

HASTANELERDE SÜREKLİ PERFORMANS İYİLEŞTİRME SÜRECİNİN KALİTE MALİYETLERİNE ODAKLANMASI VE BİR ÖLÇÜM MODELİ ÖNERİSİ

Fatma PAKDİL*

Özet

Kalite yönetimi felsefesi ve uygulamaları üretim sektöründe kendini göstermiş, uzun yıllar hizmet sektöründe bu yönde etkili ve sistematik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak son yıllarda dünyadaki ekonomik eğilimlerin değişmesi ve hizmet sektörünün ekonomiden aldığı payın her geçen gün artması, kaliteli üretim için uygulanan yöntemlerin hizmet sektörüne de uyarlanmasını kaçınılmaz kılmıştır. Bu noktadan hareketle bu çalışmada, hizmet sektöründe farklı dinamiklere sahip hastane organizasyonlarında kurumsal performans iyileştirmenin hangi süreçlerden ve noktalardan başlatılması gerektiğine yönelik kararlara veri sağlayacak bir sistem olarak kullanılabilecek kalite maliyetleri ele alınmakta ve kalite maliyetlerini ölçecek bir sistemin kuruluşuna dair bir model önerisinde bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Maliyetleri.

Abstract

Even though quality management philosophy and its practices firstly appeared on manufacturing, there were no such effective and systematic studies in service sector for many years. However, recent changing economic trends in the world and day by day increasing share of services taking from economy make also possible to apply the methods used for quality production to the service sector. From this starting point, in this study, costs of quality have been analyzed as a system in order to provide knowledge for decision making processes at the hospital organizations. Also, a performance improvement model has been proposed for measuring costs of quality in this manner.

* Doç. Dr Başkent Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Endüstri Mühendisliği Bölümü.

Key Words: *Total Quality Management, Quality in Health Care, Quality Costs in Health Care.*

1. GİRİŞ

Hızla gelişen ve değişen global ekonomi içinde her geçen gün bir yandan hizmet üretimi yapan işletmelerin sayısı artmakta diğer yandan da rekabet acımasız boyutlara ulaşmaktadır. Hizmet ekonomisindeki hızlı büyüme ve rekabet koşulları içinde üretim işletmelerine göre organizasyon yapıları, işgücü profilleri, yönetim şekilleri ve fonksiyonları açısından farklılıklar gösteren hizmet işletmelerinin, işletmecilik dünyasında da ayrı bir çalışma alanı olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Bu bakış açısı ile hizmet işletmelerinin farklı açılardan detaylı olarak incelenmesi ve sonuçta kurumsal performanslarının iyileştirilmesi kaçınılmazdır. Hizmet işletmeleri içinde insan sağlığı ile ilgilenmesi nedeniyle ayrıcalıklı bir yere sahip olan hastaneler de, özel ve kamu yatırımı ayrımı yapmaksızın, kurumsal performanslarını iyileştirmek zorunda olan organizasyonlardır. Müşterilerin sağlık ihtiyaçları konusunda daha bilgili oldukları ve sağlık hizmeti süreçlerinin içinde yer aldıkları bir ortamda hastaneler, maliyetlerini düşürmenin, çıktılarının ve pazar payının iyileştirilmesinin zorluğu ile yüz yüzedirler (Pakdil, 2002: 1). Bu gerçekler nedeniyle hastane organizasyonları kurumsal performanslarını iyileştirmek ve rekabette ayakta kalabilmek için sürekli iyileştirme felsefesinin temel ilkelerini uygulamalı, yönetim ve hizmet sunum süreçlerini bu felsefenin minimum gereklerini yerine getirecek şekilde düzenlemelidirler.

İşletmelerin bugün karşılaştıkları rekabetçi baskı, kalite yönelimli güvenin ve sonuçlara odaklı iyileştirme faaliyetlerinin artmasına neden olmuştur. Dünya genelindeki pek çok organizasyon da kalite ve sürekli iyileştirmeyi öncelikli amaçlar olarak belirlemişlerdir (Yasin vd., 1999: 173). Üretim işletmelerinde doğan, günümüzde hastane organizasyonlarına da uyarlanabilen kalite felsefesinin yönetim bilimine girdiği günden beri üzerinde önemle durulan “sürekli iyileştirme” kavramı, bir işletmeye rekabet avantajı sağlayacak temel unsurlardan biri olarak ifade edilmiştir. Örneğin Deming 14 temel ilkesinde yönetimin, kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlayacak bir çalışma sistemi kurmakla ve işletmekle görevli olduğunu vurgulamaktadır (Kolarik, 1995: 24). Deming ayrıca kalitenin yaratılması için durağan hedefler yerine sürekli gelişen bir yapıyı savunmakta ve işletmede çalışan herkesin kendini geliştirme yönünde cesaretlendirilmesini şart koşturmaktadır. Juran, Juran Trilojisi’nde üçüncü aşama olarak kalite iyileştirmeye yer vermekte ve bu döngünün sürekli işlenmesi gerekliliğini savunmaktadır. Crosby ise, daha dar bir tanımlama içinde “kalite iyileştirme takımları”nın varlığına dikkati çekmektedir (Kolarik, 1995: 29).

Feigenbaum, toplam kalite kontrolün kaliteyi geliştirme, koruma ve iyileştirme yönünde kullanılacak etkili bir sistem olduğunu belirterek sürekli iyileştirme kavramına yer vermektedir (Kolarik, 1995: 30). Kolarik de, Toplam Kalite Yönetimi'nin (TKY) temel fonksiyonel elemanlarından biri olarak sürekli iyileştirmeyi göstermektedir (Kolarik, 1995: 770). Kalite düşünürlerinin görüşlerine bakıldığında görülmektedir ki, uygulanan tüm tekniklerin ve yaklaşımların nihai hedeflerinden biri sürekli iyileştirmedir.

Batılı yönetim anlayışında önemi ancak 90'lı yıllarda fark edilen sürekli iyileştirme felsefesi, Japonların elde ettikleri üstün rekabet avantajının en önemli nedeni olarak gösterilmektedir. Artık günümüzde sürekli iyileştirme, işletmelerin rekabet ortamında ayakta kalmaları ve yaşamaları için uygulamaları gereken temel stratejilerden biri olarak görülmektedir. Kolarik, bu anlamda durağan kalite ve verimlilik standartlarının işletmelerin rekabet gücünü azalttığını ve yok ettiğini, söz konusu standartların sürekli iyileştirilmesinin temel işletme hedefleri arasında yer alması gerektiğini ortaya koymaktadır (Kolarik, 1995: 844). Bu noktadan hareketle sürekli iyileştirme, topyekün kurumsal performansın bir önceki döneme göre daha iyiye ulaşması ve sürekli yükselen bir trendle gelişmesi olarak tanımlanabilir. Hastanelerde temel girdinin insan ve insan hayatı olmasından dolayı sistemin her bir aşamasındaki çıktının kalitesi hayati öneme sahiptir. Üretim işletmelerinde görülen ıskarta ve hurda kavramının sağlık hizmetlerinde olmaması ve geri dönüşü olmayan hataların büyük kayıplara yol açması nedeniyle hastanelerde sürekli iyileştirmenin yaratılması ve süreklilik kazandırılması kaçınılmazdır.

