranları (devir hızları); işletmelerin varlıklarını ne ölçüde etkili kullandığını göstermektedir. Genel olarak devir hızlarının yüksek olması işletmeler açısından iyi olarak yorumlanmaktadır. Ancak kârlılık oranlarının da yüksek olması halinde bu oranların yüksekliğinin iyi olarak yorumlanmasının daha uygun olduğu belirtilmektedir.

- 1. Stok Devir Hızı:** Stokların bir yıl içerisinde kaç defa devrettiğini ve nakde çevrilebilme hızını gösteren bir orandır. Hastaneler hizmet işletmeleri oldukları için mamul ve yarı mamul stoklarından söz etmek mümkün değildir. Ancak sağlık hizmetlerinin zamanında ve en iyi şekilde verilebilmesi zorunluluğu, hastanelerin bir takım malzemeleri stoklamalarını zorunlu kılmaktadır. Hastanelerdeki malzeme stokunun devir hızı hesap döneminde kullanılan malzeme maliyetinin ortalama malzeme stokuna bölünmesiyle bulunulabilir. Stok devir hızının yüksekliği işletmenin stoklarını daha etkili bir biçimde yönettiğinin göstergesidir. Yüksek stok devir hızı işletmeye daha fazla kâr elde etme olanağını verir. Ayrıca işletme stoklara daha az kaynak bağlamış olur.

Stok devir hızına bakarak hastanenin stoklarını paraya çevirmede iyi olduğunu söylemek mümkündür. Ancak sektör ortalaması ile karşılaştırıldığında stoklarını paraya dönüştürme konusunda daha iyi stratejiler izlemesi önerilebilir.

2. **Alacakların Devir Hızı:** Hastane alacaklarının tahsil veya paraya dönüşme hızını göstermektedir. Hastanelerde alacak devir hızının düşük olması hastanelerin alacak politikasının iyi olmadığı, bu yüzden de tahsilât güçlüğü çektiği ve nakit sıkıntısı içine girebileceğini gösterirken, alacak devir hızının yüksek olması hastanenin alacak politikasının iyi ve tahsilâtın etkili bir şekilde yapıldığını göstermektedir.

Bu oranın sektör ortalamasının altında kalması hastanenin daha iyi alacak tahsilât politikası izlemesi gerektiğini düşündürmektedir.

3. **Dönen Varlıkların Devir Hızı:** Net satışların dönen varlıklara bölünmesi ile elde edilen bu oran, dönen varlıkların göreceli verimli kullanımını gösterir. Ancak duran varlıkların aktif içindeki oranının büyüklüğü de bu oranın yüksek çıkmasına neden olabilir.

Diğer faaliyet oranları ile birlikte değerlendirildiğinde hastane için ikinci olasılıktan dolayı bu oranın yüksek çıktığı düşünülmektedir.

4. **Net Çalışma Sermayesi Devir Hızı:** İşletme sermayesinin ne ölçüde verimli kullanıldığını belirlemek için kullanılan bir orandır. Net işletme sermayesi devir hızı, işletmelerin faaliyetlerini sürdürebilmeleri için gerekli olan minimum çalışma sermayeleri ile hangi ölçüde satış hacmi başarıları gösterdiklerini ölçen bir orandır. Devir hızının yüksek olması net çalışma sermayesinin yerinde ve verimli kullanıldığını gösterir. Oranın düşük olması ise işletmenin aşırı net işletme sermayesine sahip olduğunu, stok ve alacak devir hızlarının yavaş olduğunu, işletmenin gereğinden fazla nakit değere sahip olduğunu gösterebilir.

Hastanenin net çalışma sermayesi devir hızının yüksek olması net çalışma sermayesinin verimli kullanıldığını göstermektedir, ancak sektör ortalamasından fazla yüksek olması işletmenin net çalışma sermayesini azaltabileceği şeklinde değerlendirilebilir.

5. **Maddi Duran Varlıkların Devir Hızı:** Maddi duran varlıkların hastane emrinde kullanılmasının verimliliğini ve hastanelerin maddi duran varlıklara yaptığı yatırımın düzeyini ölçmeye yarayan bu oranın genel olarak 2'nin üzerinde olması arzu edilir. Oranın gereğinden yüksek çıkması işletmenin duran varlıklarının kapasitelerinin üzerinde kullanıldığını gösterir. Oranın düşük çıkması veya zaman içerisinde düşme eğilimi içerisinde olması işletmenin tam kapasite ile çalışmadığını veya maddi duran varlıklardan yeterince gelir elde edilemediğini gösterir.

Hastanenin maddi duran varlık devir hızı gerek genel kabul edilen değerin, gerekse sektör ortalamasının altında olması nedeniyle hastanenin tam kapasite ile çalışmadığını ve maddi duran varlıklardan yeterince gelir elde edemediğini göstermektedir.

6. **Öz Kaynakların Devir Hızı:** İşletmelerde öz kaynakların ne derece verimli kullanıldığını ölçmeye yarayan bir oran olup, net satışların ortalama özkaynağa bölünmesi ile elde edilir. Oranın yüksek olması; işletme özkaynaklarının çok ekonomik ve verimli bir biçimde kullanıldığını belirtir. Ancak oranın normalin çok üstünde olması, işletmenin özkaynaklarının yetersiz olduğunu ve işletmenin büyük ölçüde yabancı kaynaklardan yararlandığını gösterir. Oranın düşük olması ise özkaynakların iş hacmine göre fazla olduğunu ve verimli bir biçimde kullanıldığını gösterir.

Hastanenin özkaynak devir hızının sektör ortalamasından yüksek çıkması hastanenin özkaynaklarını görece olarak verimli kullandığı şeklinde yorumlanabilse de düşük bir öz kaynak oranı ile çalışılması göz ardı edilmemelidir.

7. **Aktiflerin Devir Hızı:** Bu oran varlıklara yatırılan sermayenin etkililiğini gösterir. İşletmenin toplam varlık devir hızı sektördeki diğer işletmelere göre düşükse işletmenin varlıklarını verimli bir şekilde kullanmadığını gösterir. Varlık devir hızı işletmenin kârlılığının tespitinde önemli bir göstergedir. Oranın genellikle 2-4 arasında gerçekleşmesi istenmektedir. Oranın belirlenen

değerlerden daha yüksek çıkması işletmenin toplam aktiflerini verimli olarak kullandığı olarak yorumlanır. Oranın düşük olması ise işletmenin kapasitesini altında çalıştığını gösterir.

Bu çerçevede hastanenin aktif devir hızı çok yeterli olmamakla birlikte sektör ortalaması ile değerlendirildiğinde genel olarak hastanelerin aktiflerini verimli kullanamama sorunu olduğu şeklinde yorumlanabilir.

8.7. Karlılık Oranları

Kârlılık oranları hastanelerin yönetsel etkililiği hakkında nihai sonucu veren oranlardır. Kârlılık oranları kendi içerisinde temelde üç ayrı bölümde sınıflanır.

Kâr İle Sermaye Arasındaki İlişki Gösteren Oranlar

- 1. Net Kâr /Özkaynak Oranı:** Oran, işletme sahip veya ortakları tarafından işletmeye sağlanan sermayenin her birimine düşen kâr payını gösterir. Bu oran, hem kâr marjından hem de toplam varlıkların devir hızından etkilenir. Faaliyet kârındaki artış, fiyatların artırılması veya birim maliyetlerin azaltılmasıyla sağlanabilir. Diğer yönden bu oran, öz sermayenin azaltılması ile de artırılabilir. Ayrıca toplam varlıklar sabit tutularak devir hızı artırılırsa, bu oran yükseltilebilir. Oranın yüksek çıkması olumlu, düşük çıkması ise olumsuz olarak nitelendirilmektedir.

Hastane özkaynak karlılığı pozitif olmasına rağmen sektör ortalamasının altında yer almaktadır. Hastane hem varlık devir hızını yükseltme hem de faaliyet karını artırma yönünde stratejiler geliştirebilir.

- 2. Finansman Giderleri ve Vergiden Önceki Kar/ Kaynak Toplamı Oranı:** Ekonomik rantabilite olarak adlandırılan bu oran, toplam kaynakların ne ölçüde karlı kullanıldığını gösterir.

Hastanenin ekonomik rantabilitesi sektöre göre oldukça yüksektir.

3. **Net Kâr / Varlık Toplamı Oranı:** Toplam aktif kârlılığı oranı işletmenin aktifinde yer alan varlıkların işletme faaliyetlerinde ne derece kârlı kullanıldığını gösteren bir orandır. İşletmenin aktiflerine kârlı bir şekilde kullanıp kullanmadığını ve yatırımlarından ne oranda getiri sağladığını gösteren bir orandır. Oranın yüksek çıkması işletme lehine, düşük çıkması ise kârlılığın düşük olması nedeniyle işletme aleyhine yorumlanır.

