

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PALYATİF BAKIM MALİYET ANALİZİ

Ayşenur MODANLIOĞLU

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK YÖNETİMİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EYLÜL/2020



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PALYATİF BAKIM MALİYET ANALİZİ

Ayşenur MODANLIOĞLU

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Güven BEKTEMÜR

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK YÖNETİMİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EYLÜL/2020

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dökümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı bildirir, aksi durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Ayşenur MODANLIOĞLU

16.09.2020

PALYATİF BAKIM MALİYET ANALİZİ

ÖZET

Amaç: Çalışma da, palyatif bakım biriminde gerçekleşen maliyetlerin tespiti amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel-retrospektif ve tanımlayıcı araştırma yöntemi kullanılan bu çalışmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile birlikte kullanımda olan, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi oluşturmaktadır. Çalışma da örneklem olarak ise, 2018 yılına ait gerekli tüm tıbbi, idari ve mali kayıtlar esas alınmıştır. Verilerin elde edilmesinde; hastanenin döner sermaye, maaş mutemetliği, stok yönetim, gider tahakkuk, sterilizasyon, ayniyat, atık yönetim, istatistik birimleri ile İdari ve Mali İşler Müdürlüğü verileri, otomasyon sistemleri olarak ise; Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi (MKYS), Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS), Tek Düzen Muhasebe Sistem (TDMS) kayıtları alınmış ve ayrıntılı olarak incelenmiştir. Genel üretim giderlerinin (GÜG) hesaplanmasında; maliyet kapsamına göre tam maliyet yöntemi, maliyetlerin saptanma zamanına göre fiili maliyet yöntemi, saptanma şekline göre işlem maliyet yöntemi, dağıtıma esas alınan baza göre ise geleneksel maliyet yöntemi kullanılmıştır. Giderler Microsoft Excel 2016 programında çözümlendikten sonra oluşturulan tablolar ve analizlerle ayrıntılı değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada toplam gider grupları içerisinde en yüksek gider kalemini personel giderlerinin oluşturduğu (%41), bunu sırasıyla, GÜG (%34) ve ilk madde ve malzeme giderlerinin (İMMG) (% 25) takip ettiği belirlendi. Gruplar içerisinde yapılan değerlendirmede, personel giderleri grubunda en yüksek giderin doktor ve hemşire grubuna yapılan ek ödemelerin (% 63,41), İMMG grubunda ilaç ve farmakolojik ürün giderlerinin (% 62,85), GÜG içerisinde ise kanuni yükümlülüklerin (% 26,19) olduğu görüldü. Yine tüm gider çeşitleri içinde ise en yüksek gideri % 25,91 ile doktor ve hemşire grubuna yapılan ek ödemelerin oluşturduğu tespit edildi.

Sonuç: Sağlık Uygulama Tebliği'ndepalyatif bakım tedavisi için belirlenen fiyatın, 2018 yılı için, üniversite ile birlikte kullanımda olan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde maliyetleri karşıladığı ve yatan hasta gün başına 94,59 TL kâr oluşturduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Maliyet, Maliyet Analizi, Palyatif Bakım, Sağlık Hizmeleri

COST ANALYSIS OF PALLIATIVE CARE

ABSTRACT

Purpose: This study aims to determine hospital costs in palliative care units.

Equipment and Method: This study used cross-sectional retrospective and descriptive study methods and the data sets were obtained from the palliative care unit of Istanbul Haydarpasa Numune Education and Research Hospital, affiliated with the University of Health Sciences. The sampling was based on all the medicinal, administrative, and financial records of 2018.

The data sets of hospital revenue assets, fiduciary services, stock management, accrued expenses, sterilization, materials, waste management, statistical unit and Department of Administrative and Financial Affairs were used and analyzed by using Materials Resource Management System (MRMS), Hospital Information Management System (HIMS), and Unified Accounting System (UAS).

When calculating general production expenses (GPE), various cost methods were employed: full scope cost method, full historical cost method, recorded trading cost method and traditional distribution cost method.

All data were plotted using Microsoft Excell 2016; tables were created, and a data analysis was performed.

Findings: Among all hospital costs, personnel expenses had the highest expense at 41%, followed by GPE at 34% and RM&SC at 25%. In personnel expenses, the supplementary payments made to doctors and nurses had the highest share at 63,41%; in RM&SC, medicine and pharmacological products had a share of 62,85%, and in GPE, legal liabilities had a share of 26,19%. Among all hospital expenses, the highest expense was incurred by the supplementary payments made to doctors ad nurses at 25,91%.

Results: The unit cost of palliative care established by National Health Care Applications Guidelines for 2018 was enough to cover the costs of palliative care at Education and Research Hospitals run by the Ministry of Health and the palliative care units yielded a profit of 94, 59 TL a day for each inpatient.

Key Words: Cost, Cost Analysis, Palliative Care, Health Services

TEŞEKKÜR

Tez çalışma sürecim boyunca her türlü fedakarlıkta bulunan başta kızım Yaren Dicle Modanlıoğlu ve eşim Burhan Alper Modanlıoğlu'na, süreç içinde her konuda yol gösterici ve yardımcı olan değerli hocalarım Doç. Dr. Güven Bektemür ve Prof. Dr.Osman Ekinci'ye, maddi ve manevi desteğini esirgemeyen yol arkadaşlarım Dr. Ferhunde Dilek Subaşı, Yonca Altınok, Deniz Aktaş'a, verilerin elde edilmesinde yardımlarını esirgemeyen İdari ve Mali İşler Müdürü İbrahim Kocataş'a ve diğer tüm çalışma arkadaşlarıma şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET iv
ABSTRACT v
TEŞEKKÜR vi
İÇİNDEKİLER vii
ŞEKİL LİSTESİ xiii
TABLO LİSTESİ xiv
SİMGELER VE KISALTMALAR xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1.MALİYET, MALİYET ANALİZİ VE MALİYET MUHASEBESİ 3
2.1.1. Maliyet Kavramı 3
2.1.2. Maliyet Muhasebesi 3
2.1.3. Maliyet Analizi Tanımı 4
2.1.4. Maliyet Analizin Amaçları 4
2.1.5. Maliyet Analizinin Önemi 5
2.1.6. Maliyet Muhasebesinde Temel Kavramlar 6
2.1.6.1.Gelir 6
2.1.6.2. Gider 6
2.1.6.3. Harcama 7
2.1.6.4. Zarar 7
2.1.7. Maliyet Hesaplama Yöntemleri 7
2.1.7.1. Maliyet Kapsamına Göre Maliyet Yöntemleri 8
2.1.7.1.1. Tam Maliyet Yöntemi 8
2.1.7.1.2. Değişken Maliyet Yöntemi 8

2.1.7.1.3. Normal Maliyet Yöntemi 9
2.1.7.1.4. Asal Maliyet Yöntemi (Direkt Maliyet Yöntemi) 10
2.1.7.2. Maliyet Saptanma Zamanına Göre Maliyet Yöntemleri 10
2.1.7.2.1. Fiili Maliyet Yöntemi 10
2.1.7.2.2. Tahmini Maliyet Yöntemi 11
2.1.7.2.3. Standart Maliyet Yöntemi 11
2.1.7.3.Üretim Biçimlerine Göre Maliyet Yöntemleri 11
2.1.7.3.1. Sipariş (Parti) Maliyet Yöntemi 11
2.1.7.3.2. Evre (Safha) Maliyet Yöntemi 12
2.1.8. Giderlerin Gider Yerlerine Dağılımı 12
2.1.8.1. Birinci Dağıtım (Genel Hizmet Giderlerin Gider Yerlerine Dağıtımı) 12
2.1.8.2. İkinci Dağıtım (Yardımcı Gider Yerlerindeki Giderlerin Esas Gider Yerlerine Dağıtımı) 13
2.1.8.2.1. Basit Dağıtım (Doğrudan Dağıtım) Yöntemi 13
2.1.8.2.2. Basamaklı (Kademeli) Dağıtım Yöntemi 13
2.1.8.2.3. Matematiksel Dağıtım Yöntemi 14
2.1.8.2.4. Çapraz (Turlama) Dağıtım Yöntemi 14
2.1.8.2.5. Planlı (Standart) Dağıtım Yöntemi 15
2.1.8.3. Üçüncü Dağıtım (Genel Üretim Giderlerinin Çıktılara Dağıtımı) 15
2.2.SAĞLIK KURULUŞLARINDA MALİYET ANALİZİ 16
2.2.1.Hastanelerin Özellikleri 16
2.2.2.Hastanelerin Organizasyonel Yapısı 17
2.2.3. Sağlık Kurumlarının Fonksiyonları 19
2.2.3.1. Tıbbi Hizmet Fonksiyonu 19
2.2.3.2. Eğitim Fonksiyonu 19
2.2.3.3. Otelcilik Fonksiyonu 19
2.2.3.4. Mali ve İdari Fonksiyonlar 20

2.2.3.5. Teknik Hizmet Fonksiyonu 20
2.2.3.6. Araştırma ve Geliştirme Fonksiyonu 20
2.2.3.7. Halk Sağlığı Hizmetleri Fonksiyonu 20
2.2.4. Sağlık Kurumlarında Maliyet Analizinin Amacı 21
2.2.5. Sağlık Kurumlarında Maliyet Analizinin Önemi ve Gerekliliği 21
2.2.6. Sağlık Kurumları Maliyetlerine Etki Eden Faktörler 23
2.2.6.1. Kapasite Kullanım Oranı 24
2.2.6.2. Hastane Büyüklüğü 25
2.2.6.3. Hizmet Kalitesi 25
2.2.6.4. Teknoloji 26
2.2.7. Sağlık İşletmelerinde Gider Türleri 26
2.2.7.1. İlk Madde ve Malzeme Giderleri 26
2.2.7.2. Personel Giderleri 27
2.2.7.2.1. Direkt İşçilik Maliyetleri 28
2.2.7.2.2. Endirekt İşçilik Maliyetleri 28
2.2.7.3. Genel Üretim Giderleri 29
2.2.7.3.1. Dışardan Sağlanan Fayda ve Giderler 30
2.2.7.3.2. Vergi ve Harçlar 30
2.2.7.3.3. Amortisman ve Tükenme Payları 30
2.2.7.3.4. Finansman Giderleri 31
2.2.7.3.5. Çeşitli Giderler 31
2.2.8. Sağlık İşletmelerinde Gider Yerleri 31
2.2.8.1. Esas Üretim Gider Yerleri 32
2.2.8.2.Yardımcı Üretim Gider Yeri 32
2.2.8.3. Yardımcı Hizmet Gider Yeri 33
2.2.8.4. Üretim Yerleri Yönetimi Gider Yerleri 33
2.2.8.5. Araştırma ve Geliştirme Gider Yerleri 33

2.2.8.6. Pazarlama Satış ve Dağıtım Gider Yerleri 33
2.2.8.7. Genel Yönetim Gider Yerleri 34
2.2.8.8. Finansman Gider Yerleri 34
2.2.9. Sağlık İşletmelerinde Gider Dağıtım Anahtarları 34
2.3. PALYATİF BAKIM 34
2.3.1. Palyatif Bakım Tanımı 34
2.3.2. Palyatif Bakım Hizmet Kapsamı 35
2.3.3. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakımın Gelişimi 36
2.3.4. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Palyatif Bakımın Yeri ve Önemi 38
3. GEREÇ VE YÖNTEM 40
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI 40
3.2. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ 40
3.2.1. Evren ve Örneklem 40
3.2.2. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları 40
3.3. PROBLEM CÜMLESİ 44
3.4. VARSAYIMLAR 44
3.5. SINIRLILIKLAR 44
3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA İZNİ 44
4.BULGULAR 45
4.1. HASTANE VE PALYATİF BAKIM HAKKINDA GENEL BİLGİLER 45
4.2. PALYATİF BAKIM GİDERLERİ 47
4.2.1. Personel Giderleri 47
4.2.1.1. Direkt Personel Giderleri 47
4.2.1.2. Endirekt Personel Giderleri 57
4.2.2. İlk Madde ve Malzeme Giderleri 60
4.2.2.1.İlaç ve Farmakolojik Ürün Giderleri 60
4.2.2.2.Tıbbi Malzeme Sarf Giderleri 61

4.2.2.3. Laboratuvar ve Görüntüleme Giderleri 62
4.2.2.4. Medikal Gaz Giderleri 63
4.2.3. Genel Üretim Giderleri 65
4.2.3.1. Yemek Giderleri 65
4.2.3.2. Elektrik gideri 68
4.2.3.3. Su Gideri 70
4.2.3.4. Doğalgaz Gideri 71
4.2.3.5. Tıbbi ve Tehlikeli Atık Giderleri 71
4.2.3.6. Bina Bakım Onarım Giderleri 72
4.2.3.7. Makina Teçhizat ve Tıbbi Cihaz Onarım Giderleri 73
4.2.3.8. Sterilizasyon Giderleri 74
4.2.3.9. Kırtasiye Giderleri 74
4.2.3.10. Temizlik Giderleri 75
4.2.3.11. Çamaşır Giderleri 76
4.2.3.12. Bilgisayar Bakım Onarım Giderleri 76
4.2.3.13. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Hizmet Alım Gideri 77
4.2.3.14. Demirbaş Amortisman Giderleri 78
4.2.3.15. Haberleşme Giderleri 79
4.2.3.16. Kanuni Yükümlülükler 79
4.2.3.17. Yönetim Hizmetleri Giderleri 81
4.2.4. Palyatif Bakım Gider Dağılımı 84
4.3. PALYATİF BAKIM GELİRLERİ 88
4.4. PALYATİF BAKIM GELİR-GİDER İLİŞKİSİ 89
5.TARTIŞMA 91
6. SONUÇ 97
KAYNAKLAR 99
EKLER 105

EK1.Etik Kurul Kararı 105
EK2.TUEK Toplantı Kararı 106
EK3. Palyatif Bakım Fatura Örneği 108
ÖZGEÇMİŞ 109

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Tam Maliyet Yöntem Şeması 8

Şekil 2.2. Değişken Maliyet Yöntem Şeması 9

Şekil 2.3. Normal Maliyet Yöntem Şeması 9

Şekil 2.4. Asal Maliyet Yöntem Şeması 10

Şekil 2.5. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Organizasyon Modeli 18

Şekil 4.1. Palyatif Bakım Gider Dağılımı 87

Şekil 4.2. Palyatif Bakım Personel Gider Dağılımı..... 87

Şekil 4.3. Palyatif Bakım İMMG Gider Dağılımı..... 87

Şekil 4.4. Palyatif Bakım GÜG Gider Dağılımı 88

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. Giderler, Veri Kaynakları ve Dağıtım Anahtarları Tablosu 41

Tablo 4.1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel İstatistiki Veriler 2018. 46

Tablo 4.2. Profesör, Dr.Öğr.Üyesi ve Uzman Doktor SEÖ ve PDEÖ Maliyet Tablosu..... 48