Ölçülemeyenin yönetilemeyeceği görüşünden hareketle, sürekli iyileştirmenin sağlanması da kurumsal bazda etkili işleyen bir performans yönetim sürecinin varlığına bağlıdır. Hastane organizasyonlarına da uyarlanabilecek bu sistem içinde öncelikle kurumsal performansı tanımlayan performans alanları belirlenmeli ve bu alanlar indikatörlerle ölçülebilir hale getirilmelidir. (Sower vd., 2001: 47). Bu bağlamda performans alanları ve indikatörleri sektöre özgü olabileceği gibi, hastanelerin birer işletme olmaları nedeniyle işletmecilik alanındaki performansın izlenmesine yönelik performans alanları ve indikatörlerinin de - müşteri memnuniyeti ve bağlılığı, finansal boyut, süreç boyutu, tedarikçi boyutu, insan kaynakları boyutu, sürekli öğrenme ve yaratıcılık boyutu- ele alınması mümkündür. Bu kapsamda izlenmesi kaçınılmaz performans alanlarından biri de "kalite"dir. Pek çok hizmet işletmesinin yöneticisi, başarılarına katkıda bulunan temel unsurlardan birinin kalite olduğu sonucuna varmışlardır (Jun vd., 1998: 82). Kalite, işletmelerin mükemmelliğe ulaşmasına katkıda bulunan bütün unsurları kapsamaktadır (Efil, 1996: 10). Kalitenin kurum performansı üzerine olumlu etkisi araştırmalarla da gösterilmiştir. Cambridge'de Strategic Planning Institute tarafından yapılan The Profit Impact of Market

Strategies (PIMS) çalışması, uzun dönemde şirketin performansını etkileyen en önemli ve tek unsurun rakiplerine oranla şirketin “ürün ve hizmetlerinin kalitesi” olduğunu göstermiştir (Akan, 1995: 3). Hastanenin gerek tıbbi süreçleri, gerekse yönetsel süreçleri açısından ele alınması gereken “kalite” boyutu, birçok performans indikatörü ile ölçülebilir hale getirilmektedir. Bu çalışma kapsamında sadece “kalite maliyetleri” üzerinde durulmakta, kalite maliyetlerinin ölçümü ve izlenmesine yönelik bir model ortaya konmaktadır. Dale ve Plunkett (1993: 2-3) kalite maliyetlerinin, ürün/hizmet kalitesini iyileştirmede işletmelere yardımcı olacak birkaç araç ve teknikten biri olduğunu belirtmekte ve dünya çapındaki bir kısım organizasyonun kalite maliyetlerini, dahili kalite performansını ölçecek bir gösterge olarak izlediklerini vurgulamaktadırlar. Milakovich (1995: 123) de hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için kalite maliyetlerinin düzenli olarak izlenmesi ve minimum düzeye indirilmesi gerekliliğini ortaya koymakta, bu amaçla etkili çalışan performans yönetim sistemlerinin varlığına dikkati çekmektedir.

2. HASTANELERDE KALİTE VE KALİTE MALİYETLERİ

Hastaneler hizmet üretim maliyetleri yüksek, hata kabul edilebilirliği ve verimliliği düşük organizasyonlardır. Özellikle ülkemizdeki uygulamalar göz önüne alındığında hastaneler, gerek kaliteli hizmet üretimi ve gerekse yönetim anlayışı açısından iyileştirilmesi gereken sistemlerdir. İyileştirme ihtiyacının yüksek olduğu bir organizasyonel yapı içinde sağlık hizmetlerinde kalite, hizmet performansının seviyesini tayin eden önemli kriterlerdendir. Sağlık endüstrisinde hizmet kalitesinin stratejik önemi açıktır. Literatür, sağlık endüstrisinde sürdürülebilir rekabet avantajının hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti ile elde edilebileceğini göstermektedir (Jun vd., 1998: 82). Kaynakların daha ekonomik ve verimli kullanımının zorunluluğu ile birlikte, sağlık tüketicilerinin kaliteye ilişkin beklentilerinin gelişmesi, kalitenin önemini arttırmış, tüketicinin kalite algısı, hizmeti sunanların başarı düzeyini belirleyen önemli bir faktör haline gelmiştir (Bowers vd., 1994: 49). Sağlıkta kalite, sağlık hizmetlerinin birey ve toplum için istenilen sağlık çıktılarına ne derece ulaşıldığının bir göstergesidir. (Palmer, 1997: 305).

Sağlık hizmetlerinde kalite, bu alanda müşteri sınıflamasına giren tüm tarafların memnuniyeti ya da en basit tanımı ile “doğru, tam ve zamanında, en düşük maliyetle verilen sağlık hizmeti ile hastanın memnun ayrılmasını sağlamak” olarak tanımlanabilir. Çoruh’a (1994: 103) göre sağlıkta kalite, doğru tanının gecikmeden konmasıdır. Burada etkili olan faktörler de tanıyı koyacak sağlık personelinin eğitimi, yardımcı dalların,

doğru neticeyi kısa sürede en ucuza üretmeleri, verileri doğru yorumlamaları ve hizmetin karşılığını ödeyen kurumların bekleneni aldığını doğrulamasıdır (Çoruh, 1994: 33). Sağlıkta kalitenin bugün ulaştığı yer sürekli kalite iyileştirme yaklaşımıdır. Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerine büyük değişiklikler getiren kalite iyileştirme ve performans ölçümü gibi sistemlerin ortak noktası, hizmetin gereğinin yapılması ve hizmeti alanın sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan tatmini konularına odaklanmaktadır. Sağlıkta TKY'nin de amacı, sağlık sisteminin yararlarını ve maliyet etkililiğini arttırmaktır. Burada unutulmaması gereken önemli bir nokta da, maliyet etkililiği sağlarken hizmet çıktısının kalite düzeyini düşürmemektir.

Günümüzde kalite sağlamanın esası “kalitesizliğin önlenmesi” olup, hata oluşumunu önleyici şekilde üretim sürecinde kaliteyi etkileyen tüm faaliyetler üzerinde kontrolün geliştirilmesi ilkesine dayanır. Sağlıkta kabul edilebilir hata düzeyi olmamalıdır. Kayıplar ve kalitesizlik maliyetleri, hatalar, yanlış işlemler, kaybedilen müşteriler, müşteri şikayetleri ve zararlar en aza indirilmelidir (Rosander, 1989: 7). Rosander'in bu ifadesi, kalite maliyetlerinin ölçümü ile izlenebilecek performans indikatörlerine atıfta bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalite düzeyi, ölçme ve değerlendirme yaklaşımı içinde, hizmetin önceden belirlenmiş standartları karşılayıp karşılamadığını ölçecek performans yönetim sistemleri ile belirlenmelidir. Bu aşamada sürekli iyileştirme çalışmalarının başarıya ulaşması için kaliteyi hangi faktörlerin oluşturduğunu ve etkilediğini kapsamlı bir şekilde anlamak gereklidir (Jun vd., 1998: 82). Sağlık hizmetlerinde performans indikatörlerini belirlemeye yönelik akademik çalışmalar gözden geçirildiğinde, her bir çalışmanın sağlık hizmetinin farklı yönlerine odaklandığı ve önerdikleri indikatörleri bir model yapısı içinde ortaya koydukları görülmektedir. Söz konusu modellerin toplu halde gösterimi Tablo 1'de verilmektedir. Tabloda yer alan modellerin bir yandan süreç çıktısı odaklı tıbbi kaliteye, diğer yandan da hizmetin müşteri tarafından algılanışını içeren müşteri odaklı indikatörlere yöneldiği görülmektedir.

Literatürde sağlık hizmeti tüketicilerinin, aldıkları hizmetin teknik kalitesini değerlendirebilecek yeterlilikte olmadıkları (Bowers vd., 1994: 54; Jun vd., 1998: 94), bu aşamada ancak hizmetin görünen ve algılanan boyutları ile bir değerlendirme yapabilecekleri belirtilmektedir. Dolayısıyla, yöneticiler bir yandan sağlık hizmetinin insan boyutuna, (Bowers vd., 1994: 54) diğer bir yandan da kalitenin teknik boyutuna odaklanmalıdırlar.