Hastanenin aktif karlılığı sektör ortalamasına yakın olduğu için olumlu değerlendirilmekle birlikte, varlıklarını daha karlı kullanma yönünde stratejiler izlenebilir.

Kar ile sermaye oranları arasındaki ilişkileri gösteren oranlara bakıldığında en olumlu sonuç hastanenin dağıtılmamış karlarından kaynaklanan kümülatif karlılıkta görülmektedir.

Kâr İle Satışlar Arasındaki İlişkileri Gösteren Oranlar

1. **Brüt Satış Kârı / Net Satışlar Oranı:** Oran, satılan malların satış fiyatı ile maliyeti arasındaki marjı yansıtan brüt satış karının net satış hasılatındaki yerinin önemlilik derecesini gösterir. Oranın yüksek olması veya yükselme eğilimi göstermesi işletmenin lehine yorumlanır.

Hastanenin brüt karlılığı %24 ile sektör ortalamasının altında yer almaktadır. Bu durumda hastane hizmet maliyeti ile satışları arasında daha iyi bir denge kurmaya çalışmalıdır.

2. **Faaliyet Kârı / Net Satışlar Oranı:** İşletmenin esas faaliyetinin ne ölçüde kârlı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle oranın yüksek olması işletme için olumlu olarak yorumlanabilir.

Hastanenin faaliyet karlılığı sektör ortalaması ile aynı değerde olup, esas faaliyetlerinden %11 kar elde ettiği görülmektedir.

- 3. Net Kâr / Net Satışlar Oranı:** Oran, işletme faaliyetlerinin net rantabilitesi hakkında bilgi verir.

Hastanenin net karlılığı sektör ortalamasının altında yer almaktadır. Bu durumun gerek maliyetlerin satışlara göre yüksek olması gerekse yüksek finansman giderlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

- 4. Faaliyet Giderleri / Net Satışlar Oranı:** Faaliyet giderlerinin dönem kârı üzerindeki etkisinin ölçülmesinde kullanılan bir orandır. Oranın tespit edilen genel oranlardan düşük çıkması işletme lehine, yüksek çıkması ise işletme aleyhine olarak yorumlanır.

Hastanenin sektör ortalamasıyla karşılaştırıldığında faaliyet giderlerinin düşük olması hastane lehine yorumlanmaktadır.

Kâr İle Finansal Yükümlülükler Arasındaki İlişkileri Gösteren Oranlar

- 1. Faiz ve Vergiden Önceki Kâr/ Faiz Giderleri Oranı:** Bu oran işletmelerin ödemek zorunda oldukları faizleri kaç kez kazandıklarını ortaya koyan bir orandır. İşletmenin yıllık faiz yükünü, kolaylıkla karşılayıp karşılayamadığının belirlenmesinde bu orandan yararlanır. İşletmenin faiz giderlerini karşılayamaması, işletmeyi mali açıdan zor durumda bırakarak iflasına dahi neden olabilir. Oranın düşük çıkması işletmenin faizleri öderken sıkıntıya düşeceği, yüksek çıkması ise faiz ödeme açısından işletmenin sağlıklı bir finansal yapısının bulunduğunu ortaya koyar.

Hastanede yabancı kaynaklarla finansmanın yüksek olması nedeniyle finansman giderlerinin artması hastanenin kar ile finansal yükümlülükler arasındaki ilişkileri gösteren oranlarını da olumsuz etkilemektedir. Hastanenin FVÖK/Faiz Giderleri Oranı ve Net Kar+Faiz Giderleri/Faiz Giderleri oranı bu nedenle sektör ortalamasının altında kalmaktadır.

SONUÇ

İnsanların yaşam kalitelerini arttırmak yönündeki bilinçlenmeleri sonucu sağlıkla ilgili beklentilerinin artması, tıp teknolojisinin gelişmesi ve bu gelişimin paralelinde hastanelerin yeni teknolojiyi uygulama zorunluluğu, sağlık hizmetleri sektöründeki artan rekabet, hastaneleri her geçen gün daha nitelikli, etkili ve verimli hizmetler sunmaya zorlamaktadır.

Bilindiği gibi işletmeler insan ihtiyaçlarını karşılamak ve kâr elde etmek için kurulmuş organizasyonlardır. Hastane işletmelerinin esas faaliyet konularının insan sağlığını iyileştirmek ve korumak olması bu işletmeleri hizmet işletmeleri de dahil olmak üzere diğer tüm işletmelerden ayırmaktadır. Ancak bu özelliği, hastanelerin diğer işletmeler gibi algılanmasına engel değildir.

Hastanelerde de hizmet sunumları esnasında diğer işletmeler gibi girdi-süreç-çıkıtı süreci söz konusudur. Ancak hastane girdileri; hastaneye alınan ilaç ve her türlü tıbbi malzeme, işgücü vb. unsurlar olabileceği gibi hastalar da olabilir. Bu durumda çıkıtı; hastanın tedavisinin yapılıp sağlığına kavuşturulmasıdır. Bu süreci uygularken hastaneler; hem hastaları iyileştiren bir müessese hem de faaliyetlerini sürdürebilmek için profesyonel olarak yönetilecek bir işletme olarak algılanırlar. Dolayısı ile diğer tüm işletmeler gibi hastaneler de faaliyet sonuçlarını görebilmek için katlandıkları maliyetleri bilmek zorundadırlar. Hastane maliyetlerini bilmek hastanelere maliyet bilgisi sağlamanın yanı sıra maliyetleri planlama, denetim ve maliyetlerin kontrolünde faydalı olacaktır.

Teknolojik gelişmelere paralel olarak zaman içerisinde tüm işletmelerin maliyet profili değişmiştir. Söyle ki zamanla direkt ilk madde ve malzeme ile direkt işçilik maliyetlerinin toplam maliyetler içerisindeki payı azalırken, GÜM'leri toplam maliyet içerisinde baskın hale gelmiştir. Bunun doğal sonucu olarak GÜM'nin dağıtım sorunu ortaya çıkmıştır. Çünkü genel üretim maliyetlerinin ürünlere dağıtılmasında kullanılan klasik dağıtım anahtarları işçilik ile GÜM arasındaki bağın azalması (otomasyonun artıp direkt işçiliğin azalması), işçiliği sağlıklı bir dağıtım anahtarı olmaktan çıkarmıştır.

Maliyet yönetim sistemi diğer üretim işletmelerinde olduğu gibi bir hizmet işletmesi olan hastaneler için de çok önemlidir. Hastanelerin maliyetlerinin gün geçtikçe artması kaynaklarını etkili ve verimli kullanmalarını, üretmiş olduğu sağlık hizmetlerinin maliyetlerini bilmelerini gerektirmektedir.

Hastanede sunulan hizmetlerin maliyetlerini hesaplayıp, analiz edebilmek için hastanenin ve sunulan hizmetin yapısına uygun bir maliyet sistemi benimsenmiştir. Maliyetin kapsamını belirleyen maliyet yöntemine göre, “normal maliyet yöntemi”nin, maliyetin zamanını belirleyen maliyet yöntemine göre belirlenecek maliyet sisteminde ise; direkt malzeme maliyetlerinin fiili rakamlara dayanılarak tespit edilmesi dışında, geçmiş verilere dayanılarak “tahmini maliyet yöntemi”nin uygulanmasına karar verilmiştir. Maliyetin şeklini belirleyen maliyet yöntemine göre ise; hastaneden hizmet alan her hasta bir sipariş olarak kabul edilebileceğinden sipariş maliyet yönteminin uygulanması, aynı zamanda laboratuvar, nükleer tıp, radyoloji hizmetleri gibi bazı hizmetler için de safha maliyet yönteminin uygulanması uygun görüldüğünden “karma maliyet yöntemi” uygulanmasına karar verilmiştir.

Çalışmaya öncelikle hastanedeki mevcut sistemin incelenebilmesi, maliyet türleri ve yerlerinin belirlenmesi ile başlanılmıştır. Hastaneler farklı meslek gruplarının bir arada çalıştığı sağlık kuruluşları olup, çalışanların yerlerinin sıklıkla değişmesi, hekimlerin aynı zamanda birden fazla yerde çalışıyor olması ve bazı hekimlerin idari görevlerinin de bulunması maliyet yerlerine göre işgücü maliyetlerinin hesaplanmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle çalışma programlarının gerçekçi bir şekilde düzenlenmesi ve bu programlara uyulması maliyetlerin doğru hesaplanması için önemlidir. Çalışma sonuçları oluşan maliyetleri, maliyet türleri ve maliyet yerleri bazında karşılaştırma imkânı vermekte olup, işgücü maliyetlerinin toplam maliyetler içerisinde önemli yer tuttuğunu göstermektedir. Bu nedenlerle hastanenin hizmet kapasitesinin artırılması, çalışanların daha verimli ve etkili çalışmalarının sağlanması ile işgücü maliyetleri ve diğer sabit maliyetlerden hizmet birim maliyetlerine düşecek pay azaltılabilecektir.

