

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE MALİYETLERİ COSTS OF QUALITY IN HEALTHCARE

Öğr. Gör. Bülent ARPAT¹
Uzm. Nuri ŞAŞMAZ²
Öğr. Gör. Emin YÜREKLİ³

ÖZET

Hastanelerin ve tüm sağlık kuruluşlarının, varlıklarını sürdürebilmek için sundukları hizmetin kalite düzeyine ve hastaların ihtiyaçlarının eksiksiz biçimde karşılanmasına özen göstermeleri gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi, günden güne birçok ülkede daha çok önem kazanmaktadır. Söz konusu iyileştirme de, ancak kalite maliyetlerinin sağlıklı bir biçimde ölçülmesi ve analiz edilmesi ile mümkündür. Sunulan hizmette kalite artırılması, özellikle yüksek maliyetli hastane gereçleri ve hizmetleri düşünüldüğünde, mümkün olduğunca ciddi ve dikkatli biçimde ele alınması gereken bir kavramdır. Kaliteye yönelik yapılan harcamaların yeterli olup olmadığı ise, hem personel hem de hastalar açısından bir başka tartışma konusudur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Kalite Maliyeti, Hasta Memnuniyeti, Finansal Yöntemler.

Jel Kodları: M41, I 11, C42.

ABSTRACT

Hospitals and all other healthcare organizations should give the required care and attention to their service quality and standards, and provide the needs of patients perfectly to continue own existence. Improvement of the quality in health services is gaining day by day importance in many countries. This improvement is of course possible by analyzing the related costs correctly. Considering the high cost of equipments and service charges, this analysis must be made very carefully. Another matter of discussion for staff and patients is about the adequateness of expenditures for quality.

Key Words: Health Services, Quality Cost, Patient Satisfaction, Financial Methods.

Jel Codes: M41, I 11, C42.

1. GİRİŞ

Çağımızda, özellikle gelişmiş ülkelerin sağlık sektörüne yaptığı yatırımlar giderek artış göstermektedir. Son yıllarda az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler de bu sürece dâhil olmuş görünmektedir. İnsan sağlığına yönelik çabaların ne derece önemli olduğunun bilincine varılması, bu konuda yapılan çalışmalara olan maddi ve manevi desteği artırmış, özellikle de gelişmiş batılı ülkelerde sağlık sektöründe büyük ilerlemeler kaydedilmesini sağlamıştır.

Hastanelerin ve tüm sağlık kuruluşlarının, hasta memnuniyetini sağlamak için belirledikleri temel hedeflerden biri şüphesiz kalite olgusudur. Ancak sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması, finansal açıdan ciddiye alınması gereken ve yüksek maliyetler doğurabilen bir

¹ Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Doktora Öğrencisi, barpat@pau.edu.tr

² Pamukkale Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, nurisasmaz@gmail.com

³ Pamukkale Üniversitesi, Honaz Meslek Yüksekokulu, eyurekli@pau.edu.tr

durumdur. Son yıllarda, sağlık hizmetleri sektörüne özel sektörün de dâhil edilmesine yönelik yapılan yasal düzenlemeler, rekabet ortamını artırmıştır. Rekabetteki artış, doğal olarak daha kaliteli sağlık hizmetlerinin verilmesini de beraberinde getirmektedir. Böylece hastalar, sağlık hizmeti almak için birçok hastane ya da sağlık kuruluşundan birini tercih etme şansına sahip hale gelmiştir. Hastalar açısından bakıldığında, sağlık hizmeti veren kuruluşlardan en uygun alternatifini seçme konusunda önemli kriterlerden biri, sunulan hizmetin kalitesidir. Hastane işletmeleri açısından ise hastalara daha kaliteli ve daha düşük maliyetli sağlık hizmetini nasıl sunabileceği, en önemli tartışma konularından biridir.

Hastanelerde ve sağlık hizmeti veren tüm işletmelerde, sunulan sağlık hizmetlerine ait maliyetlerin kontrol altına alınması oldukça önemlidir. Böylelikle hastane yöneticileri maliyetlerin azaltılması, sunulan hizmet kalitesinin artırılması, kullanılan her türlü girdi ve çıktının etkin ve verimli kullanılması, çalışanların performanslarının belirlenmesi gibi konularda daha doğru kararlar alabilmektedir (Kısakürek, 2010).

Bu çalışmada, öncelikle kalite kavramına ve bu kavramın sağlık sektörü içerisindeki yerine değinilecek ve sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasının ne gibi kriterlere bağlı olduğu konusu incelenecektir. Daha sonra, toplam kalite yönetimi gibi kavramlardan yararlanarak kalite maliyeti olgusu ve alt bileşenleri hakkında temel bilgiler verilecektir. Takip eden bölümde ise, kalite maliyetinin ölçümü, analizi ve muhasebeleştirilmesi konusuna odaklanılarak genel bir değerlendirme yapılacaktır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Hastaneler ve sağlık kuruluşları, özellikle son otuz yıllık süreçte, kaliteyi artırıcı, işlemsel verimliliği geliştirici ve maliyetleri azaltıcı stratejiler üzerinde çalışmalar yürütmektedir (Andel, 2012). Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının tanımlaması ise, kişiden kişiye ve ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir (Schwartz, 2012). İngiltere'deki National Health Service (NHS)'e göre, sağlık hizmetinde kalitenin tanımı “doğru işleri doğru kişilere doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak” şeklinde yapılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde “Sağlık Enstitüsü”, sağlıkta kaliteyi şu şekilde tanımlamaktadır: “Bugünkü bilgilere uygun olarak, kişilerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak”. Bu tanım içinde kalite kavramının ölçülebilir, tüm sağlık hizmetlerini içine alan, kişilere ve topluma uygulanabilen, belli bir amaca yönelik, verilen hizmetin yararının sonuçlarının ölçülebilmesi ile sağlanabilen, işlemlerle sonuçları birbirine bağlayan, hastaların ve toplumun değerlerine önem veren, teknik, mekanik ve bilimsel bilgi ile sınırlı ve sürekli değişikliğe uğrayan bir yapı içinde olması gerekmektedir (Akalin, 2012). Donabedian'a (1980) göre; sağlık hizmetlerindeki kalite olgusunun üç temel faktör olan sağlık kuruluşunun yapısı, sağlık kuruluşunda olagelen süreçler/işlemler ve sağlık hizmetinden elde edilen sonuçlardan etkilendiğini söylemek mümkündür.

Hayran ve Uz'a (1998) göre ise, kaliteli bir sağlık hizmeti için gerekli bazı önkoşullar ile birlikte, sunulan sağlık hizmetine etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında kaynak kullanım ve dağılımı politikaları, hastane/toplum sağlık ve bireysel bakım hizmetlerinin nitelik ve niceliği, genel sağlık politikaları, halka karşı duyulan sorumluluklar, halkın sağlık konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları, sağlık sektörü dışındaki sektörlerin sağlığa yaklaşımları, ulusal ve uluslararası etkiler, basın ve medya sayılabilir.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, hizmete ulaşılabilirlik, teknik yeterlilik, eşitlik, etkinlik, verimlilik, süreklilik, güvenilirlik, kişiler arası ilişkiler ve kolaylıklar gibi farklı

etkenlere dayanmaktadır. Kaliteyi artırmak için, tüm bu etkenlerin dikkate alınması gerekmektedir (Offei et al, 2004).

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN SAĞLANMASI

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasına yönelik tek bir teknik veya yaklaşım bulunmamaktadır. Her sağlık kurumu, kendi içerisinde yapacağı değerlendirmelerin ışığında, kurumun yapısına, çalışanlarının ve diğer kaynaklarının özelliklerine, yönetim biçimine ve içinde bulunduğu çevreye göre kendisine en uygun olan yöntemleri seçip uygulamalıdır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasına ilişkin girişimler, günü birlik, geçici, belli bir dönemi içine alan veya ek bir iş gibi görülmemeli, diğer yönetsel işlevlerin temel bir parçası olarak ele alınmalıdır (Hayran ve Uz, 1998). Söz konusu yönetsel işlevler arasında; yönetsel özerklik, fiyatlandırmada rol alma, kaynak kullanımı sonucunda ortaya çıkacak kusurlu olumsuzluklardan yöneticinin sorumlu tutulması gibi faktörler sayılabilir (Göktaş, 2012).

Kalite güvencesi, yakın bir geçmişe kadar gelişmiş ülkelerdeki hastanelerde kullanılmakta ve akreditasyon kurumları tarafından geliştirilen sağlık standartlarına dayanmaktaydı. 1980'li yıllarla birlikte kalite güvencesi, ABD ve Avrupa'da sağlık hizmetlerinde öncelik gerektiren bir konuma ulaşmıştır. 1985'ten sonra Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından geliştirilen ve uluslararası boyutta kabul gören sağlık hizmeti standartları yürürlüğe girmiştir.