Tablo 4.3. Asistan Doktor SEÖ ve PDEÖ Maliyet Tablosu..... 49

Tablo 4.4. Hemşire SEÖ ve PDEÖ Maliyet Tablosu 50

Tablo 4.5. Fizyoterapist SEÖ ve PDEÖ Maliyet Tablosu 53

Tablo 4.6. Palyatif Bakım Ek Ödemeler Maliyet Tablosu 54

Tablo 4.7. 2018 Yılı Saatlik Nöbet Maliyet Tablosu 54

Tablo 4.8. Uzman Doktor Nöbet Maliyet Tablosu 55

Tablo 4.9. Asistan Doktor Nöbet Maliyet Tablosu 56

Tablo 4.10. Hemşire Nöbet Maliyet Tablosu 56

Tablo 4.11. Palyatif Bakım Nöbet Maliyet Tablosu 57

Tablo 4.12. VGP veDHPMaliyet Tablosu 58

Tablo 4.13. Güvenlik Personeli Maaş Maliyet Tablosu 59

Tablo 4.14. Palyatif Bakım Personel Giderleri Maliyet Tablosu 60

Tablo 4.15. İlaç ve Farmakolojik Ürün Giderleri Maliyet Tablosu 61

Tablo 4.16. Tıbbi Malzeme Sarf Giderleri Maliyet Tablosu 62

Tablo 4.17. Labaratuvar ve Görüntüleme Hizmetleri Mali Veri Tablosu 63

Tablo 4.18. Palyatif Bakım İMMG Maliyet Tablosu..... 64

Tablo 4.19. Hafta İçi Gündüz Yemek Giderleri Maliyet Tablosu 66

Tablo 4.20. Gece ve Hafta Sonu Nöbeti Yemek Giderleri Maliyet Tablosu 67

Tablo 4.21. Refakatçi Yemek Giderleri Maliyet Tablosu 68

Tablo 4.22. Elektrik Maliyet Tablosu..... 69

Tablo 4.23. Su Maliyet Tablosu 70

Tablo 4.24. Tıbbi ve Tehlikeli Atık Giderleri Maliyet Tablosu..... 71

Tablo 4.25. Bina Bakım Onarım Giderleri Maliyet Tablosu 72

Tablo 4.26. Makina Techizat ve Tıbbi Cihaz Onarım Maliyet Tablosu 73

Tablo 4.27.Sterilizasyon Maliyet Tablosu 74

Tablo 4.28. Kırtasiye Maliyet Tablosu 75

Tablo 4.29 . Bilgisayar Bakım Onarım Maliyet Tablosu 77

Tablo 4.30. Demirbaş Amortisman Giderleri Maliyet Tablosu 78

Tablo 4.31. Kanuni Yükümlülükler Maliyet Tablosu 80

Tablo 4.32. Yönetim Hizmetleri Giderleri “GÜG” Maliyet Tablosu..... 82

Tablo 4.33. Yönetim Hizmetleri Giderleri “SEÖ ve PDEÖ” Maliyet Tablosu..... 83

Tablo 4.34. Palyatif Bakım Maliyet Tablosu 85

Tablo 4.35. Palyatif Bakım Gelir Tablosu 89

Tablo 4.36. Palyatif Bakım Aylık Kâr Tablosu..... 90

SİMGELER VE KISALTMALAR

DHP : Destek Hizmetleri Personeli

DİMMG : Direkt İlk Madde ve Malzeme Gideri

DSÖ : Dünya Sağlık örgütü

GÜG : Genel Üretim Giderleri

HBYS : Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

İMMG : İlk Madde ve Malzeme Giderleri

KDV : Katma Değer Vergisi

KHK : Kanun Hükmünde Kararname

KKO : Kapasite Kullanım Oranı

MKYS : Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi

OECD :The Organisation For Economic Co-Operation And Development

PDEÖ : Performansa Dayalı Ek Ödeme

RG : Resmi Gazete

SEÖ : Sabit Ek Ödeme

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

SUT : Sağlık Uygulama Tebliği

TDK : Türk Dil Kurumu

TDMS : Tek Düzen Muhasebe Sistemi

TL : Türk Lirası

TUİK : Türkiye İstatistik Kurumu

VGP : Veri Giriş Personeli

WPCA : Worldwide Palliative Care Alliance

YHG **:** Yatan Hasta Günü

YHGS **:** Yatan Hasta Gün Sayısı

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada artan nüfus, teknolojik değişimler, beklentiler, eğitim düzeyinin artması gibi birçok faktöre paralel olarak her alanda alanda köklü değişimler yaşanmaktadır. Ülkeler varlıklarını sürdürebilmek için bu değişimleri yakından takip ederek, geliştirdikleri politikalarla güncel duruma uyum sağlamak zorundadırlar. Ekonomi ayağınıda yakından ilgilendiren bu değişimlere fayda oluşturacak çalışmalar bu nedenle oldukça önem arz etmektedir.

Ülkelerin gayri milli yurtiçi hasıla içerisindeki sağlık harcamaları toplam harcamalar içinde önemli bir paya sahiptir. Uygulanan sağlık sistemleri ülkeler arası değişkenlik gösterse de, OECD(The Organisation For Economic Co-Operation And Development) ülkeleri içerisinde gayri milli yurtiçi hasıla payları ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarında önemli artışlar olmaktadır (1,2). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde ekonomik verilerin kontrolü ihtiyaç olmaktan çıkmış zorunluluk halini almıştır. Sağlık hizmet sürecinin yönetilmesinde planlama aşamasından başlayarak, sürdürülmesi, sonlandırılması ve yeni politikalar oluşturulması aşamalarındaki maliyet bilgisi, öncelikle hastanelere varlıklarını sürdürebilme ve vizyonlarını gerçekleştirme imkanı sunarken, sonrasında ise ülke bütçesine önemli katkı sağlayacaktır. Kamu sağlık işletmelerinin önceliği en az maliyetle kamu sağlığını korumak ve iyileştirmek iken, özel hastane ayağında kâr elde etme isteği daha ön plandadır. Ancak her iki sağlık sunumunda da ortak olan en az maliyetle en fazla faydayı oluşturmaktır.

Hastaneler birçok farklı departmanın bir araya gelerek hizmet ürettiği geniş organizasyonel yapılardır. Bu nedenle her birim kendine özgü, ayrı küçük bir işletme olarak görülmektedir. Birimlerde yapılan finansal verimlilik ve etkinlik odaklı çalışmalar, bütün bir sisteme yatay ve dikey eksende direkt ya da indirekt fayda sağlar. Maliyet analizleri bu ihtiyaca önemli düzeyde katkı sağlar.

Palyatif bakım üniteleri sağlık sistemimize yakın bir zamanda hızlı bir giriş yapmıştır. Bu birimlerin ülkemize geç gelme nedenleri olarak aile ve toplum yapısının kültürüne bağlı olarak talebin oluşmaması, sağlık çalışanları ve hastalar arasında yeterli farkındalığın olmaması, eğitim ve uzmanlık dalının yokluğu gibi birçok neden sayılabilir. Günümüzde çekirdek aileye geçiş, kadının çalışma hayatına katılması,

kentleşme, kanser ve kronik hastalıklarının görülme sıklığının artması, yükselen yaşam beklentisi, ölümün toplumdan izole hale gelmesi v.b. birçok faktörle birlikte artık palyatif bakım birimleri toplumun ihtiyacı haline gelmiştir (3). Hasta ve yakınlarının geri dönüşü olmayan hastalık karşısında, bulundukları mevcut durumu kabullenmeye, yönlendirilmeye, hastalık ile ilgili eğitimlere, maddi-manevi psikolojik-sosyal desteğe ihtiyaçları vardır (4). Palyatif bakım birimleri bu çerçevede bireylerin hasta bakım ihtiyaçlarını karşılamak için kurulmuş birimlerdir. Bu merkezlerde özellikle evde tedavisi ya da bakımı yapılamayan; ağrı yönetimi gerektiren hastalıklar, terminal dönem hastalıklar, alzheimer gibi nörolojik hastalıklar, ileri düzey organ yetmezliği, beslenme problemi (malnütrisyon), genetik ya da konjenital kaynaklı ileri düzey hastalıklar, perkütan endoskopik gastrostomi uygulanması ve trakeostomi takılması gibi invaziv işlem gerektiren hastalıklara sahip kişilere bakım hizmeti verilmektedir (5).

Oldukça geniş yelpazede hastaya bakım hizmeti veren bu birimlerin önümüzdeki yıllarda sayılarının artacağı öngörülmektedir. Bu noktadan hareketle bu çalışmada kamu kaynaklarının etkili kullanımının sağlanması amacıyla, palyatif bakım hizmetinin maliyetleri hesaplanarak, bu ünitelerin planlanması ve yürütülmesinde, ilgili paydaşlara ön bilgi sağlamak, yapılacak olan uygulamalara temel oluşturmak amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1.MALİYET, MALİYET ANALİZİ VE MALİYET MUHASEBESİ

2.1.1. Maliyet Kavramı

"Herhangi bir malı veya hizmeti, kullanıldığı veya satıldığı yerde veya durumda elde edebilmek için doğrudan doğruya veya dolaylı olarak yapılan toplam harcamalar" olarak ifade edilen maliyet kavramı, başka bir tanımda "girdi niteliğinde olan ve üretim faktörleri olarak tanımlanan hammadde, iş gücü, teknoloji, sermaye ve diğer kaynakların mamül veya hizmet üretimi amacı ile kullanılmasının parasal ifadesidir" şeklinde tanımlanmaktadır (6,7). İşletmelerin hedeflerine ulaşmasında maliyet, ulaşılmak istenen hedefin temelini oluşturur. Bir maliyetin oluşabilmesi içiniki temel özelliğin bulunması gerekir. Bunlar; katlanılan fedakarlık ve üretim faktörünün oluşturduğu parasal değer. Ulaşılmış ya da ulaşılmak istenen amacın her aşamasında maliyet oluşumu söz konusuyken bu iki faktör olmadan maliyetten söz edilemez. Maliyet üretimin parasal yönünü ifade ederken, hizmet veya değer üretim aşamalarının tümünü içine alır (7,8).

2.1.2. Maliyet Muhasebesi

İşletmelerin devamlılığı etkin yönetilmeleriyle mümkündür. Bu süreçte hedeflenen kâr hesaplanırken kaynakların yönetimi fiyat ve maliyetlerin karşılaştırılmasıyla yapılır. Rekabetin olduğu serbest piyasada fiyat çoğu zaman arz ve talep arasında oluşan denge ile bağlantılı olup, işletmelerin fiyat üzerinde değişiklik yapma gücü mümkün olmamaktadır. İşletme kâr elde edebilmek için fiyat üzerinde artışa gitmesi satışlarda azalma ya da daralma meydana getirecektir. Bu nedenle piyasa fiyatını uygulamak zorundadır. İşletmelerin fiyat üzerinde söz hakkının olmayışı maliyeti meydana getiren faktörlerin yönetilmesini gerektirir (7). Sistem anlayışı gerektiren maliyet muhasebesi "bir işletmede üretilen mal ve hizmet birimlerinin elde edilmesi ve bunların alıcılara ulaştırılıp paraya çevrilmesi için,

işletmenin yaptığı fedakarlığın parasal ölçüsünü gösteren maliyetlerin, hangi giderlerden oluştuğunu belirleyen, söz konusu giderleri; türleri, fonksiyonları ve gider yerleri bakımından hesap planındaki sınıflandırma doğrultusunda kaydedip izleyen, bu bilgilerin inceleme ve yorumunun yapılmasına imkan verecek raporların hazırlanmasını ve maliyetlerin kontrolünü amaç bilen işlemler bütünü" olarak tanımlanmaktadır (6).

Maliyetlerin kapsamlı tespitinin yapılmasının amacı;

- Üretilen mal ve hizmetlerin toplam ve birim maliyetlerini ölçmek
- Stokların değerini tespit etmek
- Geleceğe yönelik planların yapılmasına öngörü sağlayarak yatırımları şekillendirmek
- Olanaklar ölçüsünde giderlerin kontrolünü kaybetmeden ve kaliteden taviz vermeden maliyetleri düşürecek yöntemler geliştirerek gider kontrolüne katkıda bulunmak
- Karar vericilere maliyetlerle ilgili düzenli, etkili ve güvenilir kaynak oluşturarak planlamaya yardımcı olmak biçiminde sıralanabilir (6).

2.1.3. Maliyet Analizi Tanımı

Yönetim muhasebesinin alt sistemlerinden biri olan maliyet analizleri, maliyetlerin kontrol altında tutulması amacına yönelik olarak, maliyet sisteminden düzenli olarak elde edilen mali verilerin, ihtiyaç halinde diğer kaynaklardan sağlanan verilerle birleştirilerek, aralarındaki ilişkiyi ayrıntılayarak derinlemesine değerlendirilmesine ve yorumlanmasına ilişkin çalışmalar olarak tanımlanabilir (9).

2.1.4. Maliyet Analizin Amaçları

İşletmeler belirledikleri hedeflere ulaşmak için var olan durumu gerçekçi bir şekilde tespit etmeleri, işletmenin devamlılığında karar vericilere önemli düzeyde öngörü sağlayacaktır. Maliyet analizinde hedef sadece ürünün maliyetini değil aynı zamanda ürünün devamlılığını sağlayan, üretim, pazarlama ve hizmet faaliyetlerinden

oluşan sistemi tümüyle ele alan bir yapıda durumun ortaya konması, beraberinde sağlıklı bir maliyet fiyatının tespiti, israfın önlenerek maliyetlerin düşürülmesi, kalitenin artırılması ve gelecekle ilgili çalışmaların işletme amaçlarına uygunluğunun tespitini hedeflemektedir (10). Maliyet analizi sırasında izlenecek yol 7 basamaktan oluşur. Bunlar;

- Çıktıların belirlenmesi
- Gider yerlerinin tanımlanması
- Giderlerin belirlenmesi
- Giderlerin gider yerlerine dağıtılması
- Yönetim ve destek gider yerlerindeki giderlerin, esas ve yardımcı üretim gider yerlerine dağıtılması
- Yardımcı ve esas üretim gider yerlerindeki giderlerin toplam ve birim maliyetlerinin hesaplanması ve maliyet fonksiyonlarının oluşturulması
- Sonuçların raporlanması şeklindedir (11, Kaynak: 12 p.116).

2.1.5. Maliyet Analizinin Önemi

Şirketler ve kurumlar artan rekabet ortamı, daralan pazar ve mali zorluklar karşısında varlıklarını sürdürebilmeleri için mali tabloya hakim olmaları gerekir. Bu amaçla yöneticiler, planlama, kontrol ve karar alma aşamalarında ihtiyaç duydukları maliyet bilgisine ulaşmaları, verdikleri kararların sonuçlarını görmede, gerekli düzenlemeleri yapmalarında gereklidir.

Maliyetlerin sınıflandırılması ve yeniden düzenlenmesi amacıyla yapılan maliyet analizleri;

- Alternatiflerin tespiti
- Atıl kapasitenin yok edilmesi
- Malzeme kullanımının kontrolü
- Verimsiz yatırım ve kaynak israfının önlenmesi
- Personelde ekonomik düşünme farkındalığının yaratılması
- Faaliyetlerin daha önceki yıllara kıyaslama imkanı sağlaması
- Rakipler arası karşılaştırma olanağını sağlaması

- Planlama yapılmasına öngörü oluşturması
- Fiyatlandırmaya gerçekçi bir yaklaşım sağlaması
- Şirketin performansının tespitine olanak sağlaması açısından önem taşımaktadır (13).
- Bu amaçla çeşitli yönetim kararlarında kullanılırlar. Bunlar;
- Üretim ve satış hacminin belirlenmesi kararları
- Fiyat koyma kararları
- Makina ve donatımın yenilenmesi kararları
- Üretme ve satın alma kararları
- Özel bir siparişin kabul edilip edilmemesi kararları
- Belirli bir mamülün üretimine devam edilip edilmemesi kararları
- En uygun mamul karışımının belirlenmesi kararlarıdır (6).