Maliyetler birinci asama maliyet yönlendiricileri vasıtasıyla bu faaliyetlere yüklenmiştir. Daha sonra faaliyet maliyetleri ikinci asama maliyet yönlendiricileri

vasıtasıyla maliyet hedeflerine yüklenmiştir. Birinci ve ikinci asama maliyet yönlendirici seçimlerinde çok fazla esneklik mümkün olamamıştır.

Geleneksel yöntemde tek bir dağıtım anahtarı kullanılırken, faaliyete dayalı maliyetleme yönteminde her faaliyet için farklı maliyet yönlendiricilerinin kullanılması ile daha doğru maliyet bilgisine ulaşılır, ancak yanlış seçilmiş bir maliyet yönlendiricisi yanlış maliyetlemeye sebep olabileceği gibi işletmelere ilave yükler de getirebilir. FDM'nin en zahmetli kısmı maliyet yönlendiricilerinin seçimi ve bu yönlendiricilerin ölçülmesidir.

Çünkü yanlış seçilmiş bir maliyet yönlendiricisi yanlış maliyetlemeye, yanlış maliyetleme de işletmeyi zarara uğratabilir. Tez çalışmasının yapıldığı hastanede, faaliyete dayalı maliyetleme yönteminin tüm hastane çapında uygulanması söz konusu olmasa da departman bazında uygulanabilirliği üzerine bir çalışma yapılmıştır. Bunun için geleneksel ikinci dağıtım sonrası elde edilen departman maliyeti önce faaliyetlere sonra çıktı olarak belirlenen ameliyatlara yüklenmiştir. Ayrıca geleneksel yönetime göre de bu ameliyatların maliyetleri hesaplanmıştır. Sonuçta departman bazında uygulanan faaliyete dayalı maliyetleme yöntemine göre elde edilen sonuçların, geleneksel yönetime göre elde edilen sonuçlardan daha gerçekçi olduğu neticesine ulaşılmıştır.

Ülkemizde, hastanelerde faaliyete dayalı maliyetleme yönteminin uygulanması yaygın değildir. Bunun nedenleri arasında; hastanelerde muhasebe bilgi sistemlerinin tam olarak oturmaması, maliyet ve yönetim muhasebe bilincinin oluşmaması, hastanelerin hâlâ fiyatlandırma konusunda devlete bağlı kalmaları sebebiyle gerçek maliyetlerini öğrenme konusunda hevesli olmamaları, faaliyete dayalı maliyetleme uygulaması yapmak için bilgili personel ihtiyacı, faaliyetlerin ve maliyet yönlendiricilerinin belirlenmesinin zorluğu ve maliyetli olması sayılabilir. Tüm bu sıkıntılara rağmen hastanelerde faaliyete dayalı maliyetleme yönteminin, doğru seçilmiş maliyet yönlendiricileri vasıtasıyla uygulanmasının ilgilileri daha doğru maliyet bilgisine ulaştıracağı kanaatine varılmıştır.

Çalışmada sunulan hizmetlerin birim fiyatları hesaplanmış, poliklinik ve servis birim maliyetleri hesaplanmıştır. Bu maliyetler ilaç ve sarf malzeme dahil veya hariç olarak ayrı ayrı detaylandırılmıştır.

Yapılan çalışma maliyet yönetimi açısından bir başlangıç olup, bu konuda gerekli çaba ve istek gösterildiği takdirde sistemin iyileştirilerek geliştirilmesi mümkün olacaktır.

Bulgular

Hizmet maliyetinin tam olarak hesaplanması son derece zordur. Maliyetler açısından değerlendirdiğimizde hizmet maliyetinin tam olarak saptanabilmesi maliyet kontrolünde, maliyet denetiminde ve kaynakların etkin dağılımında önemli rol oynamaktadır. Bir hizmet işletmesi olan hastanelerde de durum aynıdır. Hastanelerde genel maliyet merkezleri muayene, ameliyat ve yatak hizmetleridir. Hastanelerin sunduğu bu üç önemli hizmetin maliyetlerinin tam olarak belirlenmesi gerekmektedir. Maliyetlerin tam ve doğru olarak hesaplanabilmesi için geleneksel maliyetleme yöntemlerin yerine daha sağlıklı sonuçlar veren yeni maliyetleme sistemleri kullanılmalıdır. Bu maliyetleme sistemlerinden biri de faaliyet tabanlı maliyetleme sistemidir. Hastaneler teknoloji yoğun ve sabit giderleri fazla olan işletmelerdir. Bu sebeple hastanelerinde birim muayene hizmet maliyetlerini azaltabilmek için işlem süreçlerinin hızlandırılarak daha fazla hastanın muayene edilmesi birim muayene maliyetlerini azaltıcı etki yapacaktır. Bunun yanında muayene saatlerinin yeniden yapılandırılması ve kontrol edilmesi de birim muayene maliyetlerini düşürecektir. Özellikle işlem süreçlerinin (hastanın muayene isteği ile hastaneye gelmesinden, hastaneyi terk edene kadar geçirdiği süreyi ve işlemleri kapsayan süreç) hızlandırılması, bir yandan yoğunluğu azaltırken diğer yandan daha fazla hastayı muayene etme şansı ortaya çıkaracaktır.

Son yıllarda Türkiye'nin hastanelerinde işlem süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik birçok yenilikler yapılmakta ve yapılmaya devam etmektedir. Hastanelerde bu uygulamaların takipçileri ise hiç şüphesiz hastane yönetimleridir. Maliyetlerin sürekli azaltımı ve kaynakların etkin kullanımı hastane yönetiminin bu faaliyetlere verdiği öneme bağlı olarak şekillenecektir. Ama son yıllarda olan iyileştirmelere rağmen

hala direkt maliyetler ve endirekt maliyetleri hesaplayıp her tür maliyetin yüzdesi bulduktan sonra, bu yüzdelerin ne kadar doğru olduğu tartışılır. Çünkü dağıtım anahtarları değiştirilerek bulduğumuz yüzdeler de değişebilir.

Öneriler

Ülkemizde özellikle hastanelerde faaliyete dayalı maliyetleme yöntemi çok kullanılan bir yöntem olamamıştır. Zira bu yöntemin kurulması için ihtiyaç duyulan verileri kaydetmek zaman kaybettiren ve pahalı bir süreçtir. Yöntemin uygulanabilirliği için muhasebeye konu olan kayıtların kaydedilmesinin ve bu kayıtlarını ayrıntılı bir analizinin titizlikle yapılması gereklidir.

Hastanelerde gerek tüm hizmetleri içeren departmanların maliyet hesaplamalarında, gerekse poliklinik gider yeri maliyetlerinin belirlenmesinde gider denetimi yapılacak en önemli kalem personel giderleri olmaktadır. Hastaneler giderlerini denetlemek ve maliyetlerini minimize etmek için bu gider türüne ağırlıklı olarak eğilmek zorunda olmalıdırlar. Bu açıdan iş analizi ve iş değerlemesi yöntemleri, standart değişken maliyet yöntemleri ile birlikte kullanılarak yararlı sonuçlar alınabilir. Hastanelerde en önemli gider kalemi olan ücret giderlerinin denetim altına alınabilmesinin diğer bir yolu da performansa dayalı ücret sistemidir. Halen uygulanmakta olan performansa dayalı ücret sisteminin gider denetimi amacına da hizmet eder şekilde maliyet temelli olarak güncelleştirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Hangi maliyetleme yöntemi uygulanacak olursa olsun tüm hastanelerin doğru maliyetlere ulaşabilmelerinin gerçek verilerle olabileceği göz ardı edilmeden hastanelerin muhasebe sistemlerini bu doğrultuda oluşturmaları gereklidir

Hastanelerde gerek üst yöneticilerin, gerekse finansal gider yeri yöneticilerinin maliyet kültürü konusunda bilinçlendirilerek, hastanelerimizin tamamında bilimsel maliyet muhasebesi sistemlerinin kurulması teşvik edilmelidir.

Sağlık Bakanlığı'na gönderilen tıbbi istatistik verileri ile hastane bilgi sisteminden alınan tıbbi istatistikler arasında fark bulunmaktadır. Ülke çapında yapılan analizlerin doğru yapılabilmesi için bu istatistiklerin düzenli ve doğru tutulması ve doğrulanabilir olarak sunulması sağlanmalıdır.