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi konusundaki güncel çalışmalar, ideal bir kaliteli sağlık hizmeti programı için gerekli dört temel ilke üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu ilkeler; hastanın ve toplumun beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak, sistemlere ve işleyişe odaklanmış bir şekilde çalışmak, hizmet sunumuna dair işlemleri analiz etmeyi sağlayan verilerden yararlanmak ve kalitenin geliştirilmesi ve problemlerin çözümüne dair takım çalışmasını teşvik etmek şeklinde sıralanabilir (Hatzell et al, 1993).

4. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ OLGUSU

Toplam kalite yönetimi, tüm süreçlerin, ürünlerin ve hizmetlerin tam katılım yoluyla geliştirilmesi, iç ve dış müşteri tatmininin artırılması ve müşteri bağlılığının sağlanmasını amaçlar. Bu modern yönetim yaklaşımı işletmede alınan sonuçların sürekli iyileştirilmesine dayanır, müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutar ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi esnasında ürün ve hizmet açısından oluşturmaya çalışır (Yükçü, 1999). Toplam kalite yönetimi, kuşkusuz beraberinde bazı maliyetler de getirmektedir. Yakın bir geçmişe kadar maliyet sistemi içerisinde ayrıca izlenmeyen kalite maliyetlerinin, toplam kalite yönetimi anlayışının benimsenmesi sonrasında, maliyet sistemi içinde ayrıca izlenmesi ve raporlanması gereği ortaya çıkmıştır (Uysal, 2001: 96).

Toplam kalite yönetimi konusunda sayısız yaklaşım ve tanım bulunmakla beraber, kavramın üç temel prensibe dayandığı görülmektedir. Bunlar; müşteri odaklılık, sürekli gelişim ve bütüncü yaklaşımıdır (Geraedts et al, 2001).

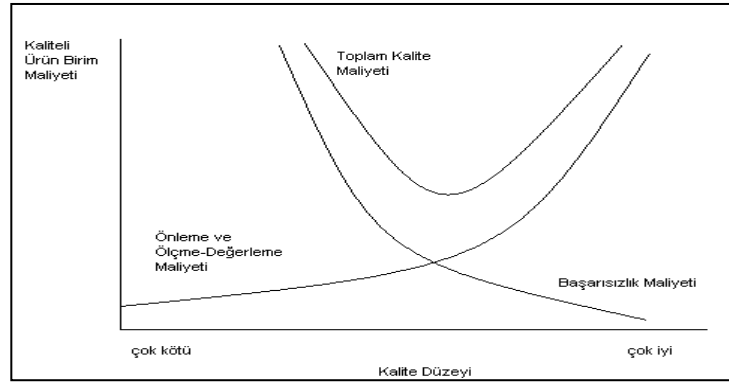
5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN MALİYETİ

Kalite maliyetleri, meydana gelebilecek hataları önlemek amacı ile yürütülen faaliyetlerin, planlı kalite muayenelerinin ve mamulün üretim esnasında veya müşteriye tesliminden

sonra görülen hataların sonucunda ortaya çıkan maliyetler şeklinde tanımlanabilir (Yükçü, 1999). Kalite maliyetleri, kuruluşun tümü için hesaplanabileceği gibi, ürün bazında ya da departman bazında da hazırlanmalıdır. Kalite maliyeti raporlarında, dönemler arası karşılaştırmalar, bir önceki yılın aynı dönemine göre gelişmeler, kalite maliyeti bileşenlerinin trendleri gibi unsurlar yer alır. Kalite maliyetlerinin hesaplanmasında kullanılan başlıca modeller faaliyete dayalı maliyetleme modeli, süreç maliyet modeli, fırsat ve maddi olmayan maliyet modeli, Crosby modeli ve PAF modelleridir. Bu yöntemler arasında en çok tercih edilen ise PAF⁴ modelidir (Bekçi ve Toraman, 2010). Adımı önleme maliyetlerinin baş harflerinden alan bu modelde, kalite maliyetleri üç ana başlık altında ve dört grupta incelenmiştir (Feigenbaum, 1956).

Kalite maliyetleri ve kalite düzeyi arasındaki ilişki, aşağıda Şekil 1 yardımıyla betimlenmiştir. Buna göre kalite düzeyi arttıkça başarısızlık maliyeti düşmektedir (Erginel, 2006):

Şekil 1: Kalite Düzeyi –Maliyet İlişkisi.



Kaynak: (Erginel, 2006).

5.1. Önleme Maliyetleri

Önleme maliyetleri, kalite konusundaki bir uygunsuzluğu önlemeye yönelik olarak, kalite sisteminin tasarımı, kurulması ve düzenlenmesi ile ilgili maliyetlerdir (Ömürgönülşen, 2008). İşletmelerin, üretim öncesinde kaliteli üretimi gerçekleştirebilmek için katlanacakları önleme maliyetleri; kalite planlaması, kalite ölçüm ve test donanımlarının tasarım ve geliştirilmesi, kalitenin gözden geçirilmesi ve tasarımın doğrulanması, kalite ölçüm ve test donanımlarının ayar ve bakımı, kullanılan üretim ekipmanlarının ayar ve bakımı, tedarikçi garantisi, kalite eğitimi, kalite denetimi, son durum analizi, kalite bilgilerinin raporlanması ve kalite iyileştirme programları olarak sıralanabilir (Yükçü, 1999). Sağlık kuruluşları açısından bakıldığında, tıbbi cihazların bakımı, cerrahi müdahalelerde postoperatif bakım sürecinin maliyet analizi ve profilaktik amaçlı önlemlerin (Antibiyotik kullanımı gibi) yol açtığı maliyet artışı gibi etkenler bu kategori altında göz önünde bulundurulmalıdır.

5.2. Ölçme ve Değerlendirme Maliyetleri

Ölçme ve değerlendirme maliyetleri, kalite kontrol işleminin herhangi bir aşamasında, kalite kontrolü ve kalite doğrulanması gibi, hedeflenen kaliteye ulaşmaya yönelik olarak yapılan tüm değerlendirme maliyetlerinin toplamı olarak ifade edilebilir (Yükçü, 1999). Bu maliyetler, üretim öncesi doğrulama, muayene ve test, muayene ve test ekipmanı, muayene

⁴ Prevention (önleme), Appraisal (değerlendirme), Failure (başarısızlık).

ve test süresince tüketilen materyaller, saha performans testi, onaylar, stok değerlendirme ve kayıtların saklanması şeklinde gruplandırılabilir (Bozkurt, 2003). Özellikle sağlık sektörü özelinde, teşhisin yerindeliğini doğrulamak için patolojik incelemeler, hekimin muayene aşamasında istediği radyolojik tetkiklerin yerindeliği ve doğrulanması, laboratuvar akreditasyonu, iç ve dış kalite kontrol uygulamaları gibi faktörler, bu maliyetler arasında gösterilebilir.

5.3. Başarısızlık Maliyetleri

Başarısızlık maliyetleri, ürün kalite sürecinin herhangi bir aşamasında kalite hedeflerinden ve kalite standartlarından sapmaların yol açtığı maliyetler olarak tanımlanmaktadır. Kalite eksikliğinin ve kalite bilincinden yoksun bir anlayışla üretim yapmanın bir sonucu olarak katlanılan bu maliyetler (Kırlıoğlu, 1998), içsel ve dışsal olmak üzere iki grupta incelenebilir.

Sağlık sektörü açısından incelendiğinde ise tıbbi başarısızlık maliyetleri, iki temel sebepten kaynaklanmaktadır. Bunlar; tanı hataları ve tedavi hatalarıdır (Ovalı, 2010).

5.3.1. İçsel Başarısızlık Maliyetleri

İçsel başarısızlık maliyetleri, kusurlu ürün, mal ya da hizmetin, müşteriye ulaşmadan önce düzeltilmesi veya iyileştirilmesi için yapılan harcamalar olarak tanımlanabilir (Şale, 2001). Bu maliyetleri, yeniden işleme ve tamir, tekrar testi, başarısızlık analizi, muayene ve test tekrarı, hurda maliyetleri, taşeronun hatası, değişim izinleri ve imtiyazlar, kalite uygunsuzluğundan doğan kazanç kaybı ve zaman kayıpları şeklinde sınıflandırmak mümkündür (Yükücü, 1999).

Sağlık sektörü açısından değerlendirildiğinde, bozulan/atılan ilaç, tıbbi malzeme, serum ve diğer malzeme maliyetleri, tekrarlanan tıbbi işlem/müdahale maliyetleri (yeniden ameliyat, tıbbi tetkikler vb.), yanlış tıbbi müdahalelerin sebep olduğu maliyetler, hastaya yansımayan yanlış/eksik idari işlemler ve bunları düzeltme işlemlerinin maliyetleri, fazla mesai ücretleri, ilaç, tıbbi malzeme, serum ve diğer malzemeleri stokta bulundurma maliyeti, içsel başarısızlık maliyetleri arasında gösterilebilir (Pakdil, 2007).