2.1.6. Maliyet Muhasebesinde Temel Kavramlar

2.1.6.1. Gelir:

İşletmenin mal ve hizmet satışlarının sonucunda, varlıklarında artış meydana getiren unsurlara gelir denir. Yine aynı zamanda, işletmenin esas faaliyetleri dışında ortaklıklar ve bağlı olunan ortaklıklardan elde edilen faiz, kira, komisyon, kambiyo gibi elde edilen kazançlarda gelir olarak nitelendirilir. İşletmenin var olma ve aynı zamanda hedefini oluşturur. Mal ve hizmet üretiminde yapılan tüm uygulamalar gelir artırmaya yönelik yapılarak sonunda işletmeye ekonomik fayda sağlaması amaçlanır.

2.1.6.2. Gider:

"İşletmenin normal faaliyetlerini ve varlığını devam ettirebilmesi ve aynı zamanda gelir elde edebilmesi için belli bir hesap döneminde kullandığı mal ve hizmetlerin parasal değeri" olarak ifade edilen gider kavramının oluşabilmesi için belli bir zaman diliminde varlık ve hizmetin tükenmiş, aynı zamanda tüketimin ikinci bir fayda sağlamış olması gerekmektedir. Örneğin; bağış ve yardımlar işletme

faaliyetlerini oluşturan mal ve hizmet üretiminde yer almadığı için gider olarak değerlendirilmezken, mal ve hizmet üretimi için gerekli olan ekipmanlardaki aşınma, bakım gibi ihtiyaçların karşılanması gider olarak nitelendirilir (14,15).

2.1.6.3.Harcama:

"Bir mal, fayda ve hizmet sağlanması veya herhangi bir edinim karşılığı olmaksızın ortaya çıkan bir yükümlülük nedeniyle yapılan ödeme ve borçlanmalardır" olarak ifade edilen harcama kavramı çoğunlukla işletmelerde nakit ya da vadeli yapılan ödeme ve borçlanmaları ifade etmek için kullanılır (6, Kaynak: 16 p. 9). Harcama kavramı gider kavramıyla sıklıkla birbirlerine karışan kavramlardır. Gider kavramı mal ve hizmet üretimi sürecinde oluşurken, harcama kavramı üretimle ilişkili ya da ilişkisiz durumlarda da üretime fayda sağlayacağı düşüncesiylede yapılabilirler. Buna karşın, harcama karşılığında edinilen mal ve hizmetlerin yararları gelecek dönemlerde tüketilecekse, harcama maliyete dönüşmektedir (6,7).

2.1.6.4. Zarar:

"İşletme faaliyetlerinin yerine getirilmesi sırasında yapılan gereksiz veya gereğinden fazla yapılan tüketimler" olarak tanımlanan zarar kavramı, ekonomik faydaya göre biçimlenmektedir (15). Yapılan mal ve hizmet üretim sürecinin iş veya işleyişinde yapılan uygulamaların ekonomik fayda yaratmaması ya da boş yere yapılması durumunda zarar kavramından bahsedilir. Örneğin; gerektiği kadar yapılan bakım-onarım çalışmaları gider olarak kabul edilirken, gereğinden fazla yapılan çalışmalar zarar olarak kabul edilir.

2.1.7. Maliyet Hesaplama Yöntemleri

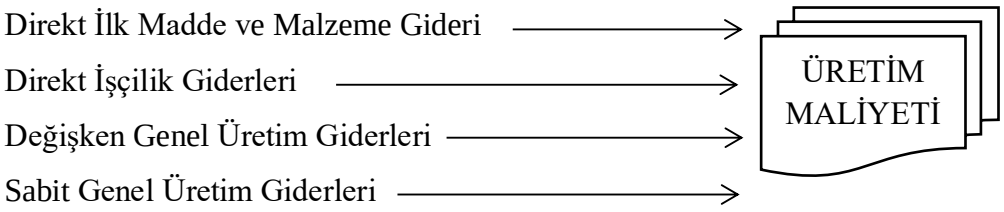
İşletmelerde oluşturulan mal ve hizmetlerin birim maliyetlerinin tespiti için çeşitli maliyet hesaplama yöntemleri kullanılmaktadır. Hesaplama yöntemleri seçilirken üretim aşamalarına en fazla cevap veren yöntem seçilir. Bazı yöntemler birbirinin eşdeğeri olmakla beraber aynı zamanda tamamlayıcıda olabilirler (15).

2.1.7.1. Maliyet kapsamına göre maliyet yöntemleri:

Üretim maliyetlerinin kapsamını belirleyen ve mamul için ne kadarlık bir kısmın kullanıldığının tespitinde uygulanan yöntemlerdir. "Kapsamına göre seçilecek maliyetleme yöntemleri, maliyete sabit giderlerin ne ölçüde dahil edileceği ile ilgilidir" (17).

2.1.7.1.1. Tam maliyet yöntemi:

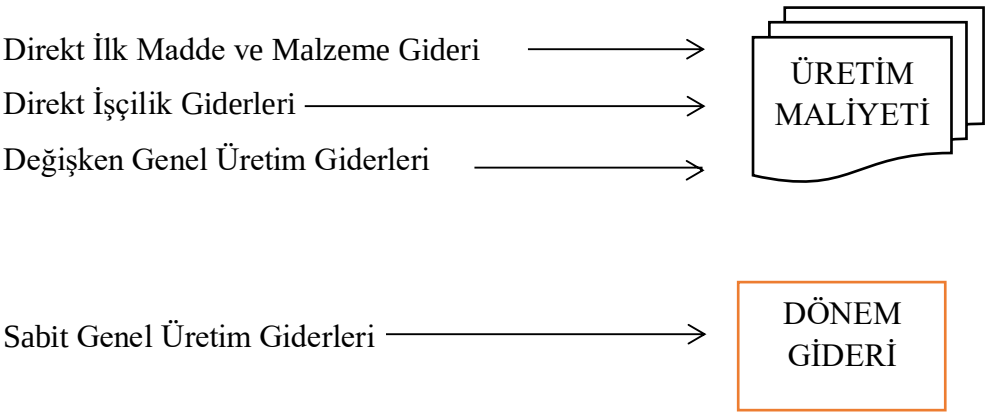
Bu yöntem sabit ve değişken gider ayrımı yapmaksızın direkt ilk madde ve malzeme giderleri (DİMMG), direkt işçilik giderleri ve genel üretim giderlerinin (GÜG) tamamını içine alacak şekilde yapılan birim maliyet yöntemidir. Maliyet oluşturan tüm faktörleri içine alan kapsamlı bir yöntemdir. Uygulanması basit olan bu yöntem, "fiyatlama, envanter belirleme ve işletmenin normal faaliyetleri sonucu elde ettiği veya katlandığı zararı hesaplamak için kullanılır" (8).



Şekil 2.1. Tam maliyet yöntem şeması- Büyükmirza' (9)dan.

2.1.7.1.2. Değişken maliyet yöntemi:

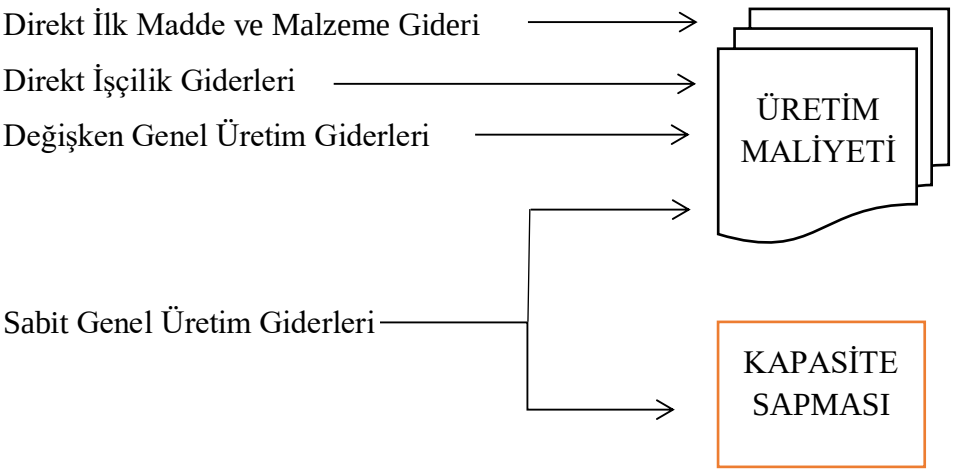
Sadece değişken nitelikte olan DİMMG, direkt işçilik giderleri ve GÜG'nin değişken kısmı ele alınan bu yöntemde giderler değişken ve sabit olarak ayrılmaktadır (6). Bu yöntemde sabit özellikteki giderler, bir maliyet unsuru olarak görülmediğinden takibi dönem gideri olarak ayrı tutulur.



Şekil 2.2. Değişken maliyet yöntem şeması-Büyükmirza(9)'dan.

2.1.7.1.3. Normal maliyet yöntemi:

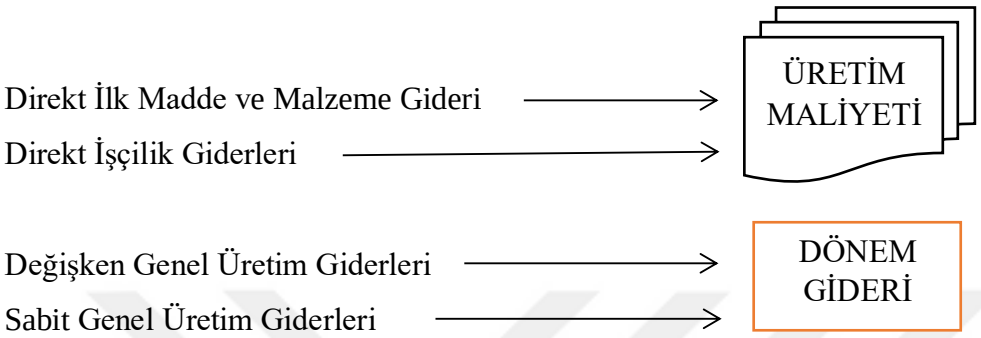
Normal maliyet yönetiminde DİMMG, direkt işçilik ve değişken üretim maliyet unsurlarına ilave olarak, kullanılan kapasite oranında sabit GÜG'de maliyete dahil edilir. Yine geriye kalan sabit GÜG dönem gideri olarak yansıtılır. "Mamul maliyetine dahil edilecek sabit nitelikteki üretim giderleri, işletmenin o dönemdeki kapasite kullanım oranına (KKO) göre belirlenir" (15). Sabit GÜG "kapasite sapması" olarak ayrı kaydedilir (9).



Şekil 2.3. Normal maliyet yöntem şeması- Büyükmirza (9)'dan.

2.1.7.1.4. Asal maliyet yöntemi (direkt maliyet yöntemi):

Maliyet hesaplanmasında GÜG'nin tamamının dönem gideri olarak gösterildiği yöntem, DİMMG beraberinde direkt işçilik giderlerinden oluşur (15).



Şekil 2.4. Asal maliyet yöntem şeması-Büyükmirza (9)'dan.

2.1.7.2. Maliyet saptanma zamanına göre maliyet yöntemleri:

Maliyetlerle ilgili verilerin hangi zaman aralığının alınacağına göre belirlenen yöntemlerdir. "Maliyetlerin, ilgili faaliyetlerin yapılmasından sonra, fiili tutarları esas alarak saptanması halinde, "fiili maliyet" yönteminden, faaliyetin yapılmasından önce saptanması durumunda ise "tahmini maliyet" veya "standart maliyet" yönteminden söz edilir" (6).

2.1.7.2.1. Fiili maliyet yöntemi:

İşletmelerde mal ve hizmet üretiminin gerçekleşmesinden sonra, giderlerin netleşmesiyle elde edilen veriler ışığında hesaplanan maliyet yöntemidir. Maliyetlerin hesaplanması somut verilere dayanır. Bu yöntem işletmenin yeni olması durumunda veri azlığı sebebiyle, fiili maliyet yöntemini başka yöntemlerle desteklenmesini gerekli kılarken, yalın üretim ortamları için gerçekçi bir yaklaşım getirmesi nedeniyle bu yöntem önerilir (17).

2.1.7.2.2. Tahmini maliyet yöntemi:

Üretim gerçekleşmeden önce, geçmiş döneme ait maliyete dayalı veriler ve deneyimlerden yararlanılarak, gerçekleşmesi beklenen ve hesaplanan maliyetlerin tahmin edilmesinin hedeflendiği maliyet yöntemidir. Bilimsel olmayan verilere dayanan bu yöntem normal şartlarda beklenen maliyetleri ifade eder. Yöntem mesleki tecrübe gerektirir.

2.1.7.2.3. Standart maliyet yöntemi:

"Maliyetlerin olması gereken tutarlarının faaliyet yapılmadan önce, bilimsel yöntemlerle önceden saptanması ve kayıtların bu maliyetlere göre tutulmasını öngören yöntemdir" (6). Standart maliyetler geçmiş faaliyet dönemlerinin getirdiği tecrübeleri ve bilimsel araştırmaları kapsayan çalışmalar sonucu belirlenmektedir. "Bu yöntemde fiili maliyetler ayrıca takip edilir. Bu yöntemin uygulanmasıyla olması gereken maliyetler (standart maliyetler) ile gerçekleşen maliyetlerin karşılaştırma imkanı elde edilmiş olur. Standart maliyetlerden sapmalar hesaplanır sebep ve gerekli önlemler alınır" (15).

2.1.7.3. Üretim biçimlerine göre maliyet yöntemleri:

Üretim özellikleri esas alınarak yapılan birim maliyet yöntemleri, sipariş maliyet yöntemi ve evre (safha) maliyet yöntemi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

2.1.7.3.1. Sipariş (parti) maliyet yöntemi:

Sipariş maliyet yöntemi, özel nitelikli ya da birbirinden farklı özelliklere sahip, imalatın kesiklilik gösterdiği, üretimin partiler halinde yapıldığı, maliyetlerin birbirinden ayrılabildiği çoğu kez müşterilerin özel istekleri ve verdikleri siparişler üzerine üretim yapan işletmelerde kullanılan yöntemdir. Burada üretim giderlerine ait temel fark, maliyetler sipariş, parti veya proje bazında tek tek hesaplanmaktadır (15).