Üretim işletmelerinde gerek sürecin çıktısına gerekse müşterinin bakış açısına odaklı performans indikatörleri içinde yer alan kalite maliyetleri, sağlık hizmetlerinin kalite düzeyini belirlemede de etkili olarak ölçülmesi ve yönetilmesi gereken göstergelerdendir. Tablo 1'de yer alan

modellerin direkt olarak kalite maliyetlerine yer vermediği görülmekle birlikte, üretim sektörünün bu alanda gösterdiği hassasiyet, sürekli iyileştirilmesi beklenen ve insan hayatı üzerinde çalışan sağlık hizmetleri alanında da aynı hassasiyetin gösterilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 1. Sağlıkta Kalite Boyutlarına Ait Modeller

Chakrapani'nin boyutları (Chakrapani, 1998: 132) - Hizmet güvenilirliği/desteği - Beklentileri aşma	Evans ve Lindsay'in boyutları (Evans ve Lindsay, 1999: 52) - Zaman - Bütünlük - Nezaket - Tutarlılık - Ulaşılabilirlik ve uygunluk - Doğruluk - Sorumluluk	Parasuraman'ın SERVQUAL boyutları (Zeithaml vd., 1990: 25) - Elle tutulurluk - Sorumluluk - Güvenlik - Empati - Güvenilirlik
Palmer'in boyutları (Palmer, 1997: 306) - Bakıma ulaşılabilirlik - Doğru teşhisin konması - Tedavinin uygulanması - Hastanın eğitilmesi - Hastalıkları izleme - Hastalıkları önleme	Coddington'un boyutları (Sower vd., 2001: 49) - İçtenlik/bakım/ilgi - Tıbbi personel - Teknoloji/ekipman - Uzmanlık/hizmetlerin ulaşılabilirliği - Çıktılar	JCAHO standardı (JCAHO Manual) - Fayda - Doğruluk/uygunluk - Ulaşılabilirlik - Süreklilik - Etkililik - Etkinlik - Saygı ve bakım - Güven - Dakiklik
Maxwell'in boyutları (Brannan, 1998: 2) - Ulaşılabilirlik - İhtiyaçlara uygunluk - Etkililik - Adillik - Sosyal kabul edilebilirlik - Verimlilik - Ekonomiklik	Sower'in boyutları (Sower vd., 2001: 50) - Saygı ve bakım - Etkililik - Süreklilik - Uygunluk - Bilgi - Verimlilik - İlk izlenim - Çalışan farklılığı	Jun, Peterson ve Zsidisin'in boyutları (Jun vd., 1998: 85) - Elle tutulurluk - Güvenilirlik - Sorumluluk - Yeterlilik - Nezaket - İletişim - Ulaşım - Bakım - Hasta çıktıları - Hastanın anlaşılması - İşbirliği
Çoruh'un boyutları (Çoruh, 1994: 116) - Bilgilendirme - Hastayı eğitme - Hizmete kolay ulaşılma - Güvenli hizmet - Seçme hakkı sağlama - Gizlilik - Güven - Karar vermeye yardım - Hizmeti geliştirme - Rahatlık sağlama - Saygı gösterme - Düzenli olma - Süreklilik	Bowers'in boyutları (Bowers vd., 1994: 53) - Elle tutulurluk - Güvenilirlik - Sorumluluk - Yeterlilik - Nezaket - İletişim - Ulaşım - Dürüstlük - Güvenlik - Bakım - Hasta çıktıları - Müşteriyi anlama ve bilme	

Literatürde ve uygulamada, kalite maliyetlerinin tek bir tanımı üzerinde genel bir fikir birliğine varılamamıştır (Dale ve Plunkett, 1993: 23). Thompson kalite maliyeti kavramını, uygunluğun ve uygunsuzluğun maliyeti olarak 2 grupta incelemektedir. Buna göre uygunluğun maliyeti, “bir işin ilk seferde doğru yapılması” için katlanılan maliyetleri tanımlamaktadır. Kaliteyle ilişkili maliyetlerin büyük bir kısmı, bir işin ilk defada doğru yapılmaması sonucu oluşan maliyetlerdir (Dale ve Plunkett, 1993: 31). Uygunsuzluğun maliyeti ise, bir problemin çözülmesinin fiyatıdır ve üretim sürecinin kesintiye uğraması, tamir, yeniden işleme ve ikinci defa yapılan muayenelerin işletmeye olan maliyetlerini içermektedir (Quinn, 1999: 24). Pek çok çalışma uygunluk ve uygunsuzluk maliyetlerinin, işletmelerin yıllık satış hacminin % 5’i ile % 25’i arasında değiştiğini belirtmektedir (Dale ve Plunkett, 1993: 11). Thompson’un tanımlamaları sağlık hizmetleri açısından ele alındığında, sağlık hizmetinin ilk anda doğru, eksiksiz ve planlandığı gibi sunulması için katlanılan maliyetleri uygunluk maliyetleri içinde izlemek mümkündür. Uygunsuzluk maliyetleri ise, sağlık hizmetlerinin bazı bölümlerinde hesaplanamayacak boyutlarda olmakla birlikte, hataların düzeltilmesi ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi adına yapılan tüm faaliyetlerin maliyetini kapsamaktadır. Bu bakış açısı içinde hastanelerin katlandıkları uygunsuzluk maliyetleri (kalitesizlik maliyeti) minimize edilmeli, sistemler bu amaca yönlendirilerek tasarlanmalı ve işletilmelidir.

Bir diğer tanımlamada kalitesizliğin maliyeti, gerçek işlem maliyetleri ile sistemde hiçbir hatanın görülmemesi durumunda olması düşünülen maliyetler arasındaki fark olarak tanımlanmıştır (Bland vd., 1998: 368). Amerikan Kalite Derneği’ne (ASQ) göre kalite maliyetleri, özellikle bir ürün/hizmet kalitesinin, müşteri tarafından tanımlanan şekilde başarılması ya da başarılabilmesi ile ilgili maliyetlerin bir ölçüsüdür (Krishnan vd., 2000: 844). Kalite düzeyinde bir düşüşün ve müşteri ihtiyaçlarının karşılanmasında bir başarısızlığın önlenmesi nedeniyle katlanılan maliyetler olarak da tanımlanan kalite maliyetleri, bir mal/hizmet üretimi sonucunda üretimin kaliteli olabilmesi için yapılan harcamaları ve mal/hizmetin belirlenen standartlar dışında üretilmesi durumunda bunun işletmeye olan maliyetini de içerir. DIN (Deutsches Institut für Normung) 55350 standardında ise kalite maliyetleri “oluşabilecek hataları önleme amacıyla yürütülen faaliyetlerin, planlı kalite kontrollerin ve üretim safhalarında veya ürünün müşteriye tesliminden sonra görülen hataların sonucunda ortaya çıkan maliyetler” olarak tanımlanmaktadır. DIN standardında yapılan bu tanımlama ve diğer tanımlar, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sonrasını kapsamaları nedeniyle sağlık hizmetleri açısından kabul edilebilir tanımlamalardır.

Günümüzde kalite maliyetlerinin analizi, işletmelerin toplam maliyetlerini azaltmak ve verimliliği yükseltmek amacıyla kullanılan bir metot olarak dikkat çekmektedir (Kırlıoğlu, 1997: 171). Kalite maliyetlerinin durumu hakkında bilgi sahibi olunması, kalite iyileştirmeye yapılacak yatırımların yönünü tayin etmede ve faaliyetlerin etkililiğini belirlemede yöneticilere yardımcı olmaktadır (Dale ve Plunkett, 1993: 3). Sistematik bir kalite maliyeti ölçüm sisteminin operasyonel ve stratejik faydaları Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü standardında, MIL-Q-9858A'da ve ISO 9000 kalite yönetim sistemleri standartlarında vurgulanmaktadır (Yasin vd., 1999: 174).