Ek- 3

Tarih Kontrolü	<input type="checkbox"/> Uygun	<input type="checkbox"/> Uygun Değil
Genel Göz Kontrolü	<input type="checkbox"/> Uygun	<input type="checkbox"/> Uygun Değil
Sayım ve Miktar Kontrolü	<input type="checkbox"/> Uygun	<input type="checkbox"/> Uygun Değil
Ambalaj Kontrolü	<input type="checkbox"/> Uygun	<input type="checkbox"/> Uygun Değil
Fatura / Fiyat Kontrolü	<input type="checkbox"/> Uygun	<input type="checkbox"/> Uygun Değil
İrsaliye / Miktar Kontrolü	<input type="checkbox"/> Uygun	<input type="checkbox"/> Uygun Değil
Zamanında Teslim Durumu	<input type="checkbox"/> Uygun	<input type="checkbox"/> Uygun Değil
Şartnameye / Siparişe uygunluk	<input type="checkbox"/> Uygun	<input type="checkbox"/> Uygun Değil

Firma Adı	
Fatura / İrsaliye No	
Kontrol Tarihi	
Kontrol Eden	

UYGUNSUZLUK NEDENLERİ

ONAY VEREN:

Ek-4

NUMUNE DEĞERLENDİRME FORMU						
FİRMA BİLGİLERİ :						
Adres:			Tel:	Faks:	e-posta:	
Numune Gönderilen Birim :			Numuneyi Teslim Alan:		Numune Veriliş Tarihi	FORM Teslim Tarihi
Sıra No	Numunenin Ayrıntılı Tanımı (Cins, Marka, Tip, Tür, Model vb. gerektiğinde beyanname no)	Numune Miktarı	Değerlendirme Kriterleri			ONAY VEREN KİŞİ AD SOYAD İMZA
			UYGUN/ UYGUN DEĞİL	EKONOMİK/ EKONOMİK DEĞİL	TEMİNİ KOLAY/ KOLAY DEĞİL	
1.						
2.						
3.						
Numune ile ilgili görüş ve öneriler:						
KOMİSYONUN ONAYI:						

Ek-5

İHALE FİYAT ÇİZELGESİ					
İHALE TARİHİ :	FİRMALAR				
	MAL VEYA HİZMET	A FİRMASI	B FİRMASI	C FİRMASI	D FİRMASI
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Ek-6

a)İç Hastalıkları Poliklinikleri-Servisi

- Allerji hastalıkları polikliniği
- Endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları polikliniği-servisi
- Gastroenteroloji polikliniği-servisi
- Nefroloji polikliniği-servisi
- Romatoloji polikliniği
- İş ve meslek hastalıkları polikliniği-servisi
- İmmünoloji polikliniği-servisi
- Hematoloji polikliniği-servisi
- Geriatri polikliniği-servisi
- Tıbbi onkoloji polikliniği-servisi
- Kardiyoloji polikliniği-servisi
- Göğüs hastalıkları polikliniği-servisi
- Allerjik göğüs hastalıkları polikliniği
- Enfeksiyon hastalıkları polikliniği-servisi
- Nöroloji polikliniği-servisi
- Psikiyatri polikliniği-servisi
- Alkol ve madde bağımlılığı polikliniği-servisi
- Dermatoloji polikliniği-servisi
- Fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniği-servisi
- Romatoloji (FTR) polikliniği
- Anestezi ve reanimasyon polikliniği-servisi
- Algoloji (ağrı) polikliniği-servisi
- Radyasyon Onkolojisi polikliniği-servisi
- Spor hekimliği polikliniği
- Askeri sahra hekimliği polikliniği-servisi

- Hava ve uzay hekimliği polikliniği
- Sualtı hekimliği ve hiperbarik tıp polikliniği-servisi
- b. Halk Sağlığı Poliklinikleri
 - İşyeri hekimliği polikliniği
 - Okul hekimliği polikliniği
 - Aile hekimliği polikliniği
- c. Acil Tıp Polikliniği
- d. Adli Tıp Polikliniği
- e. Genel Cerrahi Poliklinikleri
 - Gastroenteroloji cerrahisi polikliniği-servisi
 - Çocuk cerrahisi polikliniği-servisi
 - Göğüs cerrahisi polikliniği-servisi
 - Kalp ve damar cerrahisi polikliniği-servisi
 - Beyin ve sinir cerrahisi polikliniği-servisi
 - Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahisi polikliniği-servisi
 - El cerrahisi polikliniği-servisi
 - Ortopedi ve travmatoloji polikliniği-servisi
 - Üroloji polikliniği-servisi
 - Çocuk ürolojisi polikliniği-servisi
 - Androloji polikliniği-servisi
 - Kulak burun ve boğaz hastalıkları polikliniği-servisi
 - Göz hastalıkları polikliniği-servisi
 - Kadın hastalıkları ve doğum polikliniği-servisi
 - Üreme endokrinolojisi ve infertilite polikliniği-servisi
 - Perinatoloji polikliniği-servisi

f. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri

- Çocuk kardiyoloji polikliniği-servisi
- Çocuk metabolizma hastalıkları polikliniği-servisi
- Çocuk endokrinoloji polikliniği-servisi
- Çocuk hematoloji polikliniği-servisi
- Çocuk nefroloji polikliniği-servisi
- Çocuk nöroloji polikliniği-servisi
- Çocuk allerji polikliniği-servisi
- Çocuk onkoloji polikliniği-servisi
- Çocuk Gastro, hepatoloji ve beslenme polikliniği-servisi
- Çocuk enfeksiyon hastalıkları polikliniği-servisi
- Neonatoloji (yenidoğan) polikliniği-servisi
- Genetik polikliniği-servisi
- Çocuk göğüs hastalıkları polikliniği-servisi
- Çocuk immünoloji polikliniği-servisi
- Çocuk psikiyatri polikliniği-servisi
- Adölesan polikliniği-servisi

g. Diş Kliniği Poliklinikleri

- Ağız dış çene hastalıkları ve cerrahisi polikliniği
- Ortodonti polikliniği
- Pedodonti polikliniği
- Diş protezi polikliniği
- Periodontoloji polikliniği

Ek-7

SWOT ANALİZİ
GÜÇLÜ YANLAR
1) Kullanılmayan Market, Bakir Pazarlar (Bölgeler)
2) Kaliteli kadro ve deneyimli yöneticiler
3) Sağlık Sektöründe kapsamlı belgeler
4) İyi gelişmiş hasta bakım sistemi
5) Akla yatkın hastane sistemi
6) Güçlü Bilgi İşlem
7) Bölgede tanınmış ve kaliteli bir hastane
8) Güçlenen Klinik Departman
9) Hemşire eksikliğine rağmen, tecrübeli hemşirelerin bulunması
10) Her seviye hemşire için, iş tanımı olması
11) Uygun ahlak kuralları
12) Eğitim programlarının olması
13) Personelin gelişimi
14) Hastane altyapısının bulunması
15) Yeni, yetenekli ve deneyimli İdari Yönetim Takımı
16) Hizmette artan tecrübe
17) Artan tanınma
18) Modern hastane yapısı
19) Destekleyici bölgesel medya
20) Düşüş eğilimindeki hastalık ve ölüm oranları
21) Artış eğilimindeki nüfus ve iyileşen demografik göstergeler
22) Sağlık konusunda artan genel bilinç düzeyi
23) Türkiye’de özel hastane işletmeciliği son dönemlerde bir miktar desteklenmiş ve birçok yetersizlikler olmakla birlikte bu konuda sınırlı bir deneyim yaşanmasıyla oluşan tecrübe
24) Türkiye iletişim ve bilişim teknolojisinde bazı önemli gelişmeler sağlanması

25) Multidisipliner yaklaşım
26) Eğitime (Yüksek Lisans ve Doktora) verilen önem
27) Güçlü ve etkin teknik ve teknolojik altyapı
ZAYIFLIKLAR
1) Fiyat Ayrımcılığı
2) Yetersiz iş gücü
3) Güçlenen kamu sağlığına karşı pasif kalınması
4) Kişi başına düşen düşük sağlık harcaması
5) Ulaşım sıkıntısı
6) Özel hastane gruplarının üniversite ve meslek yüksekokulu açmalarına rağmen bu alanda geç kalınması
7) Belirsiz hedefler
8) Hasta bakımının devamında yaşanan sıkıntılar
9) Sağlık Hizmeti, kamu sağlığı ve sosyal hizmetler arasındaki sıkıntılı bağlantı
10) Yükselen Maliyet
11) Devamlılığı olmayan gelir tabanı
12) Eğitim ve Yönetim yeteneklerinin devamlılığını azlığı
13) Yetersiz Para Kaynağı
14) Hastane ilke ve düzenlemelerine karşı olan düşük bağımlılık
15) Gelişim için kaynak azlığı (zaman, para ve destek)
16) Hemşireler arası rekabet olmaması
17) Çalışma ortamında yenilikçilik ve yaratıcılık eksiklikleri
18) Personel sıkıntısı çeken bölümler ve eldeki personele göre fazla iş yükü olan bölümler
19) Problem çözümünde yapılan birçok hata
20) Hemşire bölümü yöneticilerinin, hemşireleri çalışmaya şevk etmede sıkıntı olması
21) Hemşire personelinin birbiri ile örtüşen görevleri
22) Hemşire personelinin yeteri kadar saygı görmemesi ve ödüllendirilmemesi
23) Hastane yönetiminin merkezi yapısı