2.1.7.3.2. Evre (safha) maliyet yöntemi:

“Dönemin üretim giderlerinin, üretim evrelerinde toplanması ve her bir aşamanın giderlerinin o aşamanın üretim miktarına bölümü yoluyla birim maliyetinin hesaplanmasıdır” (9). Evre (safha) maliyet yönteminde belli bir safhaya ait maliyet hesaplaması temel alınır. Genellikle aynı cins mamüllerin fazla miktarda üretildiği işletmelerde kullanılan evre (safha) birim maliyet yöntemi, birbirini takip eden evreler halinde, sürekliliği esas alan üretim işletmelerinde uygulanır. Toplam ve birim maliyetler gider yeri bazında hesaplanmakta, her gider yeri için tutulan üretim raporu kullanılmaktadır (7). Bu yöntemin düzgün işleyebilmesi evrelerin tam olarak belirlenmesi ile mümkündür.

2.1.8. Giderlerin Gider Yerlerine Dağılımı

Giderlerin dağıtımı DİMMG, direkt işçilik dışında kalan GÜG kapsamaktadır. GÜG gider yerleriyle bağlantısı direkt ya da indirekt olabilir. Direkt giderlerin takibi faturalandırma yoluyla yapılırken, indirekt giderlerin takibi dağıtım yoluyla yapılmaktadır. Gider dağıtımı, giderlerin oluşumundan sonlandırılmasına kadar olan süreci içine alır (8,15).

2.1.8.1. Birinci dağıtım (genel hizmet giderlerin gider yerlerine dağıtımı):

Hastanelerde oluşan GÜG’nin esas ve yardımcı gider yerlerine dağıtım işlemi birinci dağıtım olarak adlandırılır. Bu dağıtımda herhangi bir yöntem kullanılmamaktadır. GÜG’ne ait direkt maliyetler bu aşamada esas üretim gider yerine doğrudan yazılır (15). Örneğin; sadece cerrahi vakalarda kullanılan mikroskopik aletlerin tükenme payları direkt olarak ameliyathaneye yüklenebilir.

2.1.8.2. İkinci dağıtım (yardımcı gider yerlerindeki giderlerin esas gider yerlerine dağıtımı):

Yardımcı gider yerlerinde toplanan GÜG dönem sonunda esas üretim gider yerlerine tekrar dağıtılırlar. "İkinci dağıtımın amacı yardımcı üretim ve hizmet gider yerlerinde birinci dağıtım sonrasında toplanan rakamların dağıtılması ve yardımcı gider yerlerinin sıfırlanmasıdır" (7). Bu dağıtımda dağıtım anahtarlarından yararlanılır. İkinci dağıtımdan sonra giderlerin tamamı esas üretim gider yerinde toplanmış olur (15). Bu dağıtım çeşitli yöntemler aracılığıyla yapılır.

2.1.8.2.1. Basit dağıtım (doğrudan dağıtım) yöntemi:

Pratikte uygulanması en kolay yöntemdir. Basit dağıtım yöntemi, yardımcı gider yerlerinde oluşan gider toplamının, belirlenen dağıtım anahtarlarıyla doğrudan esas üretim gider yerlerine dağıtılması esasına dayanır. Basit dağıtım yöntemi dağıtıma tabi gider yerleri arasındaki hizmet ilişkisini dikkate almadan, yardımcı hizmet üretimi gider yerlerinin, sadece esas üretim gider yerlerine hizmet verdiği düşünülerek uygulanır (8,15).

2.1.8.2.2. Basamaklı (kademeli) dağıtım yöntemi:

"Bu yöntemde dağıtıma tabi gider yerleri arasındaki yarar ve hizmet alışverişi belli bir sıra içinde tek yönlü olarak dikkate alınır" (6). Bu nedenle doğru sıralama yöntemin güvenilirliği artırır. Bu yöntem kendi aralarındaki yarar ve hizmet ilişkisini kısmen gözönünde bulundurması nedeniyle daha güvenilir bir yöntemdir.

Kademeli dağıtım yönteminin özellikleri aşağıdaki gibi açıklanmaktadır.

- Dağıtım sırası birinci dağıtım sonunda ortaya çıkan en yüksek değerden en aza doğru bir sıra halinde yapılır.
- Birinci dağıtım sonunda yardımcı gider yerlerinde toplanan değer eşit ise en fazla hizmet veren gider yeri öncelikli dağıtılır.

- Birinci dağıtım sonunda yardımcı gider merkezlerinde ortaya çıkan değer ve hizmet süreleri birbirine eşitse, yardımcı gider yerlerinde faydalanma oranları göz önünde bulundurulur.
- Dağıtımı yapılan yer kendinden sonra gelen gider yerine pay verir ancak dağıtımı yapılan yere pay veremez.
- Yardımcı hizmet gider yerleri yardımcı üretim yerlerine pay verdiğinden öncelikli dağıtılır.
- Bu süreç birinci dağıtımda toplanan miktar tamamlanana kadar devam eder (7,8).

2.1.8.2.3. Matematiksel dağıtım yöntemi:

Basit dağıtımda ve kademeli dağıtımda gider yerleri arasındaki hizmet ilişkisinin zayıflığı, matematiksel dağıtım yönteminde daha hassas bir şekilde ele alınır. Matemetiksel yöntemde, yardımcı üretim ve hizmet gider yerleri birbirlerine pay verirler. Giderlerin dağıtımı matematiksel denklemler aracılığıyla sıra gözetmeden yapılır. Giderler direkt giderler ile birinci dağıtımdan gelen giderlerin tamamından oluşur. Matematiksel dağıtım yöntemi gider yerlerinin çok olduğu işletmelerde uygulanması zordur. Bu durumda bilgisayar uygulamalarından yararlanılır (7,8).

2.1.8.2.4. Çapraz (turlama) dağıtım yöntemi:

"Çapraz (turlama) dağıtım yöntemi, dağıtıma tabi gider yerlerinden birbirine karşılıklı olarak sürekli git-gel turları halinde gider payı vermek suretiyle dağıtılacak gider toplamlarına ulaşan ve sonra bu toplamları bir kerede yarar veya hizmet verilmiş tüm gider yerlerine dağıtan yöntemdir" (9). Matematiksel yöntemde kullanılan doğrusal denklemler yerine, elle yapılan hesaplamalara dayanır. Esas üretim ve dönem gider yerleri gözönünde alınmadan, birinci dağıtım sonunda oluşan giderlerden başlanmak suretiyle giderler, diğer gider yerlerine dağıtılır. Birinci turun sonunda yazılan giderler, tekrar önemsiz sayılacak düzeye ininceye kadar turlara devam edilir (9).

2.1.8.2.5. Planlı (standart) dağıtım yöntemi:

Bu yöntem dağıtıma tabi giderlerin önceden planlanmış veya standart dağıtım oranlarına göre ilgili gider yerlerine dağıtılması temeline dayanır. Yardımcı üretim ve hizmet gider yerlerine ait gider oranı tahmin yoluyla ya da bütçe aracılığıyla oluşturulur. Bu orana göre belirlenen giderler daha sonra fiili giderle karşılaştırılır. Toplam giderlerin dağıtımında planlanan ve fiili gider arasında fark oluşabilir. Bu durumda oluşan fark esas üretim gider yerlerinin maliyetlerine tekrar eklenir ya da çıkarılır (6,7).

2.1.8.3. Üçüncü dağıtım (GÜGçıktılara dağıtımı):

İkinci dağıtım tamamlandıktan sonra, üretimle ilgili yapılan tüm giderler esas üretim gider yerlerinde toplanmış olur. Bu aşamada esas üretim yerinde toplanan giderler şunlardır (15);

- DİMMG Giderleri
- Direkt İşçilik Giderleri
- GÜG
    1. Genel Üretim Direkt Giderleri (1. Dağıtım)
    2. Genel Üretim Endirekt Giderleri (2. Dağıtım)

"Esas üretim gider yerinde toplanan giderlerin o gider yerinde üretilen mamül veya hizmet maliyetine yüklenmesine giderlerin üçüncü dağıtımı denir" (6). DİMMG ile direkt işçilik giderleri ürün ya da hizmetle doğrudan ilişkilendirilirken, GÜG doğrudan ilişkilendirilemez. Bu amaçla faaliyet ölçütleri kullanılır. Bunlar (7);

- DİMMG Yüzdesi
- Direkt İşçilik Giderleri Yüzdesi
- Direkt İşçilik Saati
- Makina Saati
- Üretim Miktarı

2.2.SAĞLIK KURULUŞLARINDA MALİYET ANALİZİ

2.2.1. Hastanelerin Özellikleri

Gelişmiş sağlık sistemlerinde hastanelerin görevleri kuruluş amaç ve hedeflerine göre değişmekle birlikte genel olarak; sadece hastalık sonrası iyileştirme ve tedavi hizmetleri değil daha hastalık oluşmadan hastalıkların, salgınların ortaya çıkmasını önleyici, araştırma-geliştirme faaliyetleri yapan, sağlık profesyonelleri yetiştiren, hastalık oluştuktan sonra ise evde bakım sürecinde içine alan çok kapsamlı bir organizasyon gerektirir. Hastaneler sosyo-ekonomik, insan, makina ve birçok disiplinin ortak çalışması ile amaca ulaşan sistemlerdir. Bu açıdan hastane özellikleri değerlendirilirken yapı, süreç ve sonuç (çıktı) yönünden farklı özelliklere sahip olduğu görülmektedir (18).

Sağlık hizmetlerinidiğer organizasyonlardan ayıran en temel farklılıklar;

- Tam gün hizmet verme gerekliliği
- Profesyonel kişilerden oluşan sağlık elemanlarının uzmanlaşma seviyesinin çok yüksek olması
- Çalışanların kurumsal hedeflerden ziyade kendi mesleki hedeflerine öncelik vermesi
- Farklı meslek gruplarının birbirine bağımlı ve eşgüdümlü çalışma gerekliliği
- Hekimlerin faaliyetlerinde tam ve etkili yönetsel ve kurumsal denetimin olmaması
- Planlama, yönetim ve denetim sorunlarının çözümünde multidisipliner yaklaşım gerektirmesi
- Hizmet taleplerin önceden kestirilememesi, bu nedenle stoklama yapılamaması
- Hastalığın iyileşmesi yönünde tüm taleplere cevap verme zorunluluğu
- Eğitim, araştırma ve tedavi hizmetlerinin iç içe oluşu
- Farklı eğitim seviyelerindeki çalışanların bir arada çalışması
- Yapılan işlerin acil, ertelenemez, değişken ve karmaşık olması
- Hata ve duyarsızlığa yer olmaması
- Sonuçların tanımlanmasının ve ölçümünün zorluğu

- Önceliklerinin kâr olmaması
- Teknolojik ekipmanların fazlalığı ve karmaşıklığı hastaneleri diğer organizasyonlardan ayırmaktadır (18,19).

Sağlık kurumları yapım işletmelerinden farklı olarak hizmet üreten işletmelerdir. Hizmetler taşınamazlar, depolanamazlar ve sunuldukları anda tüketilen niteliktedirler. Bu yüzden, hizmetlerin meydana getirilmesi, satın alınmaları ve tüketilmeleri eş zamanlıdır (20, Kaynak: 21 p./pp. 285/83). Sağlık kurumlarında yapılan hizmetler hastanın ihtiyacına yönelik olarak gerçekleşmektedir. Bu sürecin başarılı olabilmesi hastanın sürece olumlu katkı vermesiyle mümkündür. Burada oluşan önemli ayrıntı, hizmeti talep eden ve verecek kişi arasındaki asimetrik bilgidir. Hasta ne ile karşılaşacağını bilmemekle birlikte, hizmeti veren kişi tarafından yönlendirilmesi söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin, teknik özelliklerin hastalar tarafından anlaşılamaması, ihtiyaç doğduğu anda tüketilme zorunluluğunun bulunması ve ikamesinin olmaması hastayı hizmeti veren kişiye zorunlu kılar.

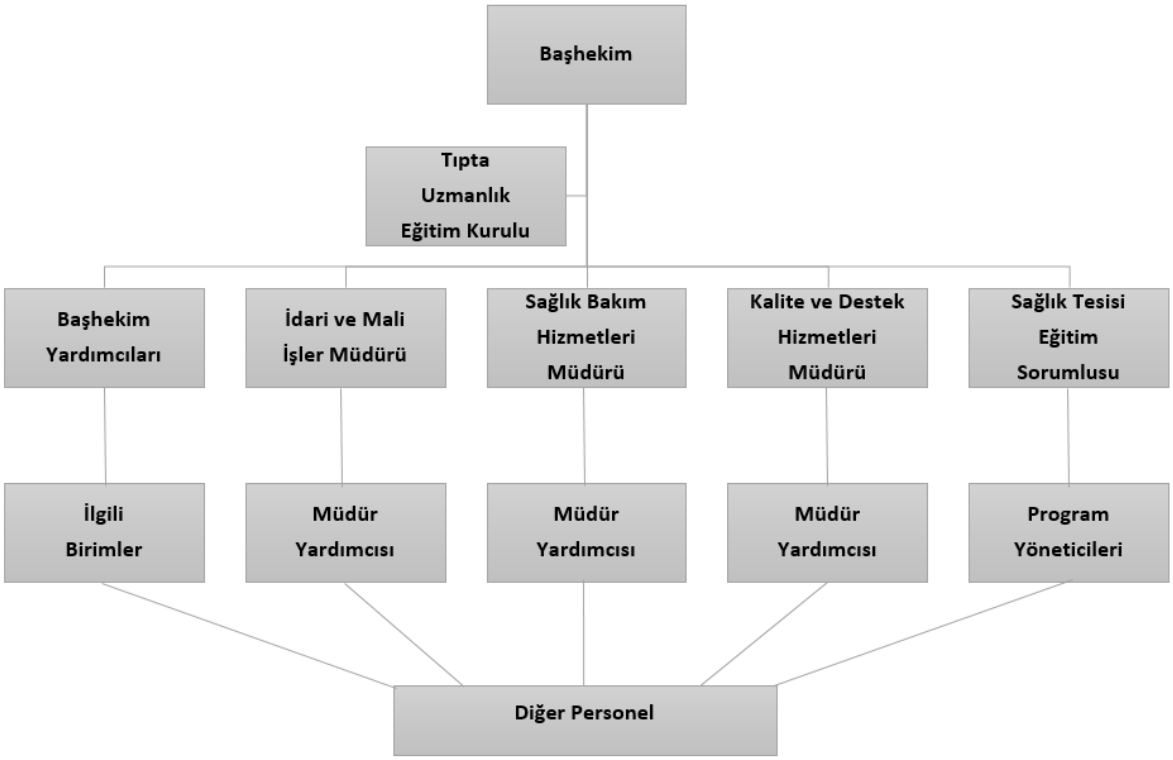
2.2.2. Hastanelerin Organizasyonel Yapısı

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu, yarı kamu, özel ve hayırseverler olmak üzere Türkiye'de pek çok kurum faaliyet göstermektedir. Kamu kesiminde Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler sağlık hizmetlerini sunan başlıca kurumlardır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin faaliyetleri kanunlar ve Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan yasal mevzuatlar doğrultusunda yürütülmektedir. Sağlık kuruluşlarının yönetim ve organizasyon yapısı 2 Kasım 2011'de Resmi Gazete'de (RG) yayınlanan "663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK)" ile belirlenmiştir.