5.3.2. Dışsal Başarısızlık Maliyetleri

Dışsal başarısızlık maliyetleri, mal veya hizmetlerin müşteriye dağıtımından sonra hata veya hata şüphesi nedeniyle maruz kalınan tüm maliyetler olarak tanımlanmaktadır. Bu maliyetler, mal veya hizmetlerin müşteri ihtiyaçlarını karşılayamaması sebebiyle oluşmaktadır (Tekin, 2004). Dışsal başarısızlık maliyetleri, şikâyetler, garanti, reddedilen ya da iade edilen ürünler, uzlaşmalar, kaybedilen satışlar, müşteri ile bağlantılar ve ürün sorumluluğu olarak gruplandırılabilir (Bozkurt, 2003).

Sağlık sektörü açısından ele alındığında, yanlış tıbbi müdahalenin neden olduğu imaj kaybı, müşteri şikâyetlerinin neden olduğu maliyetler, müşteri şikâyetlerini inceleme ve düzeltme maliyetleri, hastaya yansıyan yanlış/eksik idari işlemler ve bunları düzeltme işlemlerinin maliyetleri, dışsal başarısızlık maliyetleri arasında sayılabilir (Pakdil, 2007).

5.4. Sağlık Hizmetlerinde Uygulanan Finansal Yöntemler

Sağlık hizmetleri finansmanı, farklı yollarla toplanan fonların farklı şekillerde kullanılması ile sağlanır. Bu yöntemlerin sınıflandırılmasında bir yaklaşım birliği olmakla birlikte, sağlık hizmetleri finansman yöntemleri arasında, vergi gelirleri, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı, cepten harcamalar ve bağışları saymak mümkündür (Maynard ve Dixon, 2002; WHO, 2002). Bunlardan vergilerle finansman ve sosyal sağlık sigortası, kamu kaynaklı finansman; özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı ve cepten

harcamalar ise özel kaynaklı finansman olarak değerlendirilebilir. Kamu ve özel finansman ayrımı açısından bağışlar, bağışı yapan örgütlerin kamu ve özel olmasına bağlı olarak, kamu veya özel kategoride yer almaktadır (Murthy et al, 2004; Ron ve Scheil-Adlung, 2001).

Seçilen finansman yöntemi sağlık hizmetini sunan kişi ya da kurumların davranışını doğrudan etkileyebilmektedir. Özellikle, finansman modeli içinde belirlenen ve hizmet sunucusuna hangi hizmetler için ne kadar ödeme yapılacağını ortaya koyan geri ödeme yöntemleri, hizmet sunucusunu daha az ya da fazla hizmet sunmaya yönlendirebilir. Bu yönde yapılan araştırmalar hizmet sunucularının, sosyal güvence kapsamındaki bireyler için daha serbest davrandıklarını ve hizmet başına ödeme yöntemleri ile geri ödeme yapılan hekimlerin daha çok sağlık hizmeti sunma eğiliminde olduğunu göstermiştir (Tatar, 2011).

5.5. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Analizi

Hastanelerin ve çeşitli sağlık kuruluşlarının, kaliteli sağlık hizmetleri sunabilmesi, kuşkusuz yüklü bir maliyeti de beraberinde getirmektedir. Bu maliyetlerin artmasına sebep olan ve sağlık kurumlarını ek finansman kaynakları aramaya yönelten bu unsurlar kısaca şu şekilde özetlenebilir (Kiyim, 1998):

- Nüfusun artması,
- Yaklaşık her 10 yılda bir, ortalama yaşam süresinin 3 yıl uzaması ve sağlık bilinci düzeyinin yükselmesi,
- Sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığındaki artışla birlikte tıbbi uygulama ihtiyaçlarının çoğalması,
- Yaklaşık her 4 yılda bir, tıp teknolojilerindeki birikimin iki kat artması,
- Yüksek teknoloji içeren ürünlerin ve pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşması,
- Epidemiyolojik spektrumdaki değişiklikler sonucu, akut hastalıkların azalması ve tedavisi pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanması.

Hastane işletmeleri tarafından sunulan hizmetlerin ücretlerinin, hastaneler tarafından değil de, Sosyal Güvenlik Kurumunca belirlenen tarifeler üzerinden düzenlenmesi, hastane yöneticilerini maliyetleri kontrol altına almaya yönlendirmektedir. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği maliyetlerinin yüksek olmasının yanı sıra, hastaya sunulan hizmetlerin, kullanılan ilaçların, tıbbi sarf malzemelerin ve tetkiklerin bir kısmının da hastalara çıkarılan faturaların eksik düzenlenmesi ya da hatalı olmasından dolayı ilgili kurumlardan tahsil edilememesi, özellikle özel sağlık kuruluşlarında gelir kaybına neden olmaktadır (Kısakürek, 2010).

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine ve daha kaliteli hale getirilmesine ilişkin yaklaşımlar her zaman, sağlık hizmetlerine yapılan daha büyük yatırım ve harcamalar ve kaynakların daha etkin kullanılması ile ilintilidir. Bu, planlama sürecindeki zamana, uygulamanın yakın takibine ve beklenen değişikliğin değerlendirilmesine yönelik yatırımı gerektirir. Kalite ekonomisi, kaynakların etkin şekilde kullanımının sağlanması ve doğru yöntemler kullanılarak maliyetin düşürülmesi ile ilgilenir ve kaynaklardan tasarruf edilmesi konusuna odaklanır (Aydın vd., 2008).

Sağlık kuruluşlarında maliyet ve performans analizinin yapılmasının temel amacı, maliyetlerin azaltılması, etkinlik, verimlilik ve performans artışlarının sağlanmasıdır. (Yiğit ve Ağırbaş, 2004). Türkiye’de hastanelerin ortalama kapasite kullanım oranları, 2011 yılı verilerine göre % 65,6 dolayındadır. Bu durumda, % 35’e yakın atıl kapasitenin, önemli bir

maliyet sorununu doğurduğu söylenebilir. Öte yandan hastanelerin doluluk oranları özel sektörde % 53,6, üniversite hastanelerinde % 66,4 ve sağlık bakanlığı hastanelerinde % 73,6 civarındadır (Başara vd., 2012).

Genel olarak hastanelerde ve sağlık kuruluşlarında kullanılmak üzere geliştirilmiş özel bir maliyetleme yaklaşımı bulunmamaktadır. Hastane işletmeleri, oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir ve mamul üreten işletmelerde olduğu gibi yürüyen şerit sistemi, kitle halinde üretim veya bir hammaddeden çeşitli mamullerin üretildiği birleşik üretim sürecine benzemektedir. Üretim süreci tamamen heterojendir. Yani her hasta ve hastalık türünün teşhis ve tedavi süreci birbirinden farklıdır. Bu sebeple, hastane ve sağlık kuruluşlarındaki maliyetleme yaklaşımı da bu süreçler dikkate alınarak yapılmaktadır.

Genel olarak hastaneler ve sağlık kuruluşları için “bölümleri maliyetleme” ve “hastaları maliyetleme” olarak iki yaklaşımdan söz edilebilir (Özkan, 2003).

Fırsat maliyetlerinin nasıl fiyatlandırılacağı hakkında farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bazı durumlarda pazar fiyatlarından yararlanılabilir. Bunun yanında fırsat maliyetlerinin ölçülmesi için, insanların ödemeye razı oldukları miktarlar da saptanarak kullanılabilir. Sağlık kuruluşları, maliyet politikasında zaman zaman çalışanların aylıklarında düzenlemelere de gidebilmektedir. Öte yandan teknolojik gelişmeler, değişimler ve bu durumun maliyetlere olan etkisini tam olarak belirlemek mümkün değildir. Ayrıca hastane maliyetlerinin ortalama %70’lik bölümünün insan gücünden oluşması, maliyet analizlerine zorluk getirmektedir (Tutar ve Kılınç, 2007).

Sağlık hizmetlerinin mali açıdan değerlendirilmesine dair bir diğer görüş ise, Drummond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Söz konusu görüş, aşağıdaki tablo vasıtasıyla açıklanabilir (Drummond et. al., 1987):

Tablo 1: Drummond’un Sağlık Hizmetleri Maliyeti Değerlendirmesi.

HAYIR	HAYIR		EVET
	Sadece Sonuçlar	Sadece Maliyetler	
HAYIR	Kısmen Değerlendirme		2 Kısmi Değerlendirme
	1A	1B	Maliyet -Sonuç Tanımlama
	Çıktı Tanımlama	Maliyet Tanımlama	
	Kısmen Değerlendirme		4 Tam Ekonomik Değerlendirme
EVET	3A	3B	Maliyet-- Düşürme Analizi
	Etkinlik Değerlendirmesi	Maliyet Analiz	Maliyet-- Etkililik Analizi
			Maliyet-- Yararlanım Analizi
			Maliyet-- Fayda Analizi

Kaynak: (Drummond et. al., 1987).