24) Hastanede yapılan istatistiksel çalışmaların azlığı
25) Personel eksikliğinden dolayı, hemşireler üzerindeki yüksek seviye iş stresi
26) Hastanın gizlilik politikası ile ilgili eksiklikler
27) Hemşirelerin yüksek oranda işten memnuniyetsizliği
28) Kalite artırılması üzerine çalışan deneyimli personel yokluğu
29) Değişim yönetimi kapasitesi ve yeteneğinin sınırlı olması
30) Acil servisin yoğunluğundan dolayı, yüksek doluluk oranı ve bu bölümün gelir getirici çalışmalarının sürecindeki sıkıntılar
31) 2009 yılında 530 ABD doları olan kişi başı sağlık harcamasının Türkiye'yi birçok Avrupa ülkesinin gerisinde kalması
32) Uluslararası standartların gerisinde kalan patent yasası ve fikri mülkiyet hakları
33) Hemşire sıkıntısı çeken bir hastane
34) Her seviye hemşire ve personel için, iş tanımı olmaması
35) Periyodik olarak memur ve personel değerlendirilmesinin yapılmaması
36) Hastane departmanları arasındaki zayıf iletişim
37) Hasta taşıma ve ambulans hizmetlerinde işletme ve finans açısından sorunlar yaşanması
38) Bölümlerde, enformasyon ve istatistik çalışmaları son derece yetersiz durumdadır. Genel olarak , hasta kayıtları ve arşivler büyük oranda yetersiz
39) Sağlık sektöründeki teknolojik yatırımlar planlama açısından bozuk ve denetimsiz bir şekilde yapılması
40) Dosya sisteminin yetersizliği
41) Personel sirkülasyonunun (personel devri) fazla olması
42) Kurumiçi eğitim ile birlikte kurum dışı eğitimin eksik kalması
FIRSATLAR
1) Sağlık Turizmi
2) İlkelerin Yenilenmesi
3) Ekonomik Büyüme
4) Toplumsal Değişikliklerin pozitif olarak kullanılması
5) Teknolojik Gelişmeler

6) Bağımlı personel ve destekleyici çalışma ortamı, hastanenin büyümesini sağlaması
7) Hastanenin mevki (büyük nüfus ve hala varolan kaynak)
8) Bölgesel bilinirlik
9) Hastane bölümlerinin ve sağlık hizmeti servisinin gelişime açık olması
10) Pazarda yükselen pay
11) Nüfusun büyüklüğü ve mevcut düşük tüketim oranı göz önünde bulundurulduğunda, önemli büyüme potansiyeli
12) Dünyadaki en hızlı büyüyen pazarlardan biri olması
13) Sağlık hizmetlerine daha fazla kişinin erişmesine olanak sağlayacak merkezi sağlık sigortası/sosyal güvenlik gibi sağlık reformları
14) Avrupa Birliği ile uyum süreci, sağlık alanında eğitim, sağlık hizmeti ve finans konularında akılcı değişimlere yol açması
15) Avrupa birliği ile entegrasyon, sağlık teknolojisindeki harcamaları azaltması
16) Sağlık alanında doğru işletmeye yönelik, akılcı düzenlemeler yapıldığı takdirde, Türkiye’de mevcut bulunan iyi yetişmiş hekim ve sağlık personeli, Avrupa Topluluğu ülkelerine daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilir. Avrupa ve ABD sigorta sistemleri hastaların Türkiye’de tedavisini maliyet açısından daha uygun bulabilirler. Bu da Türkiye’ye önemli bir gelir kaynağı sağlayabilmesi
17) Türkiye Avrupa Birliğinin Bilimsel çerçeve programlarının üyesi ve ortağı olması. Bu tip işbirlikleri Türk hekim ve araştırmacıları için yeni kaynaklar yaratabilme ihtimali
18) Son yıllarda yabancı yatırımlar da dahil olmak üzere, artan sağlık yatırımları
19) Her geçen gün AB ile daha uyumlu hale gelen piyasa düzenlemeleri
20) Türkiye yaş ortalaması açısından genç bir nüfusa sahiptir. Yeterli iş olanaklarına kavuşturulduğu takdirde genç nüfus sağlık sektöründe işgücü, finansman ve insan kaynakları açısından bir avantaj taşıyabilmesi
21) Türkiye’de Hekimlerin eğitimi bazı aksaklıklara rağmen bir seviyede verilmekte ve düzenli olarak sürmesi. Dağılımın ve istihdamın bozuk olmasına rağmen büyük sayıda hekim bulunması. Sağlık personeli, özellikle büyük merkezi Tıp Merkezlerinde, yüksek teknolojiyi kullanmakta ve yeni uygulamaları yapabiliyor
22) Türkiye’de Sağlık Kurumları yetersizlikler ve aksaklıklara rağmen geleneksel olarak bir çalışma yöntemine ve organizasyona sahip olması
23) Doğru işletmecilik kuralları uygulandığı takdirde Tıp Fakültesi Hastaneleri kamu hastanelerinin görevlerini daha fazla destekleme potansiyeli taşıması

24) Sağlık hizmetlerinde, eğitimde, denetimde, örgütlenmede, yetki ve sorumluluk, hiçbir gelişmiş Batı ülkesinde olmadığı kadar, merkezi, bürokratik ve politik bir örgütlenmeyle, Sağlık Bakanlığının elinde bulunması. Buna karşın, son yıllarda TTB ve UDKK içinde, bu yetki ve sorumlulukların büyük bir kısmının sivil meslek kuruluşlarına devretmesi gerektiğine dair düşünceler ve çalışmalar ortaya çıkmaya başlaması. Bu durum, çağdaş sistemlerle uyumlu hale getirmesi gereken Türkiye için umut verici bir başlangıç olması
25) Yeni pazar kesimlerinin oluşturulması
26) Özellikli birimlerin varlığı ve bu birimlerin gelecekteki öneminin fazlalığı
27) CRM ile sürdürülebilir hasta potansiyeli politikasıyla geniş portföylerin oluşturulabilmesi
28) Reklam, Sponsorluk Çalışmaları
TEHDİTLER
1) Gelişen Nüfus, orantısız olarak artan, sağlık güvencesi olmayan kişi sayısındaki artış
2) Sağlık sektöründeki dengesiz maliyet
3) Varolan ve artan gelir eşitsizlikleri
4) Ekolojik ve kamu sağlığı tehditleri
5) Halkın, sağlık sistemine karşı beklentilerinin yükselmesi
6) Devlet, ödenmesi gereken paranın, belli bir kısmını verdiği için doğan mali sorunlar, personelin maaşlarının düzenli olarak ödenmemesi ihtimallerinin olması
7) Kar amacı gütmeyen kurumlar, yüksek maaşlar önererek, hastaneye bağımlı olan personeli transfer etmesi, kendi bünyesine alması
8) Piyasa koşullarına göre, yeni hemşire alımının zorluğu
9) Personel için dış mali kaynakların eksikliği
10) Diğer hastanelerdeki sağlık personellerinin elde tutulması amacıyla iyileştirilen maddi ve manevi şartlar
11) Hemşire eksikliği
12) Bölge itibariyle nitelikli işi gücü bulamama
13) Devletin özel sağlık sektöründeki kısıtlamaları
14) İnternet Kaynakları eksikliği
15) Politik desteğin azlığı
16) Devletin fiyat kontrolleri ve geri ödeme listelerinin pazarın cazibesi üzerindeki olumsuz etkisi