> "İlk yayınlandığı şekliyle KHK'de tüm hastaneler bağlı kuruluş haline gelen Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlanmış ve illerde bu kurumun taşra teşkilatı olarak Kamu Hastaneleri Birlikleri oluşturulmuştu. Süreç içerisinde 15 Ağustos 2017'de çıkarılan 694 sayılı KHK ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne dönüştürülmüş taşra teşkilatı

yapılanmasında da Kamu Hastaneleri Birlikleri lağvedilerek İl Sağlık Müdürlüklerine bağlanmıştır”....(22,23).

Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde organizasyonunun en üst basamağında olan başhekim, kurumun tıbbi, idari ve eğitim hizmetlerin yürütülmesinde en yetkili kişidir. Başhekim görevini yürütürken yardımcıları, sağlık bakım hizmetleri müdürü, idari ve mali hizmetler müdürü, kalite ve destek hizmetleri müdürü ve müdür yardımcıları ile birlikte yürütür. Bektemür ve ark. bu organizasyonun yapısını Şekil 2.5. gibi göstermiştir (22).



Şekil 2.5. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri organizasyon modeli-Bektemür ve ark. (22)’dan.

Hastaneler fonksiyonel ve matriks örgütlenme modelinin bir arada görüldüğü organizasyonel yapılardır. Matriks örgütler; tüm kademelerin karar işlemine katılabildiği, çeşitli uzmanlık dallarından yararlanma, bölümler arası yatay ve çapraz ilişkilerin kurulabildiği, işgüdümünün hiyerarşik kademede değilde, birimlerin iç içe geçmesiyle sağlandığı, aynı zamanda projeden tek bir sorumlu olması temeline

dayanır. Hastanelerde her hasta bir proje kabul edilir ve hastadan sorumlu hekim projenin sorumlusu olarak hastanın tedavi sürecinde diğer disiplinlerle birlikte süreci yönetir (22,24). Ekibin varsa diğer üyeleri eczacı, hemşire, diyetisyen v.s. birden fazla proje sorumlusu ile ekip halinde çalışmak zorundadır. Örgüt içi iletişim çok yönlüdür.

2.2.3. Sağlık Kurumlarının Fonksiyonları

İşletmeler amaçlarına ulaşabilmek ve varlıklarını sürdürebilmek için birçok eylem ve faaliyetlerde bulunurlar. Bu amaçla üretim, pazarlama, finansman gibi temel fonksiyonları vardır. Hastane fonksiyonları genel işletme fonksiyonlarından farklılıklar gösterir. Hastane fonksiyonları aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (25).

2.2.3.1. Tıbbi hizmet fonksiyonu:

Sağlık kuruluşlarının hastalara ayaktan ya da yatış yoluyla teşhis ve tedavi oluşturan en temel fonksiyonudur. Günümüzde insan ihtiyaçlarının değişerek artmasına paralel olarak teşhis, tedavi, bakım hizmetleriyle birlikte halk sağlığı ve toplum sağlığıda tıbbi hizmet fonksiyonlarının önemli bir parçası haline gelmiştir.

2.2.3.2. Eğitim fonksiyonu:

Hastaneler, teori ile pratiğin aynı anda uygulandığı kuruluşlardır. Sağlık kurumlarının fonksiyonlarından olan eğitim fonksiyonu, hastanenin varoluş amacına göre, tıp eğitimi, tıpta uzmanlık eğitimi, diğer personellerin klinik stajları, hasta, refakatçi, çalışan personele yönelik hizmet içi eğitimler ile halkın bilinçlendirilmesine yönelik çalışmaların bir veya birkaçını uygular.

2.2.3.3. Otelcilik fonksiyonu:

Tam gün hizmet vermesi ve yataklı tedavi kurumları olmaları hastanelerde otelcilik gereksinimlerini oluşturur. Bu amaçla tüm alanlarda temizliğin sürekliliği ve

etkinliğinin sağlanması, yemek, çamaşır, güvenlik hizmetlerinin sunulması, hasta ve yakınlarına konforlu bir ortamda barınma ihtiyacına yönelik çalışmaları kapsar.

2.2.3.4. Mali ve idari fonksiyonlar:

Tüm hastane faaliyetlerinin belirli bir maliyeti vardır. Finansal kaynakların uygun koşullarda temini, verimli kullanılması, çalışanlara ve tedarikçilere ücretlerinin zamanında ödenmesi gibi mali ya da finansal işlevlerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Hastanenin tüm gelir ve giderlerle ilgili iş ve işlemleri "mali fonksiyonlar" kapsamında değerlendirilmektedir.

2.2.3.5. Teknik hizmet fonksiyonu:

Hastaneler doğası gereği tehlike ve riskleri bünyesinde barındıran, teknolojinin en fazla kullanıldığı, sorunların hızlı bir şekilde çözümlenmesi gereken alanlardan biridir. Bu amaçla hastanelerde bina, malzeme, makina, cihaz ve bunların bakım onarım gibi destek hizmetlerini kapsar.

2.2.3.6. Araştırma ve geliştirme fonksiyonu:

Tıp alanındaki ilerlemeler en çok ihtiyaç duyulan alanların başında gelmektedir. Değişen toplum yapısı ve ihtiyacına paralel, sağlık hizmetlerinin etkili sunumu için ihtiyaç duyulan yöntem ve uygulamalar sürekli olarak değişmekte araştırılıp geliştirilmektedir. Sağlık sektöründe araştırma geliştirme faaaliyetleri tıbbi olarak tıbbi cihaz, ilaç, aşı, sağlığın korunması ve tedavisine yönelik konuları kapsarken idari yönden hastanenin etkinliğini, verimliliğini artırmaya yönelik çalışmaları kapsar.

2.2.3.7. Halk sağlığı hizmetleri fonksiyonu:

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, hastalık daha oluşmadan gerekli önlemlerin alınarak sağlıklı toplumun temellerini atmaktır. Bu amaçla halk sağlığının

planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde toplum temelli uygulamalar oluşturarak insan sağlığının korunması, yükseltilmesi, bilgilendirmesi, yönlendirilmesi sağlık kuruluşlarının fonksiyonlarındandır.

2.2.4. Sağlık Kurumlarında Maliyet Analizinin Amacı

Tüm dünyada sağlık harcamaları yaşanan teknolojik gelişmeler, eğitim seviyesin artması, demokratik düzenin yaygınlaşması, kentleşme, kişi başına düşen gelirin artması, sosyal değer yargılarının değişmesi ve yaşam süresinin uzaması gibi nedenlerle ciddi bir artış göstermiş, hastaneler sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen sosyo-ekonomik kuruluşlar haline gelmişlerdir. Günümüzde "sağlık hizmetleri, yararlananın finansmanına katılabileceği, fiyatlandırılabilen ve pazarlanabilen hizmetler olarak piyasa ekonomisi tarafından da üretilebilen "yarı kamusal" mal niteliğindedir. Arzının pahalılığı, talebin tüketici tarafından belirlenmesi ve tesadüfiliği, talep esnekliğinin katı olması, ikamesinin olmaması ve sosyal amaçlı olması" gibi özelliklerinden dolayı sağlık işletmelerinde yöneticiler politikalarını belirlerken birçok belirsizlikle iç içedirler (21). Bu nedenle doğru bilgi, yapılacak çalışmaların süresini, sürecini, kalitesini ve isabetini artıracaktır. Maliyet–etkinlik analizi sağlık hizmetlerine ayrılan sınırlı kaynakların doğru yönde sağlık programlarına tahsis edilmesinde, önemli bir karar verme aracı olarak değerlendirilmektedir. Sağlık kuruluşlarında maliyet analizinin amacı; sağlık yöneticilerine stratejik planlama imkânı sağlamak, birim performansının ölçülmesi, değerlendirilmesi, gerçeğe daha yakın maliyetleme yapılabilmesi ve bu sayede profesyonelleşme yolunda değişimler geçiren sağlık hizmet sunucularına ve sağlık yöneticilerine öngörü oluşturmaktır (26).

2.2.5. Sağlık Kurumlarında Maliyet Analizinin Önemi ve Gerekliliği

Sağlık kuruluşları sağlık sisteminin yürütülmesinin temelini oluşturur. Genel olarak işleyişi kamu ve özel sektör tarafından yürütülmektedir. Finansal amaç yönünden baktığımızda özel sektörde finansal karın artırılması temel hedefi oluştururken, kamu işletmelerinde ekonomiklik, verimlilik ve etkililik artırılarak

devlete olan maliyetin azaltılması sağlık kuruluşunun firma değerini oluşturmaktadır (27). Bu açıdan özel sağlık kuruluşlarında artan rekabet ortamı, daralan pazar, azalan karlılık gibi iç ve dış etkenler planlama, kontrol ve karar alma süreçlerinde maliyetlere hakim olma zorunluluğu doğurmuştur. Kamu hastanelerinde ise faaliyetlerin kâr amacı gütmemesi, çalışmaların bakanlık tarafından düzenlenmesi maliyetlerin tam olarak değerlendirilememesine yol açmış, bu nedenle maliyet kontrolüne katkı sunan çalışmalar zorunluluk haline gelmiştir (28). Her iki durumda da maliyetlerin bilinmesi sağlık işletmelerinin yönetiminde kolaylıklar sağlayacaktır.

Ağırbaş'a göre "sağlık kuruluşlarında finansal yönetimin gelişmesine etki eden nedenler;

- Sağlık kurumlarının büyümeleri
- Sağlık kurumlarının hizmet ve pazar çeşitlendirmeleri
- Sağlık kurumlarının araştırma ve geliştirme giderlerinde artış
- Ekonomik büyümeye verilen önem
- Sağlık kurumları arasında birleşme, satın alınma ve satılma eğilimlerinin artması
- Uluslararası para ve sermaye piyasalarının fon temini imkanlarının yaygınlaşması
- Rekabetin artması sonucu sağlık sektöründe kâr payının daralmasıdır" (27).

Sağlık sektörünün giderek daha fazla kaynak kullanılan bir sektör haline gelmesinde ise;

- Sağlık bilincinin gelişmesine paralel sağlık talebinin artması
- Ortalama yaşam süresinin uzaması sonucu gelişen kronik hastalıklar
- Tıp ve sağlık bilimleri alanında teknolojinin gelişmesi ve fiyat artışı
- Yeni yapılan yasal düzenlemeler etkili olmaktadır (28).

Sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü kullanan hastaneler, kaliteli hizmeti, yükselen maliyetler ve kıt kaynaklar karşında korumak aynı zamanda finansal sürdürülebilirliği sağlamak zorundadır. Özellikle kamu hastanelerinde maliyet kontrolünün sınırlı sayıda yapılması, kaynakların etkin kullanılmamasına ve maliyet kontrolünün kaybedilerek devletin yükünün artmasına neden olmaktadır. Sağlık sisteminin sürdürülebilir olması, gelir giderlerin birbirine eşit veya gelirin daha

yüksek olmasıyla mümkündür. Bu nedenle Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) belirlenen fiyatlar, hastadan alınan fark ücret, özel sağlık sigortaları, yurt dışı hasta gelirleri gibi gelirlerin güncellenmesi finansal sürdürülebilirliğin devamı için gereklidir. Kurumlarda gelir-gider arasındaki denge ancak doğru verilerle yapılan iyi bir planlama ve finansal yönetim ile gerçekleşir (29, 30 Kaynak: 22 p. 144).

Bu amaçla yine Ağırbaş'a göre "finansal analiz sağlık politikacıları için araç niteliğinde olup büyük kolaylıklar sağlamaktadır. Bunlar;

- Sağlık kurumlarında finansal planların hazırlanmasında
- Sağlık kurumlarının faaliyetlerini denetleme ve değerlendirmede
- Sağlık kurumlarının amaçlarına ulaşıp ulaşmadığını belirlemede
- Sağlık kurumları amaçlarına ulaşmamış ise nedenlerinin araştırılmasında
- Sağlık kurumları faaliyetlerinin verimlilik ve başarı derecesini ölçmede
- Kurumda üretilecek sağlık hizmetleri ve bu hizmetler için izlenecek fiyat politikasını kararlaştırmada
- Sağlık hizmeti üretiminin her aşamasında doğru ve düzeltici kararlar almadır"(27).

2.2.6. Sağlık Kurumları Maliyetlerine Etki Eden Faktörler

Günümüz sağlık işletmelerinde kıt kaynakların etkili ve verimli kullanılabilmesi, maliyetlerin ve ona etki eden faktörlerin iyi anlaşılması, takip edilmesi, gerekli düzenlemelerle hızlı müdahale edilebilmesi ancak maliyetlere etki eden faktörlerin bilinmesi ile mümkündür. Hastane işletmelerinde maliyeti etkileyen faktörleri dört başlıkta değerlendirmek mümkündür. Bunlar; KKO, hastanenin büyüklüğü, hizmet kalitesi, teknolojidir (31,32).

2.2.6.1. Kapasite kullanım oranı (KKO):

Üretim işletmelerinde, "bir üretim biriminin kullanım kapasitesinin, aynı üretim biriminin teorik kapasitesine olan oranı" olarak ifade edilen KKO, hizmet işletmesi olan hastanelerde hizmet düzeyininin ne ölçüde sağlandığını gösteren başlıca ölçüttür (33). Sağlık işletmelerinde maliyetlerin kontrol edilebilmesi ve doğru planlanmasında KKO stratejik öneme sahiptir. Hastanede tedavi edilen hasta sayısında oluşacak artış, KKO'nı doğru orantılı olarak arttırırken, tedavi edilen hasta birim maliyetlerinde düşmeye sebep olur (32). "Ancak KKO'ndaki artışın birim maliyetleri düşürücü etkisi bir noktaya kadardır. Bunun nedeni, hasta sayısındaki artışın hizmet kalitesini düşürerek, tedavi süresini ve sunulan hizmetin yoğunluğunu uzatabilmesidir" (31,33). Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde yöneticiler yatak doluluk planlaması yaparken acil durumlar ve israf arasında bir denge oluşturmak zorundadırlar.

Sağlık kuruluşlarında teorik (maksimum) kapasite, fiili kapasite ve atıl kapasite olarak üç tür kapasite kullanım ölçütü bulunmaktadır.

-*Teorik kapasite*; belli bir zaman dilimi içerisinde hasta yataklarının tamamının dolu olduğu durumda üretilen hizmet miktarıdır. "Başka bir ifadeyle ideal koşullarda ulaşılabilecek olan birim zamandaki maksimum çıktı miktarını ifade eder" (34).

Teorik kapasite = Fiili Yatak Sayısı X 365 Gün ile formüle edilir.

-*Fiili kapasite*; belli bir zaman aralığında hastane yataklarında yapılan hizmet üretim miktarıdır. Başka bir ifadeyle, ulaşılabilecek gerçek çıktı düzeyinin ulaşılan kısmıdır. Hastanenin hizmet sunma düzeyinin ne ölçüde olduğunu gösterir.

-*Atıl kapasite*; teorik kapasite ile fiili kapasite arasındaki farktır. Atıl kapasitenin varolması maliyetlerde yükselmeye sebep olur. Bu durum maliyetleri yükseltir.