Kalite düşünürleri kalite maliyetlerinin çeşitli yönleri ile ilgilenmişlerdir (Yasin vd., 1999: 174). Juran, önleme ve ölçme-değerlendirme maliyetlerini "kontrol maliyetleri" grubunda, iç ve dış başarısızlık maliyetlerini de "başarısızlık maliyetleri" grubunda ele alarak kalite maliyetlerinin 2 grupta toplandığını belirtmektedir (Juran ve Gryna, 1988). Philip Crosby ise "uygunluk" ve "uygunsuzluğun fiyatı" sınıflandırması üzerinde durmuştur. Bu kavramlar, Juran'ın önerdiği modelde sırasıyla önleme-ölçme-değerlendirme ve iç-dış başarısızlık maliyetlerine atıfta bulunmaktadır. Bu farklı gösterimlere rağmen 1950'li yıllardan bu yana literatürde en çok atıfta bulunulan model, Juran'ın ortaya koyduğu PAF (Prevention-Appraisal-Failure) modeli olmuştur (Yasin vd., 1999: 176). BS (British Standards) 6143 nolu standartta yer alan tanımlamalara göre önleme maliyetleri hata ya da uygunsuzluk riskini araştırmak, önlemek ve azaltmak amacıyla yapılan faaliyetlerin maliyetidir. Bu alanda tipik olarak eğitim, kalite güvence ve kalite planlaması faaliyetlerine ait maliyetler yer almaktadır. Ölçme-değerlendirme maliyetleri; kalite gereklerinin sağlanması amacıyla yapılan faaliyetlerin değerlendirilmesine yönelik maliyetlerdir. Kontrol, kalite denetimleri ve ürün/hizmet kabul testlerinin maliyetleri bu gruba verilebilecek örneklerdir. İçsel başarısızlık maliyetleri ise organizasyon içinde kalite çevriminin herhangi bir aşamasında karşılaşılan uygunsuzluk ya da hataların maliyetidir. Hurdalar, tekrar işlemler, tekrar yapılan kontroller, tasarımlar ve testler içsel maliyetlere verilebilecek örneklerdir. Dışsal başarısızlık maliyetleri de ürün/hizmetin, müşteri/kullanıcıya ulaşmasından sonra uygunsuzluk ya da hata nedeniyle oluşan maliyetler olarak tanımlanır. Garanti maliyetleri, satış kaybı, imaj kaybı ve müşteri şikayetlerinin neden olduğu maliyetler bu grupta ele alınması gereken maliyetlerdir (British Standards Institute, 1990). Kalite maliyetlerinin % 95'i ürün/hizmete az miktarda değer katan ölçme-değerlendirme ve önlenabilir olan başarısızlık maliyetlerinde toplanmaktadır (Dale ve Plunkett, 1993: 11). Medeco Locks Co. yöneticisi Miller'a göre, kalitesizliğin neden olduğu en büyük maliyet, işletmenin imaj kaybıdır ve kalite maliyetleri firmanın önemli oranda gelir kaybetmesine neden

olmaktadır (Bartholomew, 2001: 39). Bu çalışma kapsamında kullanılan PAF modeli sınıflandırması sağlık hizmetlerine uyarlandığında her bir kalite maliyetine şu örnekleri vermek mümkün olacaktır:

Önleme maliyetleri: Tüm mesleki ve kaliteye yönelik eğitim giderleri, kalibratör cihazların kalibrasyon maliyetleri, iç ve dış kalite denetimleri maliyetleri, kalite iyileştirme-geliştirme programları maliyetleri, muayene, deney ve biyomedikal cihazların bakım-onarım maliyetleri, temizlik ve sterilizasyon maliyetleri, vb. dir. Sağlıkta “önleme” yaklaşımının önemli olduğu hatırlandığında, bu alandaki maliyetlerin kolaylıkla tanımlanabileceği görülmektedir.

Ölçme-değerlendirme maliyetleri: Girdi ve süreç kontrol işlemleri maliyetleri, biyomedikal cihazların kalibrasyon maliyetleri ile tıbbi testlerin içsel ve dışsal doğrulama maliyetleri, vb. dir. Ancak, bu alandaki maliyetlerin sanayideki gibi algılanamayacağı, özellikle süreç ve son muayenelerde tespit edilen hata ve uygunsuzlukların maliyetinin, geri dönüşü mümkün olmayan hatalar karşısında hesaplanamayacağı göz önünde tutulmalıdır.

İçsel başarısızlık maliyetleri: Bozulan/atılan ilaç, tıbbi malzeme, serum ve diğer malzeme maliyetleri, tekrarlanan tıbbi işlem/müdahale maliyetleri (yeniden ameliyat, tıbbi tetkikler vb.), yanlış tıbbi müdahalenin neden 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, vb. dir.

Dışsal başarısızlık maliyetleri: Yanlış tıbbi müdahalenin neden olduğu imaj kaybı, müşteri şikayetlerinin neden olduğu maliyetler, müşteri şikayetlerini inceleme ve düzeltme maliyetleri, hastaya yansıyan yanlış/eksik idari işlemler ve bunları düzeltme işlemlerinin maliyetleri, vb. dir.

Kalite maliyetlerinin genel kabul gören PAF sınıflandırmasının yanında literatürde yer alan başka sınıflandırma modellerinin de varlığından bahsedilmektedir. Örneğin; kalite maliyetlerinin bölüm bazında incelenmesine imkan veren Winchell ve Bolton’un micro-model önerisi, Modarres ve Ansari’nin PAF sınıflandırmasına ilave olarak “kalite tasarımının maliyeti” ile “kaynakların verimsiz kullanımının maliyeti”ni eklemeleri, Sugiura’nın yine PAF sınıflandırmasına ilave olarak “ayaralama maliyeti” ve kalite tasarım maliyeti”ni eklemesi, Dahlggaard ve arkadaşlarının kalite maliyetlerini “görünür” ve “görünmez” maliyetler olarak sınıflaması bu alanda sayılabilecek modeller arasındadır (Giakatis vd., 2001: 179). Diğer yandan “direkt” ve “endirekt”, “kontrol edilebilir” ve “kontrol edilemez” maliyet sınıflandırmalarının yanısıra faaliyetlerin “tedarikçi”, “şirket” ve “müşteri” ile olan ilgisine göre maliyet sınıflandırmasının da literatürde yer

aldığı görülmektedir (Dale ve Plunkett, 1993: 26). Bu çalışma kapsamında kalite maliyetlerinin sadece PAF sınıflandırması temel alınmaktadır.