17) Modernizasyon masraflarının, yasal çerçeve ve endüstri standartlarının uluslararası normlar düzeyine ulaşmasını engelleme olasılığı
18) Sosyal sigorta sistemindeki bütçe açıklarının artması ve sektöre olumsuz etkileri
19) Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında en büyük tehdit, hükümetlerin sağlık sektöründe akılcı düzenlemeleri içeren politik iradeyi gösterememeleri ve şimdiki durumun sürmesi
20) Tıbbi hizmet, teknoloji ve malzemenin fiyatları, kısaca maliyet, her geçen yıl büyük bir oranda artması. Bu durum, sadece Türkiye’nin değil, gelişmiş Batı ülkelerinin sağlık sektörleri ve ekonomileri için de ciddi bir tehdit oluşturması. Çağdaş gelişmelere uygun ve yeterli sağlık hizmeti gelecekte hiçbir toplum tarafından finanse edilemiyebilmesi
21) Türkiye’nin son 20 yılda yürüttüğü düşük kaliteli ve gerektiğinden çok sayıda hekim ve uzman hekim yetiştirme politikaları, zorunlu devlet hizmeti yasaları gibi uygulamalar Türkiye’nin çok sayıda, yetersiz, işsiz veya gizli işsiz konumundaki hekimle dolmasına yol açması. Hekim hatalarının ve yanlış tıbbi uygulamaların artışı olması. Gelecekte bu durum çözümü çok zor olan ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak belirmesi
22) Türk toplumu hastalıklarının tedavisi için tıp merkezlerine gitme alışkanlığına sahip olması
23) Rakip hastanelerinin bir çoğunda çağdaş teknolojik donanım yeterli düzeyde bulunması
24) Tıp Fakültesi Hastanelerinin sayı olarak arttırılarak yaygınlaştırılması tıpta eğitim seviyesinin düşmesi ve gereksiz yere yüksek sayıda hekim yetiştirilmesi gibi sakıncaları içermesi
25) Hastane döner sermayeleri, DPT ve hükümet politikalarıyla desteklenmiş ve bunun sonucunda başta gelişmiş hastaneler olmak üzere döner sermaye sistemleri yerleşmesi. Bu şekilde sağlık sektöründe reel para akışı sağlanmış, hastanelerin profesyonel ve çağdaş işletmeler olabilmesine ilişkin bir ilk adım atılması
26) Türkiye’de verimli çalışan hekim ve sağlık personeli için, verimli çalışmayan personelle kıyaslandığında finansal açıdan ödüllendirme mekanizması yok denecek kadar kısıtlı olması. Bununla birlikte, yeni yasal düzenlemelerle, döner sermaye katkı payına göre hekimlerin aldığı destekte bazı kısıtlı olanaklar sağlanmıştır. Yeni yerleşmekte olan bu modelin geliştirilmesi, verimliliğin ödüllendirilmesi gibi bir temel çalışma kuralının işlenmesini sağlayabilmesi
27) Kamuda ciddi sorunlar olsa da, birinci basamak sağlık hizmetlerinde (Sağlık Ocağı, Aile Hekimi...vb) fiziksel alt yapı ve hizmet ağı mevcut olması
28) Sağlık kuruluşlarının çoğunun ve personelin kontrolünün, merkezi ve politik bir kuruluş olarak Sağlık Bakanlığının elinde bulunması. Bu durum, hükümetlerin politik menfaatlerini arttırmakta, ancak ülkenin sağlık sorunlarını çözümünde yetersizliklere yol açması
29) Türkiye’de sağlık politikaları, ülkenin sağlık sorunlarına gerçekçi, akılcı ve kalıcı çözümler getirmekten çok, hükümetlerin ve politikacıların seçimlerde tabandan gelen tepkileri önleyebilmeleri prensibi üzerine oturmuştur. Bu durum Sağlık konusunun populist

yaklaşımların hedefi haline getirmesi
30) Sağlık sorunlarına idari yaklaşımların çoğu, günümüzde sağlığın tüm ülke düzenini etkileyebilecek büyüklükte, sektörel ve tümüyle profesyonel bir alan olduğunu kavramaktan uzak olması. Türkiye’de sağlık sorunlarının çözümünde akılcılık ve gerçekçilik birer Dünya görüşü olarak benimsenmemesi
31) Türkiye gelir kaynakları ve ekonomik açıdan artı değerleri düşük bir ülkedir. Bütçede zorunlu ve yüksek bir askeri harcama oranı vardır. Sağlık hizmetleri için genel bütçeden daha fazla pay ayrılması ülke gerçekleriyle bağdaşmaması. Dolayısıyla haklı veya haksız bütün itirazlara rağmen hiçbir hükümet sağlık sektörüne kamu kaynaklarından yeterli bir pay ayıramamaktadır; ve belki de yakın gelecekte de ayıramaması
32) Türkiye’nin sağlık için devlete bağlı kurumlar yoluyla harcadığı gerçek toplam harcama belirli değildir. İçlerinde TBMM, MSB, Askeri Hastaneler ve Merkez Bankası gibi kuruluşların bulunduğu bir çok devlet kurumu, kendi personel ve yakınlarının sağlık harcamaları için, sigorta primi ödeyen vatandaşlara dahi sağlanmayan özel ayrıcalıklar sunması. Kamu kaynaklarından sağlanan tüm bu kalemler göz önüne alındığında ortaya çok daha değişik bir israf, çifte standart ve eşitsizlik tablosu çıkabilmesi
33) Sağlık hizmetlerinin finansman yönetimi, profesyonel nitelikte, alanlarında yeterlilikleri kanıtlanmış kişilerce değil, kalifiye olmayan kişilerce yapılması. Sonuçta, sağlık sektöründe gelir ve gider dengesi tümüyle bozulmuş, büyük iç borçlanmalara gidilmiş sağlık sisteminin açıkları, prensipte bu amaç için toplanmayan genel bütçenin vergi ve fonlarının karşılanmaya çalışılmış ve sistem reel anlamda sıkıntılı olması
34) Çalışma Bakanlığı, sigortacılığın yanı sıra büyük Hastane İşletmeciliği gibi üzerine hiç almamış olması gereken bir işe soyunması. Bu durum, genel anlamda, sağlık sektöründe yaşanan çıkmazların, yolsuzlukların ve kamu kaynaklarının boşa harcanmasının temel nedeni halinde olması
35) Halkın gelir düzeyi düşük olması
36) Sayılarının yüksek olmasından ötürü, hekimlerin bir bölümü iş bulma olanaksızlığından ötürü devletin kendilerine zorla iş vermesinden memnun gözükmesi. Ancak sektörel açıdan bakıldığında bu durumun akılcı bir sağlık işletmeciliğiyle bir ilişkisi olmadığı ortaya çıkması
37) Türkiye, sağlık sektöründe ilaç, sağlık malzemesi ve teknik donanımda büyük oranda dışa bağımlı durumdadır. Bu hal, ülke gelirlerinin büyük oranda yurtdışına aktarılmasına yol açması
38) Yurtdışında geçerli olan kalite belgesi, akreditasyon ve sertifikaların alınması için çalışmaların olmaması
39) Düşük fiyata hizmet veren kar amaçsız veya düşük karlı hastanelerle rekabet etme
40) Gaziosmanpaşa Devlet Hastanesi'nin açılma ihtimali

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

Abernathy, W.J., Baloff, N., Hershey, J.C.&Wandel, S.(1973). A three – stage manpower planning and scheduling model- A service- sector example, Operations Research, 21,693-711.

Accreditation Manual for Hospitals, (1993). The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL.

Ak, B. (1990), Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Yeni Asya Yayınları, Ankara.

Akal, Z.(1992). İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi, MPM Yayınları Ankara.

Akal, Zuhâl; s Etüdü, M.P.M Yayınları. 29, Ankara, 1992

Akar, Ç (2002). ve Özalp, H., Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Songür Yayıncılık, Ankara.

Akar, Ç. (2001), ve Özalp, H., Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Gelişim Dizgi ve Yayıncılık, Ankara.

Akar, Ç. (2004), Sağlık Kurumlarında Finansal Analiz Ders Notları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara.

Akar, Ç. ve diğerkleri (2006), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi, DRG Maliyetlendirme Rehberi-2 (Versiyon 1), Hastane Gider Yerleri Hesap Planı ve Veri kaynakları Analizi, Ankara.

Altuğ, Osman; (2001) Maliyet Muhasebesi, 13. Baskı, Türkmen Yayınları, İstanbul.

Barber, R.W.(1977). A unified model for scheduling elective admissions, Health Services Research, 12, 407-415.

Bas, M. I ve Aktar, A. (1991). İşletmelerde Verimlilik Denetimi, MPM Yayınları No:435, Ankara.

Becker, E.R., Sloan, F.A.(1985). Hospital ownership and performance, Economic Inquiry, 23, 21-36.

Berki, S. E. (1972), Hospital Economics, Levington Books, Massachusetts.

Berwick, D.M., Godfrey, A.B. Roessner, J., 1991. Curing Health Care. Jossey – Bass Publishers, San Francisco.

Büyükmirza, Kamil; (2003) Maliyet ve Yönetim Muhasebesi, Gazi Kitabevi, 9. Baskı, Ankara.