Yukarıdaki tablo çeşitli yöntemlerle açıklanabilmektedir. Tablonun sütun bölümünde, hem maliyet, hem de sonuçların incelenip incelenmediği sorulmaktadır. Satır bölümünde ise uygulanacak en az iki seçeneğin kıyaslanıp kıyaslanmadığı yer almaktadır. 1A’da sadece süreç sonuçları, 1B’de sadece süreç maliyetleri tanımlanmaktadır. 3A ve 3B’de her ne kadar seçenekleri karşılaştırmaya imkân veren bir değerlendirme yapılsa da maliyetler ve sonuçlar birlikte değil, ayrı ayrı incelenir. Literatürde rastlanılan rastgele klinik araştırmalar 3A’da, aynı sonucu veren farklı tedavi yöntemlerinin maliyetlerinin karşılaştırılması da maliyet analizi adıyla 3B’de yer almaktadır. 2’de sonuçlar ve maliyet birlikte tanımlanmakta, sadece 4’te kullanılacak analizlerden biri veya birkaçı ile hem maliyet hem de kazanımlar incelenerek tam ekonomik değerlendirme sağlanabilmektedir (Drummond et. al., 1987).

6. KALİTE MALİYETLERİNİN ÖLÇÜLMESİ, ANALİZİ VE MUHASEBELEŞTİRİLMESİ: KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Temel olarak muhasebe bölümü, kalite maliyet bileşenlerinin verilerini tam ve güvenilir olarak sağlamalıdır. Kalite ve muhasebe bölümleri tüm hesap kartlarını inceleyerek, maliyet bileşenlerinin hangilerinin kalite maliyeti analizleri ile ilişkili olduğunu saptamalıdır. Kalite maliyet bileşenleri saptandıktan sonra, ilgili maliyetlerin mevcut hesap numarası kayıtları ve maliyet merkezleri, toplanan maliyetlerle birlikte incelenir. Muhasebe hesaplarının incelenmesi tamamlandıktan ve gerekli revizyonlar yapıldıktan sonra muhasebe bölümü, kalite bölümüne bütün bileşenlerin aylık durumlarını ayrıntılı bir şekilde yazılı olarak iletmeli, kalite bölümü de bu verileri mantıklı olma, analiz edilebilirlik ve bir kalite-maliyet analizi raporunun yazımı açısından kontrol etmelidir (Özenci ve Cunbul, 1993).

Kalite-maliyet bilgisinin sağlanmasında gerekli olan veriler çeşitli kaynaklar vasıtasıyla elde edilebilmektedir. Bunlardan bazıları, zaman çizelgeleri, gider raporları, satın alma siparişleri ve kusurlu ürün raporlarıdır. Kesin bilgiler elde edilemediği takdirde, bazı maliyet tahminlerinden yararlanmak da mümkündür (Ponemon, 1990).

Kalite maliyeti ölçümü; önleme, değerlendirme ve hata faaliyetleri üzerine yoğunlaşmakta ve böylece maliyetleri azaltma imkânı yaratmaktadır. Kaliteyle ilgili faaliyetlerin performansı ölçülmelidir. Çünkü bu ölçümler, bölümler, süreçler ve ürünler-hizmetler arasında kalite maliyetleri karşılaştırmaları yapmada bir temel oluşturmaktadır. Kalite maliyetlerinin ölçümü, kalite kontrol, kalite geliştirme-iyileştirme ve toplam kalite yönetimi açısından büyük önem taşımaktadır (James, 1996).

Kalite maliyetlerinin analizi, genel olarak her bir ana maliyet elemanının, toplam maliyet içindeki payını gösteren oranların veya işletmenin önemli bazı performans göstergelerine göre tanımlanan oranların zaman içindeki değişiminin incelenmesi anlamına gelmektedir (Yenersoy, 1997). Bu analizin sağlıklı şekilde yürütülebilmesi için, iyi bir kalite bilişim sistemine ve maliyet muhasebesi değerlerine ihtiyaç vardır. Kalite maliyet sistemi, mevcut muhasebe sisteminden en fazla yararlanabilecek biçimde tasarlanmaktadır (Özenci ve Cunbul, 1993).

Bu noktada, HBYS'den (Hastane Bilgi Yönetimi Sistemi) söz etmekte yarar vardır. HBYS, etkileşim içinde olduğu hastanelerin yapmış olduğu operasyonları (lbys, ris, pacs, pdks) bilgisayar üzerinde gerçekleştiren yazılımlar grubuna verilen genel addir. Gerçekleşen tıbbi muayene ve tedavi, hasta bakımı, sosyal hizmet, destek hizmetleri vb. faaliyetlerin sonuçlarında elde edilen başarıları değerlendirebilmede ve raporlayabilmede kolaylık sağlamaktadır. Bu sayede sağlık kurumlarında anlık üretilen bilgi, doğrudan entegre bir HBYS üzerinden görülebilmekte ve kararlar daha hızlı şekilde alınabilmektedir. Öte yandan, kalite maliyetlerinin ölçülmesi ve muhasebeleştirilmesi ve analizinde bazı sorunlarla karşılaşılabilir. Kalite maliyetlerinin pek çoğunu işletmenin mevcut muhasebe sistemi ya da maliyet hesaplama sistemi içerisinde hazır ve net bir biçimde bulabilmek mümkün olmamaktadır (Yükçü, 1999).

7. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin analizi ve yorumlanması hakkında bilgi verilmiştir. Öncelikle araştırmanın modeli belirlenmiştir. Belirlenen bu model doğrultusunda çalışmanın evren ve örnekleme tespit edilip veri toplama araçları hakkında bilgi verilmiştir. Son olarak ise verilerin analizi ve yorumlanması ile süre ve olanaklar hakkında bilgi verilmiştir.

7.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, İstanbul ilindeki özel ve devlete ait sağlık kuruluşlarında yöneltilen sorular ile kalite yönetimi ve personelin bünyesinde görev aldığı kurumun kalite algısı ölçülmüştür.

Bu çalışmada betimleyici tarama modeli kullanılmıştır. Karasar'a göre: "Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez. Bilinmek istenen şey vardır ve oradadır".

7.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni İstanbul ili Kadıköy ilçesinde yer alan tüm özel ve devlet sektörüne ait sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır. Araştırma için belirlenen evrene ulaşmak maliyet ve zaman açısından çok zor olacağından ankete katılacak kişiler basit rasgele örnekleme yoluyla seçilmiştir. Ancak gerek verilerin dağılımının normal olması gerek ise veri sayısının yeterli olması açısından araştırmanın örnekleme tek bir sağlık kuruluşu ile sınırlı kalmayarak farklı sağlık kuruluşundaki personel ile görüşmeler yapılmıştır. Anketin farklı sağlık kuruluşlarında yapılması rassallığı ve devlet ile özel sağlık kuruluşları arasındaki farklılığın incelenmesini sağlamıştır. Rasgele seçilmiş olan bu sağlık kuruluşlarından yine rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş personel ile yapılan görüşmelerle örneklem sayısı 36'dır. Uygun örnekleme yoluyla seçilen bu 36 kişinin, tüm evreni temsil gücüne sahip olması beklenmektedir.

7.3 Araştırmada Veri Toplama Araçları

Özel ve devlet sektörüne ait sağlık kuruluşlarında, kalite yönetimi ve personelin bünyesinde görev aldığı kurumun kalite algısının ölçülmesi amacıyla oluşturulan, anket soru formu iki bölümden oluşmaktadır. Verilerin toplanmasında oluşturulan soru formu ile hedeflenen kişi sayısı yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Yüz yüze anket metodunun tercih edilmesinin sebebi personelin soruları cevaplarırken karşılaşılabilecek problemleri en aza indirmek ve veri kaybını önlemektir.

Soru formunun ilk bölümünde, hastane-sağlık kuruluşu personeline; sağlık hizmetleri, teknolojik yatırımlar ve sağlık kuruluşu hakkında bilgiler yüz yüze, yazılı ve elektronik ortamda verilmiş, bu bilgiler soru haline getirilerek değerlendirme seviyeleri tespit edilmiştir. İkinci bölümde ise, sağlık kurumunun mali işler ve muhasebe birimlerinden alınan giderlerin dağılımına ve toplam gider içerisindeki yüzdelik dağılımına ilişkin bilgiler irdelenmiştir. Formun son bölümünde ise çalışmaya katılan personelin demografik bilgilerinden cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışılan kurum ve çalışılan bölüme ilişkin sorular yöneltilmiştir.

7.4 Verilerin Analizi ve Yorumlanması

Araştırmada toplanılan veriler ilk etapta Excel ortamına girilmiştir. Daha sonra ise yanlış girişleri kontrol edip düzeltmek amacıyla veri temizliği yapılarak syntax aracı yardımıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programında veri seti oluşturulmuş ve analizlerde SPSS 19.0 programında yapılmıştır.