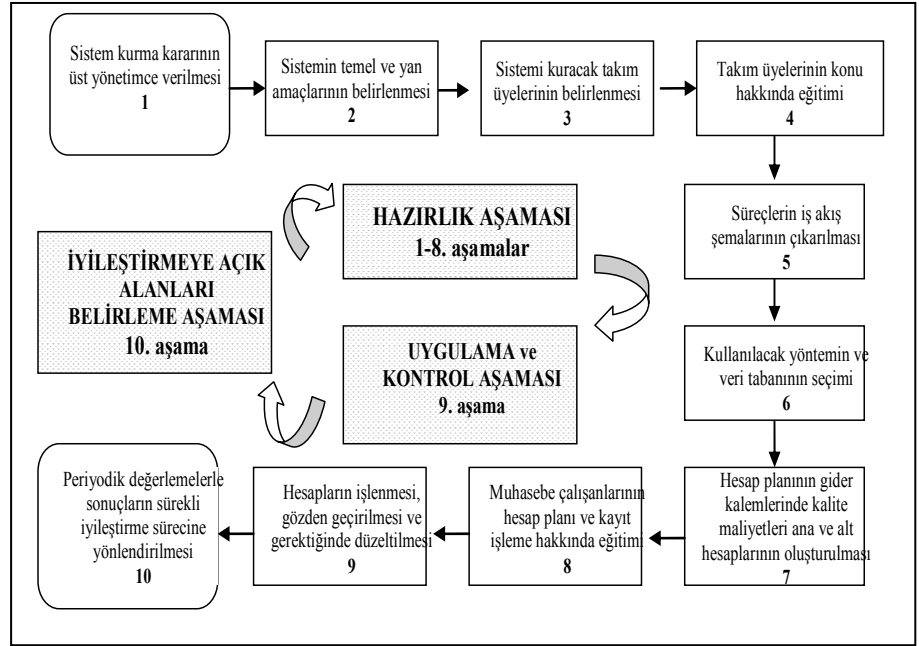
3. HASTANELERDE KALİTE MALİYETLERİNİN ÖLÇÜMÜNE YÖNELİK MODEL ÖNERİSİ

Kalite maliyetleri ölçüm sisteminden gelen bilgiler, işletme faaliyetlerini olumlu yönde geliştiren kararların alınmasında etkin rol oynamaktadır. Tsai'e göre kalite maliyetlerinin ölçümü ve raporlanması, kalite yönetim programlarının ilk aşamasını oluşturmaktadır (Tsai, 1998: 723). Ölçüm, kontrol ve iyileştirmenin ilk adımıdır (Dale ve Plunkett, 1993: 16). Ancak unutulmamalıdır ki, kalite maliyetlerinin ölçümü problemlerin çözümüne değil, teşhisine yönelik bir araçtır. Tek başına kalite maliyetlerinin raporlanması, kalitenin geliştirilmesi ve maliyetlerin düşürülmesini sağlamaz (Dale ve Plunkett, 1993: 4). Bu amaçla oluşturulan sistemlerin sadece problemleri teşhis etme aşamasında kullanılabileceği göz önünde bulundurularak, ilerleyen aşamalarda problem çözümü sürecine geçilmesi gerektiği hatırlanmalıdır. Kalite maliyetlerini ölçen performans yönetim sistemlerinin bu anlamda, hangi süreçlerde iyileştirme yapılması gerektiğini gösteren bir uyarı sistemi gibi kullanılması mümkün görünmektedir.

Bu çalışma kapsamında oluşturulan model, hastanelerde sürekli iyileştirme sürecine veri teşkil edecek kalite maliyetlerinin ölçümüne yönelik bir sistemin kurulması için Şekil 1'deki iş akışının izlenmesini tavsiye etmektedir. İş akış şeması temel olarak 3 ana bölümden oluşmaktadır. Deming döngüsünün temel alındığı yapıda söz konusu aşamalar; "hazırlık", "uygulama ve kontrol" ve "iyileştirmeye açık alanları belirleme" başlıkları altında detaylandırılmaktadır.

3.1. Hazırlık aşaması

Hazırlık aşamasında sistemin alt yapı çalışmaları yer almaktadır. İlerleyen bölümlerde hazırlık aşamasında yapılması gereken faaliyetlere detaylı olarak yer verilmektedir.

**Şekil 1.**

Hastanelerde Kalite Maliyetleri Sisteminin Kurulmasında İzlenecek İş Akışı

3.1.1. Sistem kurma kararının üst yönetimce verilmesi

İş akışına göre performans ölçüm ve yönetim sisteminin etkili olarak işletilebilmesi için ilk yapılması gereken; hastane üst yönetiminin bu konudaki ihtiyacı görüp bir ölçüm sisteminin kurulmasına karar vermesi, bilinçli ve istekli olması ve çalışmalara tam destek vereceği mesajının alınmasıdır. Aksi takdirde sistemin uzun dönemli çalıştırılması mümkün olmayacaktır. Üst yönetimin konu hakkında bilinçli ve istekli olması ise ilgili kişilerin öncelikle kalite maliyetleri hakkında eğitim almalarını gerektirir. İlerleyen aşamalarda da, üst yönetimde eğitim alan kişilerin edindikleri bilgileri ve bu alanda yapılacak çalışmaları kendi bölümlerine yaymaları ve öğretmeleri beklenmektedir. Hastane organizasyonlarında mevcut geleneksel yapı içinde üst yönetim olarak algılanılması gereken kadrolar; başhekim ve yardımcıları, hastane müdür ve yardımcıları ile ilgili idari ve tıbbi birimlerin yöneticileri olmalıdır. Modern yönetim anlayışında ise genel müdür ve yardımcıları ile tıbbi ve idari direktörler ya da bu kadrolara eş kadrolar akla gelmelidir.

3.1.2. Sistemin temel ve yan amaçlarının belirlenmesi

Dale ve Plunkett (1993: 36) belirlenen amaca göre kalite maliyetlerinin izlenme şekli ve içeriğinin değişebileceğini belirtmektedirler. Örneğin amaç, şirketin kalite ile ilgili maliyetlerinde yapılması gereken indirim oranını belirlemek ise, tüm maliyet unsurlarını tanımlamak ve ölçmek gerekecektir. Bazı durumlarda da gerçek maliyetlerin ölçümü yerine tahmini maliyetlerin hesaplanabileceğinden de bahsedilmektedir. Bu nedenle hazırlık aşamasında sistemden beklenenler net olarak belirlenmeli ve amaçlar ilk aşamalarda ortaya konmalıdır. Kalite maliyetlerini ölçme amaçları, sadece belirli maliyet kalemlerinin izlenmesinden, spesifik kalite iyileştirme projelerinin maliyetlendirilmesine kadar geniş bir aralıkta ele alınmaktadır. Genel olarak işletmelerde kalite maliyetleri, iyileştirme ihtiyaçlarının belirlenmesi, spesifik kalite iyileştirme projeleri ve faaliyetlerinin yönlendirilmesi ve maliyetlerin minimize edilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Dale ve Plunkett, 1993: 36-37). Organizasyonlarda salt hataları bulmak ve bunları kişilere mal etmek, hiçbir zaman kalite maliyetlerinin amacı olmamalıdır. Bu çalışmada önerilen modelin amacı ise, hastanelerin kurumsal performanslarında sürekli iyileştirme sağlamaları için hangi bölüm ya da süreçlerde iyileştirme çalışmaları yapmaları gerektiğini kalite maliyetleri aracılığıyla tanımlamaktır.