Corsten, H. and Stuhlmann, S.(1998). Capacity management in service organizations, Technovation, 18(3), 163-178.

Çetiner, Ertuğrul; (2000) Maliyet Muhasebesi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Donabedian, A.(1982). The criteria and standard of quality. Health Administration Press, Ann Arbor, MI.

Eldin, M.(2001). For the modern IDS, less is often more, Managed Healthcare Executives 11 (3), 26-30.

Fetter, R.B., Freeman, S.Y., Averill, R.F., Thompson, J.D.(1980). Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care*, 18 (Suppl.).

Fitzsimmons, J.A, Fitzsimmons, M.J.(1998). *Service Management: Operations, Strategy, and Information Technology*, McGraw-Hill, Boston, MA.

Griffith, J.R., Hancock, W.M. and Munson, F.C.(1976). *Cost control in hospitals*, Health Administration Press, Ann Arbor, MI.

GÜREDİN, Ersin. *Denetim ve Güvence Hizmetleri*, 11. Baskı, Arıkan Basım Yayın Dağıtım, İstanbul, 2007.

Hancock, W.M. Warner, D.M., Heda, S., Fuchs, P., 1976. Admission Scheduling And Control Systems. In: Griffith, J.R., Hancock, W.M., Munson, F.C. (Eds), *Cost Control _n Hospitals*. Health Administration Press, Ann Arbor, MI.

Heineke, J. (1995). Strategic Operations Management Decisions And Professional Performance _n Us Hmos, *Journal of Operations Management*, 13, 255– 272.

Ishikawa, K.(1990). *Introduction to quality control*, 3A Corporation Tokyo.

Jack, E.P. and Powers, T.L.(2004). Volume flexible strategies in health services: a research framework, *Production and Operations Management*, Vol.13, no.3, pp.230-44

Kaplan, S. R. ve Atkinson, A. A. (1998), *Advanced Management Accounting*, Prentice Hall Inc., USA, 3. Baskı.

Karakaya, Mevlüt; (2006) *Maliyet Muhasebesi*, Gazi Kitabevi Yayınları, 2. Baskı, Ankara.

Kavuncubaşı, Ş. (2000), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kirkman-L.B.(2002). Keeping an eye on a moving target:quality changes and challanges for nurses, *Nursing Economics*, 20 (6), sayfa.258–267.

Korukluoğlu ve diğerleri (2004), *Aile Hekimliği Turkiye Modeli Kitapçığı*, Editor: Sabahattin Aydın, T.C. Sağlık Bakanlığı.

Li, L.X. and Benton, W.C.(1996). Performance measurement criteria in healthcare organizations: review and future research, *European Journal of Operational Research*, 93,449-468.

Li,L.X. and Xu, L.D. (1992). Application of Information –Systems To Aids Risk Reduction. *Medical Informatics* 17 (4) 199–214

Long. M.F., Feldstein, P.J.(1967). Economics of hospital systems: peak loads and regional coordination, *American Economic Review*, 57,119-129.

MacStravic, R.E.(1979). Areawide fluctuations in hospital daily census, *Medical Care* 17 (12), 1229-1237.

Mahmoud, E., and Rice, G.(1998).Information systems technology and healthcare quality improvement. *Review of Business*, 19(2),8–13.

Menderes, M.(1994), *Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Mali Analiz*, Eskişehir Universitesi Aıkogretim Fakultesi Yayınları.

Nath, D. and Sudharshan, D.(1994). Measuring strategy coherence through patterns of strategic choices, *Strategic Management Journal*, 15(1), 43-51.

Nutt, B.(2004). Infrastructure and facilities: forging alignments between supply and demand, *Conference proceeding of Future in Property and Facility Management II*, a two-day international conference, University College London, London.

Offensend, F.L.(1972). A hospital admissions system based on nursing work load, *Management Science*, 19,132-138.

Özmen R., Sağlık Mevzuatı (2001), 1. Baskı, Seçkin Yayınları, s: 383.

Pegels, C.C. and Rogers, K.A.(1988). Strategic Management of hospital and health care, An Apsen Publication, Rockville, MA.

Pegels, C.C. and Rogers, K.A.(1988). Strategic Management of hospital and health care, An Apsen Publication, Rockville, MA. Quinn, J.B.(1996). Competitive Strategy. Free Pres, New York.

Re, R.N. and Krousel-Wood, M.A.(1991). How to use continuous quality improvement theory and statistical quality control tools, in a multidisciplinary clinic, QRB Quality Review Bulletin, 16, 391-97.

Ridge, J.C.(1998). Capacity planning for intensive care units, European Journal of Operational Research, 105(2), 346–356.

Robins, K.(1994). Health care technology, Business and Health, 12(3), 63-66. 143

Roth, A.V., and Van Dierdonck, R. (1995). Hospital Resource Planning: Concepts, Feasibility, And Framework. Production And Operations Management 4 (1), 2–29

Roth, A.V., Johnson, S.P., and Short, N.M.(1996). Strategic deployment of technology in hospitals; evidence for reengineering in managing technology of health care organizations, eds, E.Geisler and O.Heller

Savcı, Mustafa; (1999) Maliyet muhasebesine Giriş, Akademi Yayınevi, Rize.

Schulz, K. ve Johnson, C. A. (1983), Management of hospitals, 2. Baskı, Mc Graw-Hill Book Company, NewYork.

Seçim, H. (1991), Hastane Yönetim ve Organizasyonu Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul.

Sevgener, Sait; Rüstem Hacırüstemoğlu; (2000) Yönetim Muhasebesi, 6. Baskı, Alfa Yayınları, İstanbul.

Shemwell, D.J. and Cronin, J.J.(1994). Service marketing strategies for coping with demand/supply imbalances, Journal of Services Marketing 8, 14-23.

Smith-Daniels, V.L., Schweikhart, S.B., and Smith-Daniels, D.E.(1988). Capacity manangement in health care services: Review and Future research directions, Decision Sciences, 19(4), 889-919.

Sox, H., Stern, S., Owens, D. and Abrams, L.(1989). Assessment of diagnostic technology in health care, Washington, DC, National Academy Pres.

Spetz, J., Maiuro, L.S.(2004). Measuring levels of technology in hospitals, Quarterly Review of Economics and Finance, 44(3), 430

Usal, Alpaslan; Osman Avşar Kurgun; (2001) Turizm İşletmelerinde Maliyet Analizleri, Detay Yayıncılık, Ankara.

Vissers, J.M., Van, Der Bij, J.L. and Kusters, R.J.(2001). Towards decision support for waiting lists: an operations management view, Health Care Management Science, vol.4, no.2, pp.133-43

Wolper, F. L. (1995), Health Care Administration Principles, Practices, Structure And Delivery, Aspen Publishers, 2. Baskı, Gaithersburg, Maryland.

Yükçü, Süleyman; (1999) Yönetim Açısından Maliyet Muhasebesi, Vizyon Eğitim ve Danışmanlık Ltd. Şti., 4. Baskı, İzmir.

MAKALE VE DERGİLER

Accreditation Manual for Hospitals, (1993). The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL.

Akar, Ç. (b) (2006), Maliyet Veri Kaynakları: Genel Üretim Giderleri, DRG Uygulamaları İçin Hastanelerde Maliyetlendirme ve COMBO Eğitimi Notları, Ankara, 01-03 Şubat

Bates, K.A., Amundson, S.D., Schroeder, R.G. and Morris, W.T.(1999). The crucial interrelationship between manufacturing strategy and organizational culture, *Management Science*,41(10),1565.

Bazzoli,G.J, Brewster, L.R., Liu, G. And Kuo, S.(2003). Does U.S. Hospital Capacity need to be expanded?, *Health Affairs*, 22(6),40-54.

Bloom, J.R. (1997). Nurse staffing patterns and hospital efficiency in the United States, *Social Science&Medicine*, 44(2), 147–156.

Booth, R.(1997). Performance management: making it happen, *Management Accounting*, November, 28-30.

Carpinetti, L.C.R. and Martins, R.A.(2001). Continuous improvement strategies and production competitive criteria: Some findings in Brazilian industries, *Total Quality Management*, 12(3), 281-291.

Chapman, R.L and Hyland, P.(1997). Continuous improvement strategies across selected Australian manufacturing sectors, *Benchmarking for Quality Management& Technolog*, 4, 175-188.

Cleverly, W.O.(1986). *Essentials of Health Care Finance*. Rockwille, Md:Apsen Press.

Crosby, P.B.(1979). *Quality is free*. New American Library, New York. Dashi, D.(2001). ASP helps ERs cope with overcrowding. *Computer-world*, Feb 8.