Öncelikle katılımcıların demografik özellikleri hakkında bilgiler verilmiştir, daha sonra personele sağlık hizmetleri, teknolojik yatırımlar ve sağlık kuruluşu hakkında sorulan her bir soruya verilen cevapların frekans, yüzde ve ortalamaları belirtilerek bu istatistikler aracılığıyla verilere ilişkin yorumlar yapılmıştır.

Araştırmaya katılanların sorulara ilişkin katılım düzeylerini incelemek amacıyla sorulan sorulara, (1)'in kesinlikle katılmıyorum, (2)'nin kısmen katılmıyorum, (3)'ün kararsızım, (4)'ün kısmen katılıyorum, (5)'in ise kesinlikle katılıyorum anlamına gelen beş düzeyli Likert ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmada personelin demografik değişkenlerinden çalışılan kurum ile sağlık hizmetleri, teknolojik yatırımlar ve sağlık kuruluşu hakkında sorulan her bir soru için ayrı ayrı farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Bunun için ilişkisiz gruplar için t testi tercih edilmiştir. Ek olarak personelin çalıştığı kurum, cinsiyet ve eğitim durumu arasındaki ilişkiler çapraz tablo sonuçları aracılığıyla incelenmiştir.

8. BULGULAR VE YORUM

Çalışmanın bu bölümünde özel ve devlet kurumunda çalışan personele anketler aracılığı ile elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgu ve yorumlara yer verilmiştir. Bulguların sunulduğunda sıralama, katılımcıların demografik özelliklerine, sağlık hizmetleri, teknolojik yatırımlar ve sağlık kuruluşu hakkında sorulan sorulara verilen cevaplara, personelin çalıştığı kurumun her bir soru bazında farklılık olup olmadığına, personelin çalıştığı kurum ile cinsiyet ve eğitim durumu arasındaki dağılıma ilişkin yorumlar olarak yer verilmiştir.

8.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan kişilerin demografik özelliklerden cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalıştığı kurum değişkenleri incelenmiştir ve bu değişkenlere ilişkin sonuçlar Tablo 2'de gösterilmiştir:

Tablo 2: Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerler

		Frekans	Yüzde
		36	
Cinsiyet	Kadın	17	47,2
	Erkek	19	52,8
Çalıştığı Kurum	Özel bir Kuruma Bağlı	16	44,4
	Devlet Kurumuna Bağlı	20	55,6
Eğitim Düzeyi	Lise	11	30,6
	Lisans	14	38,9
	Lisansüstü	10	27,7
	Doktora	1	2,8

Buna göre çalışmaya toplamda 36 kişi katılmıştır ve bu kişilerden 16'sı özel bir kuruma bağlı çalışırken, 20'si ise devlet kurumuna bağlı çalışmaktadır. Katılımcılar cinsiyet bazında incelendiğinde, %47,2'sinin kadın, %52,8'inin ise erkek olduğu görülmektedir. Eğitim düzeylerine bakıldığında %30,6'sının lise, %38,9'unun lisans, %27,8'inin lisansüstü ve %2,8'inin ise doktora eğitimi aldığı görülmektedir.

8.2. Gider Yüzdelerinin İncelenmesi

Çalışmamızın bu bölümünde kuruluşların mali işler ve muhasebe birimlerine gider yüzdeleri ve türüne ilişkin sorular yöneltilmiştir. Katılımcıların verdikleri yanıtlar Tablo 3'de yer almaktadır.

Tablo 3: Kalite Maliyetlerine Etki Eden Giderlerin Dağılımında Öncelik Sırasının Belirlenmesi

		Frekans	Yüzde
Toplam Maliyetlerin Dağılımı	Toplam	36	
	Sabit	21	58,3
	Değişken	15	41,7
Sabit Giderlerin Dağılımı	Toplam	21	
	Demirbaş	11	52,4
	İşletme	5	23,8
	Personel	5	23,8
Değişken Giderlerin Dağılımı	Toplam	15	
	Personel	5	33,2
	İşletme	3	20,2
	İlaç	3	20,2
	Tıbbi ve Sarf Malzeme	4	26,4
Kalite İyileştirme Giderlerinin, Toplam Giderler İçerisindeki Yüzdesi	Ortalama	28,33	

Tabloya bakıldığında toplam sabit gider dağılımının %58,3'ünün giderler, %41,7'sinin ise değişken giderlerden oluştuğu görülmektedir. Sabit giderlerin kendi içinde neler olduğuna bakıldığında ise %52,3'lik kısmının demirbaş, %23,8'lik kısmının işletme ve yine aynı oranda personel giderlerinden oluştuğu tespit edilmiştir. Öte yandan değişken giderlere bakıldığında ise toplam değişken giderlerin %33,3'ünün personel, %20,3'ünün işletme, yine aynı oranda ilaç ve %26,6'sının ise tıbbi ve sarf malzeme gideri olduğu görülmektedir. Muhasebe birimine yöneltilen bir diğer soru ise kalite iyileştirme giderlerinin, toplam gider içerisindeki yüzdelik oranının ne olduğuna ilişkindir. Bu soruya verilen yanıtların ortalamasına bakıldığında 28,33 olduğu görülmektedir, bir başka deyişle kalite iyileştirme giderleri toplam giderin %28,3'lük bir kesimini oluşturmaktadır.

8.3. Sağlık Kuruluşu Personelinin Sağlık Hizmetleri, Teknolojik Yatırımlar ve Sağlık Kuruluşu Hakkındaki Soruları Değerlendirme Seviyeleri

Çalışmanın bu bölümünde, görüşülen personele, sağlık hizmetleri, teknolojik yatırımlar ve sağlık kuruluşu hakkındaki sorulara katılım seviyeleri tespit edilmiştir. Her bir soru için betimsel istatistiklerden ortalama değeri hesaplanmıştır.

Tablo 4: Katılımcıların Sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi, hayati önem arz eden bir konudur düşüncesine Katılım Seviyeleri

	Frekans	Yüzde
Kısmen Katılmıyorum	4	11,1
Kararsızım	10	27,8
Kısmen Katılıyorum	8	22,2
Kesinlikle Katılıyorum	14	38,9
Ortalama	3,89	

Tablo 4'e bakıldığında katılımcıların sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmenin hayati önem arz ettiğine %61,1'lik bir oran ile genel olarak katıldıkları görülmektedir. Ortalamanın 3,89 çıkması, genel katılım seviyesinin kısmen katılıyorum seçeneğine yakın olduğunun göstergesidir.

Tablo 5: Katılımcıların Türkiye'de devlete ait sağlık kuruluşları kaliteli hizmet verdiği düşüncesine Katılım Seviyeleri

	Özel Bir Kuruma Bağlı		Devlet Kurumuna Bağlı	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Kısmen Katılmıyorum	3	18,8	-	-
Kararsızım	3	18,8	-	-
Kısmen Katılıyorum	3	18,8	7	35,0
Kesinlikle Katılıyorum	7	43,8	13	65,0
Ortalama	3,87		4,65	

Yukarıdaki tabloya bakıldığında devlete ait sağlık kuruluşlarının kaliteli hizmet verdiğine ilişkin katılımcıların olumlu düşündükleri ve bu görüşe katılmayanların olmadığı görülmektedir. Çalıştığı kurum özel olan katılımcıların ortalamalarına bakıldığında 3,87 olduğu, çalıştığı kurum devlet olan katılımcıların ortalamalarına bakıldığında ise 4,65 olduğu görülmektedir. Sonuç olarak devlete ait kurumlarda çalışanların, Türkiye’de devlete ait sağlık kuruluşları tarafından kaliteli hizmet verildiği düşüncesine katılım düzeyinin özele ait kurumlarda çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 6: Katılımcıların Türkiye'de özel sektöre ait sağlık kuruluşları kaliteli hizmet verdiği düşüncesine Katılım Seviyeleri

	Özel Bir Kuruma Bağlı		Devlet Kurumuna Bağlı	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	1	6,3	6	30
Kısmen Katılmıyorum	4	25,0	8	40
Kararsızım	2	12,5	3	15,0
Kısmen Katılıyorum	9	56,3	3	15,0
Ortalama	3,18		2,15	

Özel sektöre ait sağlık kuruluşlarının kaliteli hizmet vermesine ilişkin yanıtlara bakıldığında, özel sektörde yer alan katılımcıların %56,3’ünün katıldığı görülürken, devlet sektöründe yer alan katılımcıların sadece %15’inin katıldığı görülmektedir. Çalıştığı kurum özel olan katılımcıların ortalamalarına bakıldığında 3,18 olduğu, çalıştığı kurum devlet olan katılımcıların ortalamalarına bakıldığında ise 2,15 olduğu görülmektedir. Sonuç olarak devlete ait kurumlarda çalışanların, Türkiye’de özel sektöre ait sağlık kuruluşları tarafından kaliteli hizmet verildiği düşüncesine katılım düzeyinin, özele ait kurumlarda çalışanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çalıştığı sektör ayrımı yapılmadan, kaliteli hizmet verme kriteri baz alındığında devlete ait sağlık kuruluşlarının kaliteli hizmet verdiği düşüncesinde katılım genel ortalaması 4,31 iken, özel sektöre ait sağlık kuruluşların kaliteli hizmet verdiği düşüncesi katılım genel ortalaması 2,61’dir.