3.1.3. Sistemi kuracak takım üyelerinin belirlenmesi

Sistemin kuruluşunda görev alacak kişiler seçilirken kalite maliyetlerinin izlenme amaçları ve yöntemi dikkate alınmalıdır. Örneğin, yöntem olarak mevcut muhasebe bilgi sistemlerinin kullanılması düşünülüyorsa, muhasebe ve kalite disiplinlerinin kalite maliyetlerine olan bakış açılarının oldukça farklı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Dale ve Plunkett, 1993: 31). Bu önemli fark nedeniyle, sistemi kuracak takım üyeleri mümkün olduğunca farklı disiplinlerden ve bölümlerden gelmeli ve çalışmalara farklı bakış açılarını yansıtabilmelidirler. Kalite maliyetleri önceleri sadece kalite güvence bölümlerinin maliyeti olarak algılanırken bugün, tasarımdan müşteriye kadar kalitenin yaratılmasında yer alan tüm bölümlerin maliyeti olarak kabul edilmektedir (Dale ve Plunkett, 1993: 5). Dale ve Plunkett (1993: 48) kalite maliyetlerini ölçecek programların oluşturulmasında organizasyonun kalite, muhasebe ve teknik bölümlerinin yer alması gerektiğini belirtirler. Kalite maliyetlerinin ölçüm isteği genellikle işletmelerin kalite bölümleri ile yönetim kurullarından gelir. Ancak bu alandaki çalışmalar kalite güvence, teknik uzmanlar ve muhasebecilerin ortak çalışmaları ile yürütülmelidir. ASQ Kalite Maliyetleri Teknik Komitesi'nin belirttiği gibi, kalite maliyetleri çalışmalarında muhasebecilerin önemli bir etkisi vardır (Dale ve Plunkett, 1993: 16-18). Bu

yaklaşım içinde çalışma takımında asgari olarak yer alması gereken kadrolar; hastanenin yapısına ve kurum kültürüne de bağlı olarak muhasebe, satın alma, teknik hizmetler, hekimlik, hemşirelik, kalite ve hasta kabul işlemleri bölümlerinin yöneticileri başta olmak üzere tüm idari ve klinik bölümlerin yöneticileri ile hastanenin üst düzey yöneticileri ya da bu görevleri yerine getiren eş kadrolar olmalıdır. Çalışma takımından beklenen faaliyetler ise; bir zaman planlaması yaparak sistemin hazırlık, uygulama ve iyileştirmeye açık alanları belirleme aşamalarında bizzat aktif olarak yer alması ve özellikle hesap planının oluşumuna yön vermesidir. Etkili bir takım çalışmasının olabilmesi için üye sayısı artırılmamalı ve etkin bir takım çalışmasının tüm gerekleri yerine getirilmelidir.

3.1.4. Takım üyelerinin konu hakkında eğitimi

Takımda yer alacak kişilerin belirlenmesinden sonra takım üyelerinin konu hakkında eğitimleri tamamlanmalıdır. Bu eğitimlerde detaylı olarak kalite maliyetlerinin işlevi, tanımı, sınıflandırılması, sağlık hizmetleri açısından her bir sınıfın ne ifade ettiği ve kalite maliyetlerinin nasıl ölçülüp yönetileceği gibi konulara yer verilmelidir.

3.1.5. Süreçlerin iş akış şemalarının çıkarılması

Takımın eğitilmesi aşamasını, hastanenin sunduğu her bir hizmete ait iş akışlarının çıkarılması izlemelidir. Elde edilen iş akışları ile her bir süreçte kalite maliyetlerinin oluşmasına neden olabilecek faktörler ve aşamalar ortaya konmalıdır. Bu anlamda iş akışları, kalite maliyetlerinin oluştukları noktaları tespit etme yönünde faydalı olacaktır.

3.1.6. Kullanılacak yöntemin ve veri tabanının seçimi

İş akışlarının oluşturulmasından sonra sistemin ilerleyen aşamasında kalite maliyetlerinin hangi yöntem/lerle izleneceğine karar verilmelidir. Kalite maliyetlerinin izlenmesinde işletmeler iki ana seçenekle karşı karşıyadırlar. İlki; kalite maliyetlerinin işletme muhasebe sisteminden bağımsız olarak izlenmesi, ikincisi ise; mevcut muhasebe sistemlerinin gerekli düzenlemelerden sonra kullanılmasıdır (Kırlioğlu, 1997: 175). İlk seçenek söz konusu bağımsız kayıt sistemini çalıştıracak işgücü, zaman vb. ilave kaynak gerektirmesi nedeniyle sistemin etkili ve etkin işletilmesi açısından bazı sorunlarla karşılaşılması ihtimaline işaret etmektedir. İkinci alternatif ise, hesap planında yapılacak bazı düzenlemeler sonucu aynı işgücü ve program sayesinde kalite maliyetlerinin kolaylıkla izlenmesine olanak vermektedir. Dolayısıyla kalite maliyetlerinin izlenmesinde en etkili yol olarak mevcut muhasebe bilgi sistemlerinin kullanılması alternatifi

görülmektedir. Ancak muhasebecilik alanında kullanılan sistemlerin de mevcut hesap planlarında direkt olarak kalite maliyetlerine yer vermediği göz önüne alındığında bu aşamada hesap planında yapılacak düzenlemelerde dikkatli olmak gerekmektedir. Kalite maliyetlerinin izlenmesinde mevcut muhasebe sistemlerini kullanmak isteyen işletmeler Tek Düzen Hesap Planı'nda yer alan 800'lü hesapları bu amaç doğrultusunda kullanabilir ve 800'lü hesapları, kalite maliyetlerini içerecek şekilde tasarlayıp çalıştırabilirler. Bu sayede önceden kalite maliyetleri hesaplarına yapılacak hesap bağlantıları ile mükerrer kayıt yapmaya gerek kalmadan, eş zamanlı rutin muhasebe kayıtları girilirken kalite maliyetleri hesapları da işlenmiş olacaktır. Günümüzde kaliteye önem veren işletmelerin bir kısmının, kalite için yapmış oldukları harcamaları muhasebe sistemlerinde belirttikleri göz önüne alındığında (Kırlioğlu, 1997: 173) performanslarını iyileştirmeyi hedefleyen ve kalite maliyetlerini performans indikatörleri arasına alan hastanelerin de aynı yaklaşım içinde olmaları mümkün görünmektedir.

3.1.7. Hesap planının gider kalemlerinde kalite maliyetleri ana ve alt hesaplarının oluşturulması

Bu aşama, farklı disiplinlerden gelen üyelerle oluşturulan çalışma takımının sistematik ve etkili çalışması ile yürütülmelidir. Oluşturulan hesap planı son olarak kalite uzmanları ve muhasebe yöneticileri ile gözden geçirilmelidir. Bu çalışma yöntemi içinde tek düzen hesap planında bulunan 800'lü hesaplar başlığı altında izlenebilecek kalite maliyetleri Tablo 2'deki gibi bir hesap planı ile izlenmelidir. Bu çalışma kapsamında önerilen modelde kalite maliyetlerinin yaygın sınıflandırması olan önleme, ölçme-değerlendirme ve başarısızlık maliyetleri (PAF) sınıflaması kullanılmaktadır. Hastaneler, ana maliyet alanlarını sabit tutarak kendi ihtiyaçları çerçevesinde hesap planını geliştirebilirler. Dale ve Plunkett'in de belirttiği gibi bazı maliyet türlerinin önleme maliyeti mi yoksa ölçme değerlendirme maliyeti mi olduğu konusunda kesin bir ayırım yapmak zordur. Bu çalışmada da aynı zorlukla karşılaşmış, çözüm olarak süreç ve girdi muayene ve deney işlemlerine ait işçilik giderleri ölçme ve değerlendirme grubuna alınmış, diğer gider kalemleri de önleme grubu içinde bırakılmışlardır. Benzer bir zorluk da, hatalı/eksik yapılan tıbbi müdahalelerin başarısızlık maliyetleri içinde nasıl gruplanacağı konusunda yaşanmıştır. Sonuçta, bu tür maliyetlerin, hastanın durumdan haberdar olması nedeniyle dış başarısızlık maliyetleri içinde incelenmesine karar verilmiştir.