Kapasite kullanım oranının (KKO) ölçülmesinde en yaygın kullanılan veri aracı yatak devir hızıdır. Yatan hasta sayısının fiili yatak sayısına bölümü ile hesaplanan ve yatak başına düşen hasta sayısını belirtir. Bu oranın bilinmesi, yatak sayısının etkin ve ekonomik kullanılmasına yönelik olarak azaltılmasının ya da çoğaltılmasının tespitinde önemli bir göstergedir. Yine devir aralığı; **"**iki kullanım arasında bir yatağın ortalama kaç gün boş kaldığını gösteren diğer bir ölçüttür. Devir

aralığı bulunurken kullanılmayan toplam hasta bakım gün sayısı, toplam taburcu edilen (ölenler dahil) hasta sayısına bölünür" (31,33).

2.2.6.2. Hastane büyüklüğü:

Sağlık sisteminde merkezin büyüklüğü ne kadar hastanın ihtiyacına cevap verebilme düzeyiyle ölçülür. Kurumun büyüklüğü sunduğu hizmet çeşidi, buna bağlı olarak kullanılan girdi, sermaye ve insan gücünün artması maliyetleri artırmaktadır. Merkezin büyüklüğü iş bölümü ve uzmanlaşma ihtiyacı doğururken aynı zamanda nitelikli bir organizasyon gerektirir. Bundaki başarı oranı maliyetleri doğrudan etkiler. Kapasite büyüdükçe iş bölümü ve uzmanlaşmadaki başarı verimliliği artıracak, birim maliyetleri düşürecektir. Ancak geniş bir alana hizmet vermesi ihtiyaç duyulan malzeme, teknoloji gibi etmenler birim maliyetlerde artışa neden olur. Kurumların ihtiyaçtan fazla büyüklükte olması zaman, iş gücü, kaynak israfına yol açar (35).

2.2.6.3. Hizmet kalitesi:

Üretimde esas olan mümkün olduğu kadar düşük maliyetle kaliteli mal üretmektir. Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ölçülmesi zor, soyut bir kavramdır (36). Değişen müşteri davranışları, gelişen teknoloji, rekabet ortamının artması gibi hizmet sürecinde değişen nedenler kaliteli hizmet sağlanmasında maliyetler üzerinde etkilidir (37). Hizmet kalitesinde artış ya da azalış maliyet, hız ve rekebet gücü üzerinde doğru orantılıdır (14). "Uygulamada hizmet kalitesindeki gelişmelerin, işletmelere daha fazla yeni müşteri kazandırdığı, mevcut müşteriyle iş hacmini ve işletmenin rekabet gücünü artırdığı ve hataların önlenebilmesi için harcanan emek ve maliyetleri azaltmaktadır" (38). Hastanelerde kalitenin artması daha fazla hastaya hizmet edilmesi ve birim maliyetlerde düşmeye neden olurken, kalitenin düşmesi maliyetlerde yükselmeye neden olacaktır.

2.2.6.4.Teknoloji:

Sağlık teknolojisi ilaçlar, tıbbi cihazlar, tıbbi ve cerrahi prosedürler ve sağlık bakımında kullanılan sistemleri kapsamaktadır. Tıp alanı var olan kıt kaynakların yarattığı ihtiyaç, değişen ve artan hastalıklar sebebiyle teknolojik gelişim yönünden en çok ihtiyaç duyulan alanlardandır. Kurumların devamlılığı ihtiyaca cevap verebilmesi, teknolojiyi takip etmesi, bünyesine kazandırması ya da uyumlaştırmasıyla mümkündür. Gelişen teknolojinin kuruma kazandırılması, amortisman, enerji, bakım gibi maliyetleri artırırken uzun süreçte etkili ve verimli kullanılması hastanede kalış süresini kısaltmada, işçilik giderlerinde ve sağlık harcamalarının azaltılmasında etkilidir (39, Kaynak: 40 p. 217).

2.2.7. Sağlık İşletmelerinde Gider Türleri

Sağlık işletmelerinde üretim giderleri, İMMG (ilk madde ve malzeme giderleri), personel giderleri ve GÜG'nin toplamından oluşur. Sağlık işletmelerinde giderlerin çeşitli olması nedeniyle yönetilmesi zorluklar içerir. Bu açıdan gider türlerinin gruplandırılması gereklidir.

2.2.7.1. İlk madde ve malzeme giderleri (İMMG):

"İlk madde ve malzeme giderleri (İMMG), mal ve hizmet üretilmesini, işletme faaliyetlerinin devamlılığını sağlamak amacıyla tüketilen her türlü DİMMG, endirekt malzeme ve malzemeye ait üretimle ilgili dışarıya yaptırılan işleri kapsar (6)".

İlk madde ve malzemeler üretilen ürün ya da hizmetin içinde yer alma durumuna göre üç başlık altında sınıflandırılır. Bunlar; DİMMG, endirekt malzeme ve diğer malzemeler.

- Direkt ilk madde ve malzeme (DİMMG); sağlık kuruluşlarında ilaç ve serumlar, implant, protez, tıbbi sarf malzemeler gibi hastanın tedavisi esnasında doğrudan kullanılan malzemeleri ifade eder. Bunlar ne kadar kullanıldığı hesaplanabilen maliyet unsurlarıdır.

- Endirekt malzeme; tedavi sürecine doğrudan katkısı olmayan ancak sürecin tamamlanması için gerekli olan ya da kolaylaştırıcı etki gösteren madde ve malzemelerdir. Maliyet tespiti doğrudan yapılamaz. Yardımcı malzeme ile işletme malzemesi olarak iki alt grupta değerlendirilir.

  -Yardımcı malzeme; direkt ilk madde ve malzeme gibi hastanın tedavi sürecinde kullanılmakla birlikte miktar ve maddi tutar yönünden hesaplanması zorluklar içeren madde ve malzemelerdir. Örneğin; batikon, pamuk, karegaz, flaster gibi.

-İşletme malzemesi; uygulanan tedavi sürecinin kesintiye uğramadan devamlılığını sağlayan malzemelerdir. Örneğin; haberleşme, elektrik, su v.b.

- Diğer malzemeler; kırtasiye, mefruşat, bakım- onarım, temizlik gibi madde ve malzemeler ise diğer malzeme grubundadır (41).

2.2.7.2. Personel giderleri:

Üretim faaliyetlerine katılan bireyin verdiği hizmet karşılığında elde ettiği maddi değer, olarak ifade edilen işçilik giderleri, uzmanlaşma seviyesinin yüksek olması ve meslek gruplarının çeşitliliği nedeniyle sağlık kuruluşlarında maliyet kaleminin en yükseğini oluşturur.

"İşçi ücret ve giderlerini oluşturan unsurlar şunlardır;

- Esas ücretler (normal ücretler)
- Hafta ve genel tatil ücretleri
- Üretim ve verimlilik primleri
- Gece/vardiya zammı
- Sosyal yardımlar
- Sağlık giderleri
- İzin ücreti
- Harçlıklar
- İşçi yollukları
- Kıdem tazminatı

- Eğitim ve staj giderleri
- Yasal işveren payları
- Diğer işçilikler

  Bu unsurların bir kısmı aylık olarak düzenli iken bir kısmı belli dönemlerde ortaya çıkmaktadır" (15).

Personel maaş ödemeleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerin tamamında genel bütçeden, üniversite hastaneleri için özel bütçeden karşılanmaktadır. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin yönetilmesinde, hakkaniyet ilkelerine göre hareket edilmesini sağlamak, verimliliğin ve kalitenin artırılmasını teşvik etmek amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2003 yılından günümüze, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖ) uygulanmaktadır. Sağlık çalışanları bu uygulamada yaptıkları iş ve hizmetin özelliği dikkate alınarak mesai içi veya mesai dışı ayrımı yapılmaksızın verdikleri katkı oranında pay almaktadırlar (42).

İşçi ücret ve giderleri üretilen hizmet ya da ürünle ilişkisine göre iki grupta değerlendirilir. Bunlar; direkt işçilik maliyetleri ve endirekt işçilik maliyetleri.

2.2.7.2.1. Direkt işçilik maliyetleri:

Malzemenin veya hizmetin oluşmasında süreci başlatan, yön veren ve sonlandıran işçilik faaliyetleri direkt işçilik faaliyetleridir. Sağlık kuruluşlarında doktor, hemşire, diyetisyen gibi sağlık profesyonelleri direkt işçilik maliyetlerini oluşturur (27).

2.2.7.2.2. Endirekt işçilik maliyetleri:

Sağlık hizmeti ile ilgili olmakla birlikte tedavi sürecinde doğrudan ilişkisi olmayan, tedavi faaliyetlerinin düzenli bir biçimde sürdürülmesine yardım eden kişilere yapılan ödemeleri ifade eder. Yemek, mefruşat, ikramiye, sosyal yardım, yolluk gibi kalemlerdir. Endirekt işçilik maliyetleri esas ve yardımcı hizmet gider yerlerinde oluşabilir.

2.2.7.3. Genel üretim giderleri (GÜG):

Genel üretim giderleri (GÜG), İMMG, personel giderleri dışında kalan hizmetin oluşturulabilmesi için gerekli olan giderlerin toplamından oluşur (7). Bunlar;

- Dışardan Sağlanan Fayda ve Giderler
- Vergi ve Harçlar
- Amortisman ve Tükenme Payları
- Finansman Giderleri
- Çeşitli Giderler

Bu giderlerinin özellikleri şu şekildedir;

- Maliyetlendirmede ürünlere direkt olarak yüklenemezler.
- Değişken, sabit ve yarı değişken/yarı sabit özellikler taşırlar. Örneğin; elektrik gideri değişken, amortisman gideri sabit, kamu kurumlarında alınan döner sermaye miktarı yarı değişken yarı sabit olarak değerlendirilebilir.
- Sabit ve yarı sabit giderler kapasite ile ilgili giderlerdir. Örneğin; sağlık kurumlarında kullanılacak teknoloji, kurumun büyüklüğü ve kapasitesiyle ilgilidir.
- Sabit GÜG işletmenin kullanacağı maliyet yöntemine göre ürünle ilişkilendirilir.
- GÜG önce gider yerlerine, daha sonra mamule dağıtılmaktadır.
- Genel üretime ilişkin bazı sayısal veriler üretim yapılan dönemden sonra belirlenmektedir. Örneğin; nisan ayına ilişkin elektrik kullanım bedelinin mayıs ayında kesilmesi gibi nedenler maliyet hesaplamalarında gecikmelere sebep olmaktadır. Bu tür gecikmelerde maliyetler tahmini olarak maliyetlere yüklenmekte daha sonra fark analizleri yapılmaktadır.
- Bu giderlerin maliyetleri genelde belgelere dayalıdır. Örneğin; maaş bordrosu, elektrik, su faturaları gibi (7).

2.2.7.3.1. Dışardan sağlanan fayda ve giderler:

Hastanenin sağlık hizmeti sürecini yürütmek amacıyla, dışarıdan sağladığı fayda ve hizmetler için yapılan giderleri kapsamaktadır. Hastaneler maliyetleri düşürmek amacıyla da dışardan hizmet satın alabilirler. Bugün hastanelerin birçoğu radyolojik hizmetler, laboratuvar hizmetleri, otelcilik hizmetleri gibi hizmetleri dışardan satın almaktadır.

"Dışarıdan sağlanan fayda ve hizmetler şu şekilde sınıflandırılabilir (6).

- Elektrik, su ve gaz giderleri
- Haberleşme giderleri
- Bakım onarım giderleri
- Taşeron giderleri
- Pazarlama faaliyetleri ile ilgili alınan hizmetler
- Danışmanlık hizmetleri"

2.2.7.3.2. Vergi ve harçlar:

Hastanelerin faaliyetlerini yürütürken "mevzuat gereğince tahakkuk ettirilen gider niteliğindeki vergi, resim ve harçları kapsar" (6). Tapu harçları, emlak vergileri, taşıt vergileri, katma değer vergisi (KDV), damga vergisi bu kapsamdadır.

2.2.7.3.3. Amortisman ve tükenme payları:

Amortisman "belli bir dönemde işletme faaliyetlerinin yerine getirilmesi için kullanılan maddi duran varlık tüketimlerinin parasal ifadesi" olarak tanımlanır (15). Duran varlığın, amortisman sayılabilmesi için, kurumlarda bir yıldan fazla kullanılması ve sınırlı bir ömre sahip olması gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarında amortismanın yararlı ömrünün maliyet hesaplaması yapılırken tahmini hizmet süresi, beklenen fiziki aşınma ve yıpranma, teknolojik yeterlilik, varlığın kullanımındaki yasal veya olmayan değişiklikler gibi nedenler göz önünde bulundurularak planlanır (43). Bina, makina, cihaz, demirbaş ve taşıt gibi amortisman giderleri sağlık işletmelerinde kullanılmaktadır.

2.2.7.3.4. Finansman giderleri:

Sağlık işletmelerinin yatırım yapmak ya da finansal sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, dışarıdan aldığı kısa ya da uzun vadeli borçlanma sonucu oluşan kredi, faiz, kur, komisyon gibi giderleri ifade eder.

2.2.7.3.5. Çeşitli giderler:

Yukarda sayılan giderlerin dışında kullanılan tüm giderler bu başlık altındadır. Örneğin; reklam, tanıtım, sigorta, seyahat, noter, mahkeme, kira gibi.

2.2.8. Sağlık İşletmelerinde Gider Yerleri

Gider yeri, hizmet ve üretim yapılan, maliyetlerin oluştuğu, işletmenin bir bölümünü veya bölüm içindeki bir alanı ifade etmektedir. Sağlık işletmeleri çok farklı bölümlerin bir arada faaliyet gösterdiği, çözümlenmesi ve yönetilmesi zorluklar içeren hizmet kuruluşlarıdır.

Hastanelerde gider yerlerinin tespiti;

- Giderleri gruplandırarak üretilen hizmete yüklenecek olan maliyetin tespitine imkan sağlamak
- Giderlerin kontrolünü kolaylaştırmak
- Planlamaya yardımcı olmak konularında fayda sağlar (27).

Gider yerlerinin ayrımında dikkate alınacak kriter, üretim koşullarının benzerliğidir. Sağlık kuruluşlarında gider yerlerinin sınıflandırılmasında sıklıkla üç yöntemden birisi kullanılır. Bunlar; yerel bölümlendirme, sorumluluklara göre bölümleme, fonksiyonel bölümleme.

- Yerel bölümleme; “yer bakımından aynı özellikler taşıyan veya diğerlerinden belirli fiziksel unsurlarla ayrılabilen yerlerden her biri veya gruplandırılarak ayrı bir gider yeri olarak kabul edilir” (27). Örneğin; farklı binalara sahip hastanelerin her birinin bölümlenmesi gibi.

- Sorumluluklara göre bölümleme; başında işleyişten sorumlu yönetici bulunan her birim ayrı bir gider yeri olarak değerlendirilir. Örneğin; ameliyathane, yoğun bakım, hemodiyaliz, kan bankası gibi.
- Fonksiyonel bölümleme;“ aynı işi yapan personel, araç ve gereçten oluşan her birim gider yeri olarak kabul edilir” (27). Temel ayrım bölümde yapılan işin kendisidir.