Tablo 7: Katılımcıların görev aldığı sağlık kuruluşunun, güncel teknolojik gelişmeleri yakından takip ettiği düşüncesine Katılım Seviyeleri

	Frekans	Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	3	8,3
Kısmen Katılmıyorum	10	27,8
Kararsızım	9	25,0
Kısmen Katılıyorum	8	22,2
Kesinlikle Katılıyorum	6	16,7
Ortalama	3,11	

Katılımcıların çalıştıkları sağlık kuruluşlarının, %36,1'i teknolojik gelişmeleri yakından takip ettiklerine katılmadıkları, %38,9'unun ise teknolojik gelişmeleri yakından takip ettiklerine katıldıklarını beyan etmişlerdir. Genel ortalamanın 3,11 olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Katılımcıların görev aldığı sağlık kuruluşunda, sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmeye yönelik harcamalar yaptığı düşüncesine Katılım Seviyeleri

	Frekans	Yüzde
Kısmen Katılmıyorum	6	16,7
Kararsızım	12	33,3
Kısmen Katılıyorum	6	16,7
Kesinlikle Katılıyorum	12	33,3
Ortalama	3,67	

Sağlık sektöründe bir diğer önemli kriter ise kalite iyileştirmeye yönelik yapılan harcamalardır. Bu soruya ilişkin yanıtlar Tablo 8'den incelendiğinde, katılımcıların %16,7'sinin kalite iyileştirmeye yönelik harcama yaptıklarına katılmadıklarını, %33,3'ünün kararsız olduğu, %50'sinin ise harcama yaptıklarına katıldıklarını düşünmektedirler.

Tablo 9: Katılımcıların görev aldığı sağlık kuruluşunun, sunduğu sağlık hizmetlerini kalitelileştirmeye yönelik harcamalarının yeterli düzeyde olduğu düşüncesine Katılım Seviyeleri.

	Frekans	Yüzde
Kısmen Katılmıyorum	9	25,0
Kararsızım	12	33,3
Kısmen Katılıyorum	3	8,4
Kesinlikle Katılıyorum	12	33,3
Ortalama	3,5	

Harcamaların yapılıp yapılmadığına ilişkin sonuçlara bir önceki Tablo 8'de yer verilmişti. Tablo 9'da ise bu harcamaların ne derece yeterli düzeyde olduğuna ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %25'i bu harcamaların yeterli düzeyde olmadıklarını, %41,6'sı ise yeterli düzeyde olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 10: Katılımcıların görev aldığı sağlık kuruluşunda, tıbbi cihazların kalibrasyonunun yapıldığı düşüncesine Katılım Seviyeleri

	Frekans	Yüzde
Kısmen Katılmıyorum	12	33,3
Kararsızım	9	25,0
Kısmen Katılıyorum	4	11,1
Kesinlikle Katılıyorum	11	30,6
Ortalama	3,39	

Katılımcıların görev aldıkları sağlık kuruluşlarında tıbbi cihazların kalibrasyonunun yapılıp yapılmadığına ilişkin yanıtlar Tablo 10'dan incelendiğinde, ortalamanın 3,39 olduğu ve katılıyorum seviyesine yakın olduğu görülmektedir. Oranlara bakıldığında ise kalibrasyonun yapıldığı düşüncesine katılanların oranının %41,7, katılmayanların oranı ise %33,3'tür.

Tablo 11: Katılımcıların görev aldığı sağlık kuruluşunda tıbbi cihazların bakımından sorumlu personelin bulunduğu düşüncesine Katılım Seviyeleri

	Frekans	Yüzde
Kararsızım	4	11,1
Kısmen Katılıyorum	19	52,8
Kesinlikle Katılıyorum	13	36,1
Ortalama	4,25	

Tablo 11’de ortalamaya bakıldığında katılımcıların büyük çoğunluğunun görev aldığı sağlık kuruluşunda tıbbi cihazların bakımından sorumlu personel bulunduğu düşüncesine katıldıkları görülmektedir. Bu düşünceye katılmayanların olmadığı dikkat çekici bir sonuçtur.

Tablo 12: Katılımcıların Tıbbi cihazların ve araç gereçlerin satın alındığı kurumlar tarafından, görev aldığı sağlık kuruluşunu ziyaret edip geri bildirim aldığı düşüncesine Katılım Seviyeleri

	Frekans	Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	5	13,9
Kısmen Katılmıyorum	7	19,4
Kararsızım	11	30,6
Kısmen Katılıyorum	7	19,4
Kesinlikle Katılıyorum	6	16,7
Ortalama	3,06	

Katılımcıların %36,1’i bünyesinde görev aldığım sağlık kuruluşunun Tıbbi cihazların ve araç-gereçlerin satın alındığı kurumlar tarafından sık sık ziyaret edip geri bildirim aldıkları düşüncesine katılmaktadır, %33,3’ü ise bu düşünceye katılmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 13: Katılımcıların görev aldığı sağlık kuruluşunda, yeni ve teknolojik Cihazlar ile araç gereçlerin kullanımı hakkında, personele eğitim verildiği düşüncesine Katılım Seviyeleri

	Frekans	Yüzde
Kararsızım	5	13,9
Kısmen Katılıyorum	18	50,0
Kesinlikle Katılıyorum	13	36,1
Ortalama	4,22	

Sağlık kuruluşlarında yeni ve teknolojik cihazların kullanımı hakkında personele eğitim verilip verilmediğine ilişkin düşünceye katılım ortalamasına bakıldığında 4,22 olduğu görülmektedir. Bu oranın kısmen katılıyorum seviyesinden yüksek olduğu, bir başka deyişle kurumdaki personelin yeni ve teknolojik cihazlar hakkında eğitim aldıkları sonucuna ulaşılmaktadır.

Tablo 14: Katılımcıların görev aldığı sağlık kuruluşunda, sağlık hizmetlerine yönelik kalite maliyetlerinin analizine önem verildiği düşüncesine Katılım Seviyeleri

	Frekans	Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	7	19,4
Kısmen Katılmıyorum	7	19,4
Kararsızım	4	11,2
Kısmen Katılıyorum	7	19,4
Kesinlikle Katılıyorum	11	30,6
Ortalama	3,22	

Çalışmamıza katılan kişilerin genel fikrinin sağlık hizmetlerine yönelik kalite giderleri analizine orta derecede önem verildiğidir. Dağılıma bakıldığında katılımcıların %38,8'i gerekli önemin verilmediğini düşünmekte iken, yarısı ise gerekli önemin verildiğini düşünmektedir.

Tablo 15: Katılımcıların görev aldığı sağlık kuruluşunda, kalite maliyeti hesaplamalarının periyodik olarak yapıldığı düşüncesine Katılım Seviyeleri

	Frekans	Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	7	19,4
Kısmen Katılmıyorum	9	25,0
Kararsızım	3	8,4
Kısmen Katılıyorum	9	25,0
Kesinlikle Katılıyorum	8	22,2
Ortalama	3,06	

Katılımcıların %44,4'ü görev aldıkları sağlık kuruluşunda, kalite gideri hesaplamaları periyodik olarak yapılmaktadır düşüncesine katılmadıklarını belirtirken, %47,9'u bu düşünceye katıldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 16: Katılımcıların Sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesini hasta memnuniyetini artıran bir etken olduğu düşüncesine Katılım Seviyeleri

	Frekans	Yüzde
Kesinlikle Katılmıyorum	2	5,6
Kısmen Katılmıyorum	1	2,8
Kararsızım	7	19,4
Kısmen Katılıyorum	9	25,0
Kesinlikle Katılıyorum	17	47,2
Ortalama	4,06	

Tablo 16'ya bakıldığında katılımcılar genel olarak sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesinin, hasta memnuniyetini arttıran bir etken oldukları görüşündedirler. Dağılıma bakıldığında bu görüşe katılanların oranının %72,2 olduğu görülürken, sadece %8,4'ünün bu görüşe katılmadıklarını görülmektedir.

8.4. Sağlık Hizmetleri, Teknolojik Yatırımlar ve Sağlık Kuruluşu Hakkındaki Sorulara Katılım Ortalamalarının Personelin Çalıştığı Kurum Bakımından İncelenmesi

Bu bölümde çalıştığı kurum ile sorulara verilen yanıtların ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Tablo 17'ye bakıldığında her bir soru için özel ve devlet kurumuna bağlı olanların frekans ve ortalamaları görülmektedir. Tablonun “t” sütununda test istatistiği yer alırken, “p” kolonunda ise bu değer anlamlılık düzeyi yer almaktadır. Anlamlılık seviyesi %5 hata payından küçük olduğu durumlarda, ilgili soru için özel ve devlet grup ortalamaları arasında farklılık olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılır.