Deming, E.W.(1982). Improvement of quality and productivity through action by management, *National Productivity Review*, 1(1), 12-22

Dey, P.K., Hariharan, S. and Brookes, N.(2006). Managing healthcare quality using logical framework analysis, *Managing Service Quality*, 16(2), 2003- 222.

Feeney, A. And Zairi, M.(1996). TQM in healthcare, *Journal of General Management*, 22(1), 35-47.

Fernandes, C.M.B. and Christenson, J.M.(1996). Continuous quality improvement reduces length of stay for fast-track patients in an emergency department, *Academic Emergency Medicine*, 3, 258-63.

Hall, B.L. and Hamilton, B.(2004). New information technology system and Bayesian hierarchical bivariate probit model for profiling surgeon quality at a large hospital. *Quarterly Review of Economics and Finance* 44(3), 410-429.

Hug Z. And Thomas N.Martin (2001). Workforce cultural factors in TQM/CQI implementation in hospitals, *Quality Management in Health Care*, Winter, 9(2), 43-57

Kandampully, J. and Duddy, R.(1999). Relationship marketing: a concept beyond the primary relationship, *Marketing Intelligence & Planning*,17(7), 315–23.

Kartal, Ali; Sevim Adnan; Gündüz H. Erdin; (2003) *Maliyet Muhasebesi*, TC. Anadolu Üniversitesi Yayını, No: 1524, Eskişehir.

Lynch, B.(2001). Health care strategy for uncertain times, *Healthcare Financial Management*, 55(11), 96

Mir, Chatterjee, a.g.m., p. 37

Mitchell, E., and F.Sullivan.(2001). A descriptive feast but an evaluative famine: Systematic review of published articles on primary care computing during 1980-97, *British Medical Journal* 322 (7281):279-82.

Moynihan, J.(1997). Improving the healthcare supply chain using EDI. *Healthcare Financial Management, Westchester*, 51(3), 78-79.

Nagaike, K.(1997). Understanding and managing change in health care organizations, *Nursing Administration Quarterly*, 31(2), 65-74.

O’Connell, R.T.,C.Cho, N.Shah, K.Brown, and R.N. Shiffman.(2004). Differential EHR Satisfaction with two implementations under one roof, *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(1),43-49.

Özdemir, M. (2001), Hastane Yönetim Modelleri, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı II*, Genel Yayın Yönetmeni: Güler Eren, Temmuz-Ağustos Yıl 7, Sayı 40, Ankara.

Provan, K.G.(1987). Environmental and Organizational Predictors of Adoption of Cost Containment Policies in Hospitals, *Academy of Management Journal*, Jun, 30(2), 219-239.

Rubenstein, A.H. and Geisler, E.(1990). The impact of information Technologies on operations of service sector firms, in Bowman, D.Chase, R. And Cummings, T.(Eds), *Service Management Effectiveness*, Jossey-Bass, San Francisco, CA, sayfa.266–83.

Schleifer, A.(1985). A theory of yardstick competition, *Rand Journal of Economics*, 16, 319-327.

Shortell, S.M., Becker, S.W., Neuhouser, D. (1976). The effects of management practices on hospital efficiency and quality of care. In “Organizational research on hospitals”, SM Shortell&M.Brown (eds.), 72-89, Chicago: Blue Cross Association

Siferd, S., Benton, W.C. (1994). A Decision Model For Shift Scheduling Of Nerses. *The European Journal Of Operational Research* 74, 519-527

Sözbilir, Naciye; Ali Rıza Kaymaz; Tulay Fidancı; (2003) Maliyet Muhasebesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Eğitim Sağlık ve Bilimsel Araştırmalar Vakfı Yayını: 17, Uyum Ajans, Ankara.

Swamidass, P.M. and Newel, W.T.(1987). Manufacturing strategy, environmental uncertainty and performance, *Management Science*, 33(4), 509-524.

Tatar, M. (2001), Sağlık Hizmeti Sunan Profesyonellere Ödeme Yöntemleri, *Sağlık ve Toplum*, Yıl 11, Sayı 4, Ekim-Aralık.

Uçar, D & Doğru, A. Ö, “CBS Projelerinin Stratejik Planlanması ve Swot Analizinin Yeri”, TMMOB Harita ve Kadastro Mühendisleri Odası, 10. Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı, 28 Mart- 1 Nisan 2005, Ankara

Vickery, S.K., Droge, C. and Markland, R.E.(1993). Production competence and business strategy: do they affect business performance, *Decision Science*, 24(2), 435-455.

Walker, R.H. and Craig-Less, M.(2002). Technology-enabled service delivery: an investigation of reason affecting customer adoption and rejection, *International Journal of Service Industry Management*, 13, 91–106.

Ward, P., Leong, G.K. and Sum, C.(1995). Business environment, operations strategy, and performance: an empirical study of Singapore manufacturing, *Journal of Operations Management*, 13, 99-115.

Zabada, C., Singh, S.,Munchus, G.(2001). The role of information technology in enhancing patient satisfaction, *British Journal of Clinical Governance* 6(1), 9-17

İNTERNET ADRESLERİ

<http://www.byegm.gov.tr/> (Erişim Tarihi:01.04.2012-30.04.2012)

<http://www.memurlar.net/> (Erişim Tarihi :04.01.2012)

ICMAP, (Çevrimiçi), <http://www.scribd.com/doc/11643822/Cost-Audit-HandBook>, 05.02.2012, p.8.

Monir Zaman Mir, Bikram Chatterjee, “ The role of mandatory cost audit in enhancing trust: the case of India”, www.emeraldinsight.com/1176-6093.htm, 13.01.2012, p. 38.

Sargutan;2006:211-220, Uz; Erişim: 08.11.2011, www.merih.net/m1/whaysur12.htm).

SEÇİM, Hikmet; “Hastanelerin Tanımı Sınıflandırılması ve İşlevleri” <http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm>, (Erişim Tarihi 17.02.2012).

ŞAHİN, Ümit ; “Üniversiteler Ve Hastane Yönetimi: Üniversite Hastaneleri için Bir Örgüt Modeli Önerisi”, http://www.stratejiyonetim.net/umitshn34_universite.htm (Erişim Tarihi 19.09.2011).

ŞAHİN, Ümit; Hastane İşletmeciliği, Kalite Ofisi, 2003. <http://www.kaliteofisi.com/download/e-kitap.asp> (Erişim Tarihi 16.04.2012)

USTA, Y. ve ÖZTAYŞI, B.; Stratejik Yaklaşım <http://www.danismend.com/konular/stratejiyon/STRATEJIK%20YAKLASI> M.htm., 28.11.2011

www.merih.net/m1/whulkuz23.htm Uz; Erişim: 15.11.2011,

www.emeraldinsight.com/1176-6093.htm, 13.01.2012, p.29.

www.saglik.gov.tr.

www.ttb.org.tr (Erişim Tarihi: 01.11.2011-30.04.2012)

TEZLER

Akdoğan, M. Şükrü; (1981) Hizmet Pazarlaması, basılmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi İşletme Fakültesi, Erzurum.

Cebecioğlu, Cengizhan; (2006) Swot Analizi ve Bir İşletme Üzerine Uygulama, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Strateji Bilimi Ana Bilim Dalı, Gebze

Devrim, Burcu ; (2006) Strateji Formülasyonu: Swot Analizi, Kurumsal Karne, Kalite Foksiypanel Yayılımı, Sun Tzu'nun İşletme Yönetimi Stratejilerinin Bütünleştirilmesi Üzerine Bir Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Ana Bilim Dalı, İzmir.

Engin, Dinç; (2001) Sanayi işletmelerinde Genel Üretim Maliyetlerinin Denetimi ve Bir Uygulama, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi SBE, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Fidancı, Tülay; (2002) Termal Turizm İşletmelerinde Maliyet Analizleri, Doktora Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Afyon.

Kaplan, A. (1991), Hastanelerde Poliklinik Faaliyetleri ve Karşılaşılan Problemlere İlişkin Çözüm Önerileri, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Ankara

Kırimer, T.(2004), Sağlık Ocaklarından Hastaneye Sevk Nedenleri: Ankara İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekimlerin Değerlendirmeleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Mert, Hüseyin. Hastane İşletmelerinde Maliyetleme ve Örnek Uygulama, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı (Yayınlanmamış Doktora Tezi), 2000

Özkan, Senail; (2000) Özel İhtisas Hastanelerinde Maliyet Hesaplama Sistemi Önerisi ve Bir Örnek Uygulama, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü, İzmir.

Öztürk, A. (1991), Hastanelerde Yönetim ve Organizasyon, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Şahin Ümit; (2006) Maliyet Veri Kaynakları, İlk Madde ve Malzeme Maliyetleri, DRG Uygulamaları İçin Hastanelerde Maliyetlendirme ve COMBO Eğitimi Notları, Ankara.