Hastanelerde gider yerleri belirlenmesinde fonksiyonel bölümleme kullanılmaktadır. “Gider yerlerinin sınıflandırılmasında, sorumluluk merkezlerine göre, Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)'nin gider yerleri esas sekizli sınıflaması esas alınmalıdır” (44,45). Bunlar;

- Esas Üretim Gider Yerleri
- Yardımcı Üretim Gider Yeri
- Yardımcı Hizmet Gider Yeri
- Üretim Yerleri Yönetimi Gider Yerleri
- Araştırma ve Geliştirme Gider Yerleri
- Pazarlama Satış ve Dağıtım Gider Yerleri
- Genel Yönetim Gider Yerleri
- Finansman Gider Yerleri

2.2.8.1. Esas üretim gider yerleri:

Sağlık kuruluşlarında hizmet talebinin esasını oluşturan hastanın, tedavi için doğrudan başvurdukları birimler esas üretim gider yerlerini oluşturur. Poliklinik, yatan hasta servisleri, acil servis, yoğun bakım gibi birimler bu gruptadır (27).

2.2.8.2. Yardımcı üretim gider yeri:

Hastanın tedavisine yönelik tamamlayıcı nitelikte olan gider yerleri yardımcı üretim gider yeri olarak tanımlanır. Hastanelerde ameliyathaneler, kan bankası, radyoloji, patoloji gibi birimler bu grupta sınıflandırılır (27).

2.2.8.3. Yardımcı hizmet gider yeri:

Hastaların tedavisine yönelik müdahalesi olmayan ancak sürecin sağlıklı bir şekilde yürütülmesinde zorunlu olan gider yerleridir. Sağlık işletmelerinde hasta kabul, merkezi sterilizasyon, teknik bakım ve onarım merkezi gibi gider yerleri yardımcı hizmet gider yeri olarak sınıflandırılır.

2.2.8.4. Üretim yerleri yönetimi gider yerleri:

Sağlık kurumlarında çalışmaları yöneten veya yönlendiren birimlerin giderlerini kapsar. Hastanelerde başhekimlik, sağlık bakım hizmetleri müdürü, hastane müdürü gibi bölümler örnek olarak verilebilir.

2.2.8.5. Araştırma ve geliştirme gider yerleri:

İşletmelerde maliyetlerini düşürmek, satışlarını arttırmak, yeni ürün geliştirilmesini sağlamak, yeni üretim yöntemlerini araştırmak, mevcut ürünleri iyileştirmek vs. gibi amaçlarla hizmet gören gider yerleridir.

Hastanelerde uygulanan tıbbi ve medikal teknolojinin güncelliğinin takibi, korunması ve geliştirilmesi, hasta ve çalışan düzeyinde kaliteli hizmetin artırılmasına yönelik araştırma-geliştirme faaliyetlerinin oluşturduğu gider yerlerini ifade eder. Eğitimler, labaratuvar çalışmaları, kalite birimi hastanelerdeki bu gruptaki gider yerlerine örnek verilebilir.

2.2.8.6. Pazarlama satış ve dağıtım gider yerleri:

Sağlık işletmelerinde pazarlama, depolama, nakliye, satış ve dağıtım faaliyetlerine yönelik giderlerin toplandığı gider yerleridir. Kurumsal ilişkiler, ilaç ve malzeme depoları, halkla ilişkiler, hasta hakları gibi.

2.2.8.7. Genel yönetim gider yerleri:

Hastane faaliyetlerinin devamlılığı için gerekli genel yönetim giderlerinin oluştuğu yerlerdir. Bunlar mutemetlik, saymanlık, döner sermaye birimi, istatistik birimi, mali işler gibi.

2.2.8.8. Finansman gider yerleri:

Özel bütçe, gelir tahakkuk, fatura gibi birimler olup hastanelerin gerekli maddi kaynakların temininin gerçekleştiği gider yerleridir (45).

2.2.9. Sağlık İşletmelerinde Gider Dağıtım Anahtarları

Maliyet analizlerinin doğru yapılabilmesi gider tespitinin doğru yapılmasıyla mümkündür. Sağlık kuruluşlarında giderlerin yaklaşık 1/3 endirekt giderlerden oluşmaktadır. Bunlar üretilen hizmete direkt gider olarak yazılamamaktadır. Örneğin; elektrik, su, amortisman bedelleri gibi. Bu amaçla dağıtım anahtarları kullanılır. "Gider merkezlerine direkt yüklenemeyen giderleri, gider yerlerine dağıtmada kullanılan ölçütlere dağıtım anahtarı denir" (46). Dağıtım anahtarı seçilirken giderin yapısına uygun gideri en doğru şekilde yansıtacak ölçüt kullanılmalıdır. Bu amaçla hastane verilerinden yararlanılır. Bir gider birçok faktörden etkileniyorsa sistemin uygun olması halinde daha fazla ölçüt kullanılabilir (27).

2.3. PALYATİF BAKIM

2.3.1. Palyatif Bakım Tanımı

Palyatif bakımın temelleri hospis denen kuruluşlarla başlamıştır. Hospis; "Tedaviye yanıt vermeyen veya ölmekte olan hastaların, semptom kontrolünün sağlandığı ev benzeri atmosfere sahip hastanelerdir" (47). Ülkemizde bu kuruluşlar bulunmadığından bu grup hastalar palyatif bakımın içerisinde değerlendirilmektedirler. Hospislerin hedef hasta grubu, ölümün kabullenildiği

yaşamın sonuna çok az bir süre kalan insanlardır. Hospis bakımın amacı, yaşamın sonuna gelen hasta için ev ortamının getirdiği rahatlıktan faydalanmak ve hastanın son günlerinin insana yakışır bir şekilde sonlandırılmasıdır (47).

Palyatif Bakım; Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından "ilaçlarla hastalığın nedenini ortadan kaldırmadan, semptom ve belirtilerini ortadan kaldıran tedavi biçimi, semptomatik tedavi." şeklinde tanımlarken, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre palyatif bakım;

> "yaşamı tehtid edici hastalıkların erken teşhis edilmesi, doğru değerlendirilmesi, bu hastalıklar yoluyla oluşan ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin tedavi edilmesi yoluyla, söz konusu hastalığın önlenmesi ve rahatsızlıkların giderilmesini sağlayarak hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artıran bir yaklaşım..." olarak değerlendirmektedir (48,49).

Palyatif bakım önceleri hospislerin kuruluş amaçlarına paralel bir yaklaşımla, tedavi edici süreçlerin tükendiği, son dönem hastaların bakımına yönelik bir yaklaşımken, günümüzde, yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte, sürecin sonlandırılması ya da devamı durumunda hasta yakınlarına yönelik psikolojik destek veya eğitim çalışmalarını içine alan çok geniş bir çerçeveyi kapsamaktadır. Palyatif bakımda amaç hastalık sürecinde yaşam kalitesini artırmaktır.

2.3.2. Palyatif Bakım Hizmet Kapsamı

Günümüzde palyatif bakım; kronik ve yaşamı tehdit edici ya da tedavisi mümkün olmayan hastalığa sahip kişilerin ve ailelerinin hayatlarını, bu hastalıkla devam ettirmelerini sağlayacak kapsamlı, interdisipliner ve multidisipliner bir yaklaşım gerektiren üst düzey bir çerçeveyi kapsar. Bu kapsamda hastalığın neden olduğu ağrı, yorgunluk, ölüm korkusu gibi belirtiler klinik olarak ortadan kaldırılmaya çalışılırken hasta yakınlarını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden destekleyici çalışmalar, devamında evde bakım süreci için eğitim planlaması palyatif bakım hizmet kapsamında yer alır. Bu amaçla palyatif bakım ekibi doktor, hemşire, sosyal hizmet görevlileri, din görevlileri, diyetisyen gibi birçok branş ile birlikte çalışır.

Palyatif bakım bileşenleri şunlardan oluşur;

- Primer hastalığın kontrolü
- Fiziksel semptomların yönetimi
- Psikiyatrik sorunları yönetebilme
- Manevi sorunlara yönelik uygulamalar
- Sosyal sorunlara yönelik uygulamalar
- Ekonomik sorunlara yönelik uygulamalar
- Yaşam sonu ihtiyaçların tespiti
- Yas dönemiyle baş etme planlamaları yer almalıdır (50,51).

2.3.3. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakımın Gelişimi

Geçmişte palyatif bakıma benzer ilk yapılar hospislerdir. Kökeni 11 yy. dayanan hospisler, misafirler, evsizler, yolcular ve yoksullar için dinlenme yeri olup aynı zamanda dini amaçla ölümcül hastalara hizmet yerleri olarak kullanılmışlardır. "Palyatif bakım yaklaşımı ilk olarak Roma döneminde St. Fabiola tarafından Roma'ya yolculuk eden hacılar için Portus'da kurulan sağlık destek merkezine dayandığı bildirilmektedir" (52). 1842 yılında Fransa'da kurulan palyatif bakım, günümüze benzeyen ilk merkez olma özelliğini taşımaktadır. Modern anlamda palyatif bakımın dönüşümü ise, İngiltere'de hemşire Cicely Saunders tarafından, 1967 yılında St. Christopher's Hospice adı altında bakım merkezi açmasıyla başlamıştır. Sonrasında hospis merkezleri; 1973' te Kanada'da, Royal Victoria Hastanesi'nde, ilk palyatif servisi açılmasıyla devam etmiş, tıp fakültesi bünyesinde hastane tabanlı hizmete başlaması ise 1985 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleşmiştir (43,53).

Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) 2003 yılında ihtiyaç duyan herkese kaliteli palyatif bakım hizmeti ulaşması amacıyla kurulmuştur. WPCA 2011 verilerine göre dünyadaki 234 ülkenin 136'sında (%58) bir ya da daha fazla sayıda palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır. Günümüzde palyatif

bakımın en kapsamlı uygulandığı yerler Amerika'da San Diego bölgesi ve İspanya'nın Katalan bölgesidir.

Dünya devletleri hospis-palyatif bakım uygulanabilirliğine göre dört grupta incelemektedir.

Bunlar;

- Grup 1: Palyatif bakım ve hospis bilinirliğinin olmadığı ülkeler
- Grup 2: Yapılanma aşamasındaki ülkeler
- Grup 3: Ülke genelinde olmayıp belli bölgelerde yapılanma içerisindeki ülkeler (Türkiye bu grupta yer almaktadır.)
- Grup 4: Sistem içerisine entegre olmuş ülkeler (52)

Tarihimize baktığımızda ilk olarak, Anadolu Selçuklu döneminde inşa edilen ve Osmanlı İmparatorluğu sürecinde devam eden Darüşşifalar, evde bakım hizmetleri, imaret ve kervansaraylar gibi vakıf organizasyonları hasta bakım ihtiyaçlarını karşıladığı bilinmektedir. Ülkemizde varolan aile yapısı ve kültürü, sağlık çalışanlarının eğitiminde yer almaması gibi sebepler, palyatif bakım hizmetlerinin profesyonelleşmesini geciktirmiştir.Varolan ihtiyaç anestezi, onkoloji gibi diğer klinikler altında ağrı ve semptom tedavisine yönelik uygulamalarla tamamlanmıştır.

Ülkemizde kurumsallaşmış en eski bakım hizmeti veren kuruluş Darülaceze'lerdir. 1896 yılında resmi açılışı yapılan kurum, günümüzde 106 yatağa bağımlı erkek dairesi, 122 yatağa bağımlı kadın dairesinde bulunan toplam 228 yatak kapasitesi ile bakım hizmeti vermeye devam etmektedir (53). Modern anlamdaki ilk bakım evi, kanser hastalarına dönük Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan ve 1993-1997 yılları arasında hizmet veren bakımevidir. Maddi olanaksızlıklar nedeniyle kurum dört yıl hizmet verebilmiştir. Devamında ikincisi 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından palyatif bakım amaçlı hospis planlanmış, ancak gerekli yasal düzenleme bulunmadığından "Hacettepe Umut Evi" olarak kanserli hastalara hizmet vermesi öngörülmüştür (54,55).

"T.C. Sağlık Bakanlığının, 2009 yılında yürürlüğe giren beş yıllık Ulusal Kanser Kontrol Programının beş ana başlığından biri palyatif bakımın planlanması ve uygulanması için, 2010 yılında Palya-Türk projesi başlatılmıştır. Proje iki temel

yaklaşımdan oluşmaktadır. İlki opioid kullanılabilirliğinin arttırılması, ikincisi ise toplum tabanlı palyatif bakım modelinin uygulamaya geçirilebilmesidir. Palya-Türk Projesi ile birlikte, evde sağlık hizmetlerinin ve aile hekimlerinin yürüteceği, merkezinde hastanelerde yerleşik palyatif bakım merkezlerinin yer aldığı toplum tabanlı palyatif bakım hizmetleri planlanmıştır".... (56).

Bu doğrultuda ülkemizde yetişkinlere yönelik ilk kapsamlı palyatif bakım Ankara Ulus Devlet Hastanesinde açılmıştır (57). Yine bakanlık, aile hekimlerine veya sağlık kuruluşlarına gelemeyecek durumda olan hastalar için koordinasyon oluşturmuş, ilgili ekibin ziyareti ile hasta ve yakınlarının durumunu gözönüne alan bir yaklaşım sergilemiştir.

Ülkemizde 2010 yılı başı itibari ile 10 adet olan palyatif bakım merkezi, çok hızlı bir artış göstererek günümüzde Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün istatistiklerine göre, toplamda 81 il 356 merkezde 4710 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Bunlardan bakanlığa bağlı pediatrik palyatif bakım merkezleri olarak, 7 yataklı Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve 6 yataklı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi bulunmaktadır (58,59).

2.3.4. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Palyatif Bakımın Yeri ve Önemi

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde kurum, çalışan, hasta ve hasta yakını gözünden farklı hizmet beklentileri vardır. Hasta ve yakını gözünden ilgi, bilgilendirme, güven, kalite v.b., çalışan gözünden ücret, çalışma şartları, kendini değerli hissetme v.b., kurum açısından ise hedeflere ulaşma, tanınırlık, müşteri tatmini gibi farklı beklentiler vardır. İyi bir sağlık hizmeti bu beklentilerin ne oranda karşılandığıyla ifade edilir. Palyatif bakım birimleri sağlık hizmetleri sürecinde hasta başvuru sayısını ve gereksiz girişimleri azaltması, kuruluş maliyetinin düşük olması, zaman ve kaynak tasarrufu sağlayıp sağlık personelinin ve sağlık harcamalarının verimli kullanılmasını sağlaması, hasta, hasta yakını, çalışan ve kurum ayağında birçok beklentiyi karşılamış, palyatif bakım birimlerini sağlık sunumu içerisinde önemli bir birim haline getirmiştir. Yine son yıllarda artan teknolojik ve bilimsel gelişmeler yaşam ömrünü uzatıp ölümü geciktirirken, yaşanan sosyo-ekonomik ve

kültürel değişimler de son dönem hastalarının bakım ve sorunlarının artık aile içerisinde çözülmesi zor bir hale gelmesine sebep olmuştur (3,60). Bu nedenlerle Sağlık Bakanlığı önümüzdeki süreçte palyatif bakım birimlerini artırmayıve alanında deneyimli sağlık personeli yetiştirmeyi amaçlamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde son yıllarda palyatif bakım hizmetlerinin önemi ve gerekliliği anlaşılmış, buna paralel olarak palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların sayılarında hızlı bir artış gerçekleşmiştir. Önümüzdeki yıllarda da sayılarının artarak devam edeceği öngörülmektedir. Yapılan literatür taramasında palyatif bakım birimlerinde oluşan maliyet bilgisinin yetersizliği nedeniyle, bu ünitelerin sağlık kuruluşlarına ekonomik fayda sağlayıp sağlamadığı noktasında eksikliğin olduğu tespit edilmiştir. Bu noktadan hareketle bu çalışmada; palyatif bakım ünitesinde oluşan maliyetlerin belirlenmesi ile alternatif yatırım ve harcama planları yapılırken kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanımının sağlanması, yapılacak uygulamalara temel oluşturması amaçlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

3.2.1. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile birlikte kullanımda olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem olarak ise 2018 yılına ait gerekli tüm tıbbi, idari ve mali kayıtlar esas alınmıştır.