3.1.8. Muhasebe çalışanlarının hesap planı ve kayıt işleme hakkında eğitimi

Hesap planının oluşturulmasından sonra muhasebe bölümünde muhasebe kayıtlarını giren işgörenlerin, 800'lü hesaplar hakkında eğitilmesi, hesap planındaki hesap bağlantılarının oluşturulması, her bir hesaba kaydedilebilecek maliyetlerin neler olduğu ve dikkat edilmesi gereken konular hakkında eğitilmeleri gerekir. Eğitimlerde örneklere ağırlık verilmeli, hangi maliyet kaleminin nasıl muhasebeleştirileceği detaylı olarak öğretilmelidir. Bu aşamada pilot uygulamaların yapılması da mümkündür. Ayrıca eğitimlerde her bir hesaba kaydedilmesi gereken maliyetleri tanımlayan yazılı bir rehberin ilgili çalışanlara verilmesi de günlük çalışma süresince muhasebe çalışanlarının ihtiyaç duyduklarında başvurabilecekleri bir kaynak olarak faydalı olacaktır. Eğitim aşaması toplam süreç içinde büyük öneme sahiptir. Eğer muhasebe fişlerinin işlenmesi görevini yerine getiren işgörenler konuya gereken önemi vermez ve dikkatsiz davranırlarsa, sistemden beklenen fayda ve performans elde edilemez. Bu nedenle bu aşamada görev yapan işletme çalışanlarının eğitilmeleri ve konunun önemi hakkında bilgilendirilmesi büyük bir özenle yerine getirilmelidir.

Tablo 2. Hastanelerde Kalite Maliyetlerine Ait Hesap Planı**800 Kalite Maliyetleri****810 Önleme Maliyetleri**

- 810.01 Girdi kontrol işlemleri malzeme giderleri
- 810.02 Girdi kontrol işlemleri demirbaş amortisman giderleri
- 810.03 Biyomedikal cihaz kalibratörlerinin kalibrasyon giderleri
- 810.04 Mesleki eğitim giderleri
- 810.05 Kalite eğitimleri giderleri
- 810.06 Süreç kontrol işlemleri malzeme giderleri
- 810.07 Süreç kontrol işlemleri demirbaş amortisman giderleri
- 810.08 İç kalite tetkikleri giderleri
- 810.09 Dış kalite tetkikleri giderleri
- 810.10 Son muayene işlemleri malzeme giderleri
- 810.11 Diğer önleme maliyetleri

820 Ölçme-Değerlendirme Maliyetleri

- 820.01 Biyomedikal cihazlar kalibrasyon giderleri
- 820.02 Biyomedikal cihazlar periyodik doğrulama giderleri
- 820.03 Girdi kontrol işlemleri işçilik giderleri
- 820.04 Süreç kontrol işlemleri işçilik giderleri
- 820.05 Muayene ve deney cihazları tamirat giderleri
- 820.06 Muayene ve deney cihazları bakım giderleri
- 820.07 Tıbbi laboratuvar testleri dahili doğrulama giderleri
- 820.08 Tıbbi laboratuvar testleri harici doğrulama giderleri
- 820.09 Son muayene işlemleri işçilik giderleri
- 820.10 Diğer ölçme ve değerlendirme maliyetleri

830 Başarısızlık Maliyetleri**830.01 İç Başarısızlık Maliyetleri**

- 830.01.01 Bozulan/atılan ilaç giderleri
- 830.01.02 Bozulan/atılan tıbbi malzeme giderleri
- 830.01.03 Bozulan/atılan serum giderleri
- 830.01.04 Bozulan/atılan diğer genel malzeme giderleri
- 830.01.05 Tekrarlanan laboratuvar tetkikleri giderleri
- 830.01.06 Diğer iç başarısızlık maliyetleri

830.02 Dış Başarısızlık Maliyetleri

- 830.02.01 Müşteri şikâyetleri inceleme maliyetleri
- 830.02.02 Tekrarlanan ve hastaya fatura edilmeyen tıbbi müdahalelerin ilaç giderleri
- 830.02.03 Tekrarlanan ve hastaya fatura edilmeyen tıbbi müdahalelerin tıbbi malzeme giderleri
- 830.02.04 Tekrarlanan ve hastaya fatura edilmeyen tıbbi müdahalelerin serum giderleri
- 830.02.05 Tekrarlanan ve hastaya fatura edilmeyen tıbbi müdahalelerin genel malzeme giderleri
- 830.02.06 Tekrarlanan ve hastaya fatura edilmeyen tıbbi müdahalelerin işçilik giderleri
- 830.02.07 Tekrarlanan ve hastaya fatura edilmeyen tıbbi hizmet dışı hizmetler toplam giderleri
- 830.02.08 Hastalara ödenen tazminatlar
- 830.02.09 Diğer Dış Başarısızlık Maliyetleri

880 Kalite Maliyetleri Yansıtma Hesabı

3.2. Uygulama ve kontrol aşaması: Hesapların işlenmesi, gözden geçirilmesi ve gerektiğinde düzeltilmesi

Hazırlık aşamasının tamamlanmasının ardından kalite maliyetlerinin işlenmesine geçilebilir. Uygulama aşamasında, oluşturulan hesap planına muhasebe çalışanları tarafından ilgili maliyetler kaydedilmelidir. Özellikle sistemin ilk dönemlerinde, yapılan kayıtlar kontrol edilmeli, yanlış ya da eksik kayıt yapıp yapılmadığı yakından izlenmelidir. Bu sayede gerek kayıt yapan çalışanlara geribildirim sağlanmış olacak, gerekse sistemin sağlıklı işlemesi için ilk anda önlem alınmış olacaktır.

3.3. İyileştirmeye açık alanları belirleme aşaması: Periyodik değerlendirmelerle sonuçların sürekli iyileştirme sürecine yönlendirilmesi

Yöneticiler için sorun, maliyetlerin ölçülebileceği ve ölçülmesi gerekliliğinin anlaşılması ihtiyacı değildir. Asıl sorun; maliyetlerin nasıl ölçüleceğini belirlemede ve elde edilen bilgilerin nelere işaret ettiğini anlamada yatmaktadır (Yasin vd., 1999: 173). Bu aşamada kalite maliyetlerinin ölçümünden elde edilen bilgilerin sürekli iyileştirme ihtiyacı olan süreçleri ya da bölümleri tanımlaması bu sistemden elde edilebilecek en yararlı beklenen çıktı olacaktır.

Sürekli iyileştirme sürecinde ilk aşama, mevcut durumun analiz edilmesi ve iyileştirmeye olan ihtiyacın fark edilmesidir. Sürekli iyileştirme, problemlerin bilincinde olmayı öngörür ve bu problemleri tanımlamak için ipuçları verir (İmai, 1986: 9). Bu bakış açısı içinde muhasebe kayıt sisteminin sağlıklı olarak işletilmeye başlamasından sonra hastane yönetimi ve tüm bölüm liderleri belirli zaman periyodlarında ilgili hesapların raporlarını (mizan) alarak mevcut durumu görmeli, her bir kalite maliyeti kalemi için hedef değerler koyarak mevcut durumla hedef değerlerin karşılaştırmasını yapmalıdır. Hedef değerlerin belirlenmesinde bir önceki dönem verileri baz alınabileceği gibi genel kabul görmüş miktarlar da kullanılabilir. Bu karşılaştırma işlemi, sağlık sektöründe sektörel karşılaştırma yapılacak verilerin mevcut olması durumunda sektör bazında da ele alınabilir. Karşılaştırma sonucu elde edilen farklar iyileştirmeye açık alanları tanımlayacaktır.