Tablo 17: Sorulara Katılım Ortalamalarının Çalıştığı Kurum Bakımından Bağımsız Örnekler İçin t Testi Sonuçları

	Çalıştığı Kurum	n	Ortalama	t	p
Sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi, hayati önem arz eden bir konudur.	Özel	16	3,56	-1,691	0,100
	Devlet	20	4,15		
Türkiye'de devlete ait sağlık kuruluşları kaliteli hizmet vermektedir.	Özel	16	3,88	-2,627	0,013
	Devlet	20	4,65		
Türkiye'de özel sektöre ait sağlık kuruluşları kaliteli hizmet vermektedir.	Özel	16	3,19	2,966	0,005
	Devlet	20	2,15		
Bünyesinde görev aldığım sağlık kuruluşu, güncel teknolojik gelişmeleri yakından takip etmektedir.	Özel	16	2,63	-2,225	0,033
	Devlet	20	3,50		
Bünyesinde görev aldığım sağlık kuruluşu, sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmeye yönelik harcamalar yapmaktadır.	Özel	16	3,50	-0,793	0,433
	Devlet	20	3,80		
Bünyesinde görev aldığım sağlık kuruluşunun, sunduğu sağlık hizmetlerini kalitelileştirmeye yönelik harcamaları yeterli düzeydedir.	Özel	16	3,19	-1,409	0,168
	Devlet	20	3,75		
Bünyesinde görev aldığım sağlık kuruluşunda tıbbi cihazların kalibrasyonu yapılmaktadır.	Özel	16	3,25	-0,591	0,558
	Devlet	20	3,50		
Bünyesinde görev aldığım sağlık kuruluşunda tıbbi cihazların bakımından sorumlu personel bulunmaktadır.	Özel	16	4,31	0,511	0,613
	Devlet	20	4,20		
Tıbbi cihazların ve araç gereçlerin satın alındığı kurumlar, bünyesinde görev aldığım sağlık kuruluşunu sık sık ziyaret edip geri bildirim almaktadır.	Özel	16	3,00	-0,229	0,820
	Devlet	20	3,10		
Bünyesinde görev aldığım sağlık kuruluşunda, yeni ve teknolojik cihazların ve araç gereçlerin kullanımı hakkında, personele eğitim verilmektedir.	Özel	16	4,19	-0,270	0,789
	Devlet	20	4,25		
Bünyesinde görev aldığım sağlık kuruluşunda, sağlık hizmetlerine yönelik kalite giderlerinin analizine önem verilmektedir.	Özel	16	2,94	-0,985	0,332
	Devlet	20	3,45		
Bünyesinde görev aldığım sağlık kuruluşunda, kalite gideri hesaplamalar, periyodik olarak yapılmaktadır.	Özel	16	3,38	1,155	0,256
	Devlet	20	2,80		
Sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi, hasta memnuniyetini artıran bir etkidir.	Özel	16	4,31	1,212	0,234
	Devlet	20	3,85		

Tablo 17'de "bünyesinde görev aldığım sağlık kuruluşu, güncel teknolojik gelişmeleri yakından takip etmektedir" için test sonucuna bakıldığında p değerinin (0,033) 0,05'ten küçük olduğu görülmektedir. Ortalamalara bakıldığında ise özel bir kuruma bağlı çalışanların ortalama değeri 2,63 iken, devlet kurumuna bağlı çalışanların ortalama değerinin 3,50 olduğu ve bu iki değer arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

"Türkiye'de devlete ait sağlık kuruluşları kaliteli hizmet vermektedir" düşüncesine verilen yanıtların ortalamaları çalışılan kurum bazında incelendiğinde, devlet ve özeldeki çalışanların bu düşünceye katılım ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Buna göre özel bir kuruma bağlı çalışanların katılım ortalaması 3,88 iken, devlete bağlı çalışanların ortalaması 4,65'tir. Sonuç olarak devlet kurumuna bağlı çalışanlar, özel kuruma bağlı çalışanlardan, daha yüksek seviyede devlet kuruluşlarının kaliteli hizmet verdiği düşüncesindedirler.

Aynı şekilde “Türkiye’de özel sektöre ait sağlık kuruluşları kaliteli hizmet vermektedir” düşüncesine verilen yanıtların ortalamaları incelendiğinde, p değerinin (0,005) %5 hata payından küçük olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu düşünceye katılım ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Buna göre devlet kurumuna bağlı çalışanların katılım ortalaması 3,19 iken, devlete bağlı çalışanların ortalaması 2,15’tir.

Yukarıda belirtilen 3 soru dışında kalan sorulara bakıldığında ise, p değerinin %5 hata payından büyük olduğu görülmektedir. Bunun anlamı ilgili soru bazında özel ve devlet kurumlarında çalışan kişilerin katılım ortalamaları arasında bir farklılık yoktur, bir başka deyişle bu düşünceler çalışılan kuruma göre ayrılmamaktadır.

Tablo 18: Katılımcıların Çalıştığı Kurumlara Göre Cinsiyet Açısından Dağılımı

	Özel bir Kuruma Bağlı		Devlet Kurumuna Bağlı	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Kadın	9	56	8	40
Erkek	7	44	12	60

Çalıştığı kurum ile cinsiyet arasındaki sonuçlara bakıldığında, özel bir kuruma bağlı çalışanların %56’sı kadın, %44’ü ise erkek olduğu görülmektedir. Devlet kurumuna ait çalışanlarda ise %60 ile erkek oranının kadınlardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 19: Katılımcıların Çalıştığı Kurumlara Göre Eğitim Açısından Dağılımı

	Özel bir Kuruma Bağlı		Devlet Kurumuna Bağlı	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Lise	5	31,25	6	30
Lisans	5	31,25	9	45
Lisansüstü	6	37,5	4	20
Doktora	-	-	1	5

Tablo 19’a bakıldığında çalıştığı kurum ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelenmektedir. Buna göre, özel bir kurumda görev alanların %37,5’luk bir çoğunluğunun eğitim düzeyi lisansüstü iken, devlet kurumunda çalışanların büyük bir dilimini, eğitim düzeyi lisans olanların oluşturduğu görülmektedir.

8. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Kalite maliyetleri ile ilgili verilerin ölçülmesi, analiz edilmesi ve raporlanıp yöneticilere sunulması, yöneticilerin alacakları kararlara ışık tutmaktadır. Tüm bunlar, kalite sisteminin etkinliği hakkında yöneticilere rapor vererek, yöneticilerin gelecekteki belirsizlikleri azaltmak için tahmin, planlama ve bütçeleme yapmasını sağlamaktadır. Söz konusu raporlar, belirlenen kalite hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı, hangi bölümlerde kalite geliştirme çalışmalarına ağırlık verilmesi gerektiği gibi konularda büyük fayda sağlamaktadır (Demircioğlu ve Küçükşavaş, 2009). Özellikle kalite konusunda yöneticilere sunulacak aylık raporlar, finansal hedeflere ve istenilen kaliteye ulaşıp ulaşılmadığı konusundaki performans değerlendirmelerine ışık tutacaktır. Böylece, kalite iyileştirme inisiyatifleri disipline edilmiş olacak ve kuruluşun mali hedeflerine ulaşması da kolaylaşacaktır (Byrnes & Fifer, 2010).

Anket sonuçlarından elde edilen verileri, sonuca yönelik genel bir değerlendirmeye tabi tutmak gerekirse, öncelikle kalite maliyetleri konusundaki verilere değinmek faydalı

olacaktır. İncelemeye tabi tutulan sağlık kuruluşlarında, kalite iyileştirme maliyetlerinin toplam maliyetlere oranının % 28,3 dolayında olması düşündürücüdür. Özellikle değişken maliyetler içerisinde personele ayrılan kısmın oranı %33'lere ulaşırken, işletmeye ayrılan değişken maliyetlerin %20 dolaylarında kalması, bu duruma sebep olarak gösterilebilir.

Katılımcıların, sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesinin hayati önem arz eden bir konu olduğu düşüncesine pek katılmıyor olması da, ilginç verilerden biri olarak ortaya çıkmaktadır. Söz konusu soruyu “kısmen katılmıyorum” ve “kararsızım” şeklinde yanıtlayanların toplam oranının %40'lara yaklaşması, kalite iyileştirmeye yönelik bir kamuoyunun halen oluşturulamamış olduğu görüşünü destekler niteliktedir. Öte yandan katılımcıların yaklaşık %85'e (kesinlikle katılıyorum + kısmen katılıyorum) varan kısmının devlete ait sağlık kuruluşlarının kaliteli hizmet verdiğine olan inancını belirtmesi ve özel sektör konusunda bu oranın %33 (kısmen katılıyorum) dolayında seyretmesi de çarpıcı verilerden biridir. Özellikle özel sektördeki tedavi maliyetlerinin yüksek oluşu ve kuruluşların yaptığı yatırımlar göz önünde bulundurulduğunda, söz konusu verilerin şaşırtıcılığı daha da belirginleşmektedir.