Kalite maliyetleri ölçümlerinin etkisini arttırmak için kalite maliyetlerini işletmenin genel maliyet raporlama sisteminin içine dahil etme alternatifi göz önünde bulundurulmalıdır (Dale ve Plunkett, 1993: 54). Ayrıca, kalite maliyetlerinin rapor formatı ve zaman aralıkları, raporları kullanacak bölümlerin ihtiyaçları doğrultusunda şekillendirilmelidir. Örneğin, eczane yöneticisine ilaç iskarta ve hurdaları (miyadı dolmuş ilaçlar) haftalık olarak raporlanırken, bölüm yöneticileri ve başhekime aylık olarak

toplam maliyetlerin raporlanması gerekebilir. Aynı zamanda raporların grafiksel gösterimi de sonuçların anlaşılır olması açısından etkilidir.

Hastane yönetimi ve bölüm liderleri, kalite maliyetlerinin mevcut durumunu görerek “iyileştirmeye açık alanlar”ı tespit etmeli ve bir sonraki aşamada bu alanların performansını iyileştirme üzerinde çalışmalıdırlar. Daha önce belirtildiği üzere, bu aşamada kalite maliyetlerinin ölçümü ve değerlendirilmesi, bir teşhis aracı olarak kullanılmakta ancak tedavinin nasıl yapılması gerektiği yönünde detaylı bir bilgi vermemektedir. Bu anlamda kalite maliyetlerine yönelik sistemlerin ancak bir “uyarı” mekanizması ve iyileştirme ihtiyaçlarını tanımlayacak bir araç olarak kullanılması mümkündür. Diğer yandan sonuçlar ve raporlar kullanılmayacaksa kalite maliyetlerini ölçmenin de bir işlevi yoktur. Sonuçların kullanılabilir olmasının, sistemin etkinliği açısından dikkate alınması gereken en önemli kriterlerden biri olduğu unutulmamalıdır.

4. SONUÇ

Hastane organizasyonları kullandıkları girdilerin pahalılığı ve hizmet verdikleri alanın hassasiyeti nedeniyle sürekli iyileştirme felsefesini organizasyonun her kademesine yaymak zorundadırlar. Bu alanda yapılacak çalışmaların en önemli aşaması da, sürekli iyileştirmenin öncelikli olarak organizasyonun ve hizmet sunum süreçlerinin hangi aşamalarında yapılması gerektiğine karar vermektir. Bu yönde verilecek kararların veri ve bilgiye dayalı olması ön koşulu ile hastanede sistematik çalışan bir kurumsal performans yönetim sistemine ihtiyaç duyulacağı açıktır. Söz konusu kurumsal performans sisteminde izlenmesi gereken önemli performans indikatörlerinden biri kalitedir. Sağlık hizmetinin “kalite”si incelenirken farklı boyutları izlemek mümkün olmakta ve boyutlar arasında “kalite maliyetleri” de önemli bir yer almaktadır. Hastanelerde kalite maliyetlerini izleyecek bir ölçüm sistemi, bazı kayda değer faydaları göz önüne alındığında mevcut muhasebe kayıt sistemi içinde yer almalı, muhasebe hesap planı bu yönde detaylandırılmalı ve kullanılmalıdır. Bu yönde sistematik bir çalışmayla kurulacak kalite maliyetlerini ölçme sistemi, hastanelerin hangi süreçlerde ve bölümlerde iyileştirme çalışmalarına başlamaları gerektiğini belirleyecek ve bu yönde faaliyet gösterecek düzenli bir uyarı sistemi ile iyileştirme kararlarının veri ve bilgiye dayalı olarak verilmesini sağlayacaktır. Bugüne kadar ülkemizdeki hastanelerin bu konuda sistematik bir çalışma yapmadıkları göz önüne alındığında, daha etkili bir model önerisi geliştirilinceye kadar bu çalışmada önerilen modelin kullanılması tavsiye edilmektedir.

KAYNAKÇA

- Akan, P. (1995), *Dimension of Service Quality: Expectations of Turkish Consumers from Services*, Boğaziçi University Press, İstanbul.
- Bartholomew, D. (2001), "Cost vs Quality", *Industry Week*, 250 (12), 34-39.
- Bland, F.M., Maynard, J., Herbert, D.W. (1998), "Quality Costing of An Administrative Process", *TQM Magazine*, 10 (5), 367-77.
- Bowers, M.R., Swan, J.E., Koehler, W.F. (1994), "What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery?", *Health Care Management Review*, 19 (4), 49-55.
- Brannan, K.M. (1998), "Total Quality in Health Care", *Hospital Material Management Quarterly*, 19 (4), 1-8.
- BS 6143: Guide to the Economics of Quality, Part 2. Prevention, Appraisal, Failure Model, (1990), London: British Standards Institute.
- Chakrapani, C. (1998), *How to Measure Service Quality & Customer Satisfaction*, American Marketing Association, Chicago.
- Çoruh, M. (1994), *Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
- Dale, B., Plunkett, J.J. (1993), *Quality Costing*, Chapman & Hall, London.
- Efil, İ. (1996), *Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye Ulaşmada Önemli Bir Araç*, U.Ü. Güçlendirme Vakfı, Bursa.
- Evans, J., Lindsay, W. (1999), *The Management and Control of Quality*, West Co. St. Paul.
- Giakatis, G., Enkawa, T., Washitani, K., (2001), "Hidden Quality Costs and the Distinction Between Quality Cost and Quality Loss", *Total Quality Management*, 12 (2), 179-91.
- JCAHO Accreditation Manual, (2001), JCAHO, Chicago.
- Jun, M., Peterson, T.R., Zsidisin, G.A. (1998), "The Identification and Measurement of Quality Dimensions in Health Care: Focus Group Interview Results", *Health Care Management Review*, 23 (4), 81-96.
- Juran, J.M., Gryna, F.M. (1988), *Juran's Quality Control Handbook*, McGraw-Hill, New York.
- İmai, M. (1986), KAIZEN, *The Key to Japan's Competitive Success*, The KAIZEN Institute, Ltd, Japan.
- Kırlioğlu, H. (1997), Kalite Maliyetleri ve Kalite Maliyetlerinin Muhasebeleştirilmesi, 6. Kalite Kongresi Tebliğleri Kitapçığı, 171-183.
- Kolarik, W. (1995), *Creating Quality*, McGraw-Hill, Singapore.
- Krishnan, S.K., Agus, A., Husain, N. (2000) "Cost of Quality: The Hidden Costs", *Total Quality Management*, 11 (4-6), 844-49.
- Milakovich, M. (1995), *Improving Service Quality*, St.Lucie Press, Florida.

- Pakdil, F. (2002), Hizmet İşletmelerinde Performans İyileştirme Süreci ve Hastaneler için Bir Model Önerisi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Bursa.
- Palmer, H. (1997), "Using Clinical Performance Measures to Drive Quality Improvement", *Total Quality Management*, 8 (5), 305-11.
- Quinn, J. (1999), "Calculating the Cost of Quality Drilling Down into It Issues", *Computing Canada*, 25 (46), 24.
- Rosander, A. (1989), *The Quest for Quality in Services*, Quality Press, Wisconsin.
- Sower, V., Duffy, J.A., Kilbourne, W., Kohers, G., Jones, P. (2001), "The Dimensions of Service Quality For Hospitals", *Health Care Management Review*, 26 (2), 47-59.
- Tsai, W.H. (1998), "Quality Cost Measurement Under Activity-Based Costing", *International Journal of Quality & Reliability Management*, 15 (7), 719-52.
- Yasin, M.M., Czuchry, A.J., Dorsch, J.J., Small M. (1999), "In Search of an Optimal Cost of Quality: An Integrated Framework of Operational Efficiency and Strategic Effectiveness", *Journal of Engineering Technology Management*, 16, 171-89.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., Berry, L. (1990), *Delivering Quality Service*, The Free Press, New York.