Bilimsel gelişmeler ışığında tıp alanında kullanılmaya yönelik yeni araç-gereçlerin üretilmesi, insanların zihninde genellikle kaliteli hizmet anlayışı ile örtüşmektedir. Anket verilerinden yola çıkarak, teknolojik gelişmelerden faydalanma, modern cihazlara yapılan yatırım, araç gereçlerin kullanımı hakkında verilen eğitim ve bu cihazların bakımı konusundaki titizliğin, sağlık kuruluşu çalışanları açısından memnun edici düzeyde olmadığı söylenebilir. Zira bu alanla ilgili sorulara, genellikle çok olumlu olmayan ve kararsızlık belirten yanıtlar verildiği gözlemlenmektedir. Özellikle kalite artırımına yönelik harcamaların beklenen düzeyde olmaması, ciddi bir sorun olarak göze çarpmaktadır. Katılımcıların % 60'a yakın bir kısmı bünyesinde çalıştığı kuruluşun söz konusu alandaki harcamalarının yeterli düzeyde olduğuna inanmamaktadır.

Maliyet analizi konusunda ise, sonuçların daha iç açıcı olduğu söylenebilir. Personelin dikkate değer bir kısmı, maliyet analizlerinin aksaklığa uğramadan periyodik ve sistematik bir biçimde sağlıklı olarak gerçekleştirildiğini belirtmektedir. Ancak burada, üzerinde esas düşünülmesi gereken konu, sağlıklı şekilde yürütüldüğü öne sürülen maliyet analizlerinin, kalite maliyetine ve kalite artırımına yönelik faaliyetlere beklenen oranda yansımadağı gerçeğidir. Bu noktada, sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesinin hayati önem arz eden bir konu olup olmadığı sorusuna yönelik verilen yanıtlar, söz konusu durumun kaynağını ortaya çıkarır niteliktedir. Katılımcıların %40'a yakın bölümü, bu konu da kararsız olduğunu ya da kısmen katılmadığını ifade etmiştir. Bu veriler ışığında, araştırmanın uygulandığı kuruluşlar içerisinde, insan hayatına verilen önemin hizmette kalite artırımını ile doğru orantılı olduğu gerçeğinin bile tam olarak benimsenmediği görüşüne ulaşmak mümkündür. Bu çıkarım, Türkiye genelinde sağlık hizmetlerini kalitelilestirmeye yönelik algının boyutu konusunda da az çok aydınlatıcı niteliktedir.

KAYNAKÇA

- AKALIN, H.E. (2010). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Temel Kavramlar, Sorunlar ve Çözüm Yolları”, Sağlık Ekonomisi, <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/online-makaleler/159-saglik-hizmetlerinde-kalite-temel-kavramlar-sorunlar-ve-coezuem-yollar>, 20.01.2013.
- ANDEL, C., DAVIDOW, S.L., HOLLANDER, M. ve MORENO, D.A. (2012). The Economics of Health Care Quality and Medical Errors, *Journal of Health Care Finance*, 39(1).

- AYDIN, S., DEMİR, M., GÜLER, H., DEMİR, B. ve YORGANCILAR, S. (2008). Sağlık Sistemi Yaklaşımı ile Kalite ve Güvenlik Stratejileri Geliştirme Kılavuzu, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı.
- BAŞARA, B.B., GÜLER, C., ERYILMAZ, Z., YENTÜR, G.K. ve PULGAT, E. (2012). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara: Semih Ofset.
- BEKÇİ, İ. ve TORAMAN, A. (2010). “Kalite Maliyetleri ve Bir Hastanede Hesaplanması”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 16(2).
- BOZKURT, R. (2003). Kalite Maliyetleri, Ankara: Milli Produktivite Merkezi Yayınları, No: 641.
- BYRNES, J. ve FIFER, J. (2010). “Moving Quality and Cost to the Top of the Hospital Agenda”, Journal of Healthcare Financial Management, August.
- DEMİRCİOĞLU, E.N. ve KÜÇÜKSAVAŞ, N. (2009). “Kalite Maliyetleri”, Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi, 13(1).
- DONABEDIAN, A. (1980). Exploration In Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- DRUMMOND, M.F., STODART, G.L. ve TORRANCE, G.W. (1987). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, Oxford: Medical Publications.
- ERGİNEL, N. (2006). “Kalite Maliyetleri Ders Notları Sunumu”, <http://www.endustri.anadolu.edu.tr/DersDuyuru.aspx?dersId=82&duyuruId=839>, 29.01.2013.
- FEIGENBAUM, A.V. (1956). Total Quality Control, Harvard Business Review.
- GERAEDTS, H.P.A., MONTENARIE, R. ve RIJK, P.P. (2001). The Benefits of Total Quality Management, Computerized Medical Imaging and Graphics, 25.
- GÖKTAŞ, P. (2012). “SUT fiyatları nasıl oluyor? Yeterli midir?”, <http://www.saglikaktuel.com/yazi/sut-fiyatlari-nasil-olusuyor-yeterli-midir-6735.htm>, 30.01.2013.
- HATZELL, T., BROWN, L.D., RAFEH, N.R. ve FRANCO, L.M. (1993), “Quality Assurance of Health Care in Developing Countries”, Quality Assurance Methodology Refinement Series, Quality Assurance Project.
- HAYRAN, O. ve UZ, H. (1998). “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, <http://www.merih.net/ml/whulkuz11.htm>, 20.01.2013.
- JAMES, P.T.J. (1996). Total Quality Management: An Introductory Text, London: Prentice Hall Inc.
- KIRLIOĞLU, H. (1998). Kalite Maliyetleri Muhasebesi, Adapazarı: Değişim Yayınları.
- KISAKÜREK, M.M. (2010). Hastane İşletmelerinde Bölüm Maliyet Analizi: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Bir Uygulama, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 24(3).
- KİYMİR, B. (1998). Hastane Yönetiminde Toplam Kalite Modeli, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ankara Haberal Eğitim Vakfı Yayınları.
- MAYNARD, A. ve DIXON, A. (2002). “Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience”, Elias Mossialos et al. (eds.). Funding Health Care: Options for Europe, Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 80-109.

- MURTHY, R.K., PINHO, H., RAVINDRAN, S.T.K. ve ROMERO, M. (2004). “Health Sector Reforms and Sexual Reproductive Health Services Lessons and Research Gaps Emerging from the Initiative for Sexual and Reproductive Rights in Health Reforms Paper”, World Health Organization.
- OFFEI, A.K., BANNERMAN, C. ve KYEREMEH, K. (2004). Healthcare Quality Assurance Manual for Sub-Districts in Ghana, Ghana Health Service.
- OVALI, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1: 33-43.
- ÖMÜRGÖNÜLŞEN, M. (2008). Kalite Maliyetlerinin Ölçümü: Gıda Sektöründe Bir Araştırma, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, No: 703.
- ÖZENCİ, T.B. ve CUNBUL, Ö.L. (1993). Kalite Ekonomisi, İstanbul: Kalder Yayınları.
- ÖZKAN, A. (2003). Hastane İşletmelerinde Maliyetleme Yaklaşımları, Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 22(2): 113-130.
- PAKDİL, F. (2007). “Hastanelerde Sürekli Performans İyileştirme Sürecinin Kalite Maliyetlerine Odaklanması ve Bir Ölçüm Modeli Önerisi”, Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26(1): 35-54.
- PONEMON, L.A. (1990). “Accounting for Quality Costs”, Journal of Cost Management, Vol: 4, Issue: 1.
- RON, A. ve SCHEIL-ADLUNG, X. (2001). Recent Health Policy Innovations In Social Security, International Social Security Series, Volume 5, Transaction Publishers.
- SCHWARTZ, Z.M. (2012). Healthcare Quality, Access, Cost, Workforce, and Surgical Education: The Ultimate Perfect Storm, Journal of Pediatric Surgery, 47.
- ŞALE, İ. (2001). Toplam Kalite Uygulamaları, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- TATAR, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2011/1, s. 103-133.
- TEKİN, M. (2004). Toplam Kalite Yönetimi, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri Genel Başkanlığı.
- TUTAR, F. ve KILINÇ, N. (2007). Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi, 9(1).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). “European Health Report”, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- YENERSOY, G. (1997). Toplam Kalite Yönetimi: Mükemmeli Arayış Yolculuğuna İlk Adım, İstanbul: Rota Yayınları.
- YİĞİT, V. ve AĞIRBAŞ, İ. (2004). “Hastanelerde Maliyet - Performans Analizi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama”, Hastanelerde Maliyet - Performans Analizi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8.
- YÜKÇÜ, S. (1999). Kalite Maliyetlerinin Muhasebeleştirilmesi, İzmir: Anadolu Matbaacılık.