3.2.2. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Bu çalışma, belli bir dönem (1 Ocak-31 Aralık 2018) aralığında ve geriye dönük olması nedeniyle kesitsel-retrospektif, ilgili faaliyet döneminin somutlaştırılması ve değerlendirilmesi sebebiyle ise tanımlayıcı (descriptive) tipte bir çalışmadır.Verilerin elde edilmesinde; hastanenin döner sermaye, maaş mutemetliği, stok yönetim, gider tahakkuk, sterilizasyon, ayniyat, atık yönetim, istatistik birimleri ile İdari ve Mali İşler Müdürlüğü verileri, otomasyon sistemleri olarak ise Malzeme

Kaynak Yönetim Sistemi (MKYS), Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS), TDMS kayıtları alınmış ve ayrıntılı olarak incelenmiştir. Yine gerekli durumlarda faaliyet merkezi yöneticileri ve uzman görüşüne başvurulmuştur.

Çalışmada işletme fonksiyonlarının içe içe geçmiş olması nedeniyle, palyatif bakım giderlerin gruplanmasında, çeşit esası göz önünde bulundurularak, TDMS'nde kullanılan 7/B seçeneğinden faydalanılmıştır. Giderler; personel giderleri, İMMG ve GÜG olarak 3 başlıkta gruplandırılmıştır. Hesaplamada birime ait doğrudan yüklenebilen giderler ilgili gider türüne yüklenmiş, yüklenemeyen giderler için ise dağıtım anahtarlarından faydalanılmıştır. Tüm maliyet kalemleri KDV dahil olarak hesaplanmıştır. Giderleri oluşturan başlıklar, veri kaynakları ve ilgili gider türüne ait kullanılan dağıtım anahtarları Tablo 3.1.de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Giderler, veri kaynakları ve dağıtım anahtarları tablosu

	Direkt Personel Giderleri	**Dağıtım Anahtarı**	**Veri Kaynakları**
PERSONEL GİDERLERİ	Performansa Dayalı Ek Ödemeler		Döner Sermaye Birimi
	Maaşa Ek Sabit Ödemeler		Döner Sermaye Birimi
	Nöbet Ödemeleri		Maaş Mutemetliği
	Endirekt Personel Giderleri	Metrekare(m^2) (Yanlızca Güvenlik Görevlisi için)	*Maaş Mutemetliği Birimi *Döner Sermaye Birimi
İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ	İlaç ve Farmakolojik Ürün Giderleri		* MKYS *HBYS
	Tıbbi Malzeme Sarf Giderleri		*Stok Yönetim Birimi *HBYS
	Laboratuvar ve Görüntüleme Giderleri		*İdari ve Mali İşler Müdürlüğü *TDMS

Tablo 3.1. Giderler, veri kaynakları ve dağıtım anahtarları tablosu (devam)

	Medikal Gaz Giderleri		*İdari ve Mali İşler Müdürlüğü *İstatistik *Teknik Servis
GENEL ÜRETİM GİDERLERİ	**Gider Çeşitleri**		
	Yemek Giderleri		İdari ve Mali İşler Müdürlüğü
	Elektrik Giderleri	m^2	İdari ve Mali İşler Müdürlüğü
	Su Giderleri	m^2	İdari ve Mali İşler Müdürlüğü
	Doğalgaz Giderleri	m^2	İdari ve Mali İşler Müdürlüğü
	Tıbbi ve Tehlikeli Atık Giderleri		Atık Yönetim Birimi
	Bina Bakım- Onarım Giderleri	m^2	*İdari ve Mali İşler Müdürlüğü *TDMS
	Makina Teçhizat ve Tıbbi Cihaz Onarım Giderleri	Yatan Hasta Gün Sayısı (YHGS)	*İdari ve Mali İşler Müdürlüğü * İstatistik
	Sterilizasyon Giderleri		Sterilizasyon Birimi
	Kırtasiye Giderleri		Stok Yönetim Birimi
	Temizlik Giderleri	m^2	İdari ve Mali İşler Müdürlüğü
	Çamaşır Giderleri		*İdari ve Mali İşler Müdürlüğü *Birim Sorumlusu
	Bilgisayar Bakım-Onarım Giderleri	Bilgisayar Adedi	*İdari ve Mali İşler Müdürlüğü *TDMS *Ayniyat

Tablo 3.1. Giderler, veri kaynakları ve dağıtım anahtarları tablosu (devam)

	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Giderleri	Bilgisayar Adedi	İdari ve Mali İşler Müdürlüğü
	Demirbaş Amortisman Giderleri	*Amortisman Oranı	Ayniyat Birimi
	Haberleşme Giderleri	Personel Sayısı	*İdari ve Mali İşler Müdürlüğü *TDMS *Personel Sicil Birimi
	Kanuni Yükümlülükler	Mevzuat Oranı	Gider Tahakkuk
	Yönetim Hizmetleri Giderleri	*Çalışan Sayısı *Bilgisayar Adedi *YHGS * m^2	*İdari ve Mali İşler Müdürlüğü *TDMS *Döner Sermaye Birimi *İstatistik

m^2: metrekare

Genel üretim giderlerinin (GÜG) hesaplanmasında, maliyet kapsamına göre tam maliyet yöntemi, maliyetlerin saptanma zamanına göre fiili maliyet yöntemi, saptanma şekline göre işlem maliyet yöntemi, dağıtıma esas alınan baza göre ise geleneksel maliyet yöntemi kullanılmıştır. Giderler Microsoft Excel 2016 programında çözümlendikten sonra oluşturulan tablolar ve analizlerle ayrıntılı gösterilmiştir. Ulaşılan bulgular palyatif bakım toplam gelirleriyle karşılaştırılmış, 28597 sayılı 24.03.2013 tarihinde RG'de yayınlanan SUT ve SUT'de yapılan son güncel değişikliklerle beraber tartışması yapılmıştır.

3.3. PROBLEM CÜMLESİ

"Sağlık Bakanlığı hastanelerinde gelir-gider dengesinin bozulmasında giderek sayıları artan palyatif bakım ünitelerinin bir etkisi var mı?" ifadesi bu çalışmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

3.4. VARSAYIMLAR

1. Üniversite ile birlikte kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde, palyatif bakıma ödenen SUT tarifesi, 1. basamak yoğun bakım tarifesinin üzerinde olduğundan maliyetleri karşıladığı düşünülmektedir.

2. Üniversite ile birlikte kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde, 1.basamak yoğun bakım birimleri açmak yerine, geri ödemesi SUT'de daha yüksek olan palyatif bakım yatağı açılması gelir artırıcı bir strateji olabilir.

3.5. SINIRLILIKLAR

Araştırmanın sonucu Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile birlikte kullanımda olan, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2018 verileri ile sınırlıdır. Bu sebeple araştırma sonuçlarının diğer hastanelere ve farklı yıllara genellenemez olması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA İZNİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul onayı (Tarih: 28.06.2019 Karar No: 2019/76), Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu toplantı kararı (Sayı: 771/01/2019) ve hastane başhekimliğinden gerekli izinler alınmıştır (Bkz. EK 1, EK 2).

4.BULGULAR

4.1. HASTANE VE PALYATİF BAKIM HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kuruluşu 18.y.y.sonlarına kadar uzanmakta olup, ülkemizin var olan en köklü sağlık kuruluşları arasında yer almaktadır. 1903 yılında resmi açılışı yapılan hastane, 1903-1908 yılları arasında Askeri Tıp Mektebi, 1908-1933 yılları arasında ise Darülfünun-ı Şahaneye (İstanbul Tıp Fakültesi) bağlı tıp fakültesi olarak hizmet vermiştir. Sonrasında yapılan reformlarla Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak, 1936 yılından bu yana Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi adıyla sağlık sunumu gerçekleştirmektedir. Hastane 2016 yılından itibaren Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı üniversite hastanesi kapsamında yoluna devam etmektedir (61,62). Birçok öğrenci ve değerli hoca yetiştiren kurum, geniş bir lokasyon ve nüfus yoğunluğuna hitap etmekte olup, bugün 85 935 metrekare (m^2) kapalı alan ve 709 hasta yatak kapasitesi ile çalışmaktadır. İdari kadroda; Hastane Başhekimi, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, 5 Başhekim Yardımcısı ve 5 Müdür Yardımcısı, sağlık kadrosunda ise 132 eğitmen (Profesör, Doçent, Başasistan, Eğitim Görevlisi), 184 Uzman Doktor, 302 Asistan Doktor ve 702 (hemşire, tekniker, diğer sağlık personeli...) diğer personel ile 4 merkezde, (Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Validebağ Ek Hizmet Binası,Yeldeğirmeni Polikliniği, Ataşehir Eğitim ve Aile Sağlığı Merkezi) 48 birimle hizmet vermektedir (63).

Palyatif bakım birimlerinin kuruluş ve işleyişi, Sağlık Bakanlığı'nın 07.07.2015 tarih ve 15722819/840 sayılı onayı ile yürürlüğe giren " Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile belirlenmiştir (64). Yine palyatif bakım tedavisi sonrası oluşan maliyetin faturalandırılması için ilk resmi olur, 29215 sayılı 24.12.2014 tarihinde RG' de çıkarılan SUT'nde yapılan değişiklikle belirlenmiştir. İlgili tebliğde palyatif bakım tedavisinin faturalandırılmasına ilişkin bilgi, EK-2/C listesindeki P560000 SUT koduyla, günde en fazla bir kez "palyatif bakım verme konusunda tescil edilmiş olan Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı sağlık kurumlarına" yapılacağı belirtilmiştir (65).

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım ünitesi, ilgili yönerge ve tescil işlemleri doğrultusunda, son dönem hastaların ağrı tedavisi, hasta bakımı, hasta ve yakınlarına tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi yönden destek sağlamak, beraberinde gereksiz girişim ve işlemleri azaltarak iş yoğunluğunu üzerinde fayda oluşturmak amacıyla, 2016 yılında 20 yatak ile hizmete girmiştir. Birim hastane ayağında, hastaların kaliteli sağlık ihtiyacının karşılanması, sağlık personel eğitimi, multidisipliner yaklaşımın artırılmasında öncü olmayı, hastane dışında ise aile hekimliği, evde bakım hizmetleri, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yaparak bu hastaların evde bakım sürecinde de hastanede edinilen kazanımların sürdürülebilirliğini sağlamayı hedeflemektedir. Hastanenin ve palyatif bakım biriminin 2018 verileri şu şekildedir;

Tablo 4.1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel istatistiki veriler 2018

Genel Bilgiler	**Hastane**	**Palyatif Bakım**
Kullanım Alanı	85 935 m^2	850 m^2
Çalışan Personel Sayısı	1590	27
Yatak Kapasitesi	709	20
Yıllık Yatak Doluluk Oranı	% 71,01	% 90,37
Yıllık Yatan Hasta Sayısı	46 424	575
Yıllık YHGS	183 648	6507
Aylık Ortalama YHGS	15 304	542
Aylık Ortalama Yatak Devir Hızı	5,4	2,39
Aylık Ortalama Yatan Hasta Sayısı	3 869	47,91

%: Yüzde, m^2: Metrekare

4.2. PALYATİF BAKIM GİDERLERİ

4.2.1. Personel Giderleri

Bu gider kalemini direkt personel giderleri, endirekt personel giderleri ve nöbet ödemeleri oluşturmaktadır.

4.2.1.1. Direkt personel giderleri:

Palyatif bakım biriminde sunulan sağlık hizmetinin gerçekleştirilmesinde esas görev alan kişiler bu gider kaleminde yer almaktadır. Birimde direkt personel giderini 1 profesör, 1 doktor öğretim üyesi, 1 uzman ile 4 asistan doktor, 12 hemşire, 1 Fizyoterapist oluşturmaktadır. Bu personellerin maaşlarının tamamının genel bütçeden ödenmesi ve hastane bütçesine yük oluşturmaması nedeniyle, gider kalemi olarak sabit ek ödeme (SEÖ), PDEÖ ve nöbet ücretleri esas alınmıştır.

Maaşa ek ödemeler;

Direkt personel giderini oluşturan kişilerin tamamı maaşa ek olarak, SEÖ ve PDEÖ almaktadır. Maaşa ek ödemelerin toplam tutarı aldığı sorumluluk, çalışma yılı, senelik izin, rapor, mezuniyet düzeyi, vergi kesintisi gibi değişikliklerle farklılık göstermektedir. Veriler ilgili hastanenin döner sermaye biriminden alınmıştır.

Palyatif Bakım biriminden sorumlu profesör doktor, aynı zamanda ameliyathane ve yoğun bakım birimde aktif çalışmakta, beraberinde klinik şefliği görevini yürütmektedir. Bu nedenle uzman görüşünden faydalanılarak palyatif bakım ünitesine ayırdığı zaman dilimi göz önünde bulundurulmuş, bu süre %30 olarak belirlenerek bu oran üzerinden maliyet hesaplaması yapılmıştır. Tablo 4.2.'de Profesör, Dr.Öğretim Üyesi ve Uzman Doktor kadrosuna ilişkin SEÖ ile PDEÖ bilgisi aylık ve yıllık olarak gösterilmiştir. Yapılan hesaplama da maaşa ek SEÖ maliyetinin yıllık 37 691,11 TL (Türk Lirası), PDEÖ maliyetinin 182 144,04 TL, toplamda ise 219 835,15 TL olduğu görülmüştür.

Tablo 4.2. Profesör, Dr.Öğr.Üyesi ve uzman doktor SEÖ ve PDEÖ maliyet tablosu

	SEÖ			**PDEÖ**		
	Prof. %30	**Dr. Öğr.Üyesi**	**Uzman Doktor**	**Prof. %30**	**Dr. Öğr.Üyesi**	**Uzman Doktor**
Ocak	179,25	702,35	2 322,91	4 614,15	6 650,09	4 618,83
Şubat	175,00	685,68	2 322,91	4 455,14	7 161,72	4 701,17
Mart	175,00	685,68	2 194,36	4 367,04	7 282,77	4 612,65
Nisan	175,00	685,68	2 184,72	4 317,61	6 591,29	4 319,94
Mayıs	175,00	685,68	2 046,80	3 933,98	6 316,62	3 473,43
Haziran	193,42	685,68	2 046,80	4 430,06	7 884,02	5 004,67
Temmuz	217,96	772,67	2 306,48	4 064,91	8 748,03	1 739,77
Ağustos	210,15	744,99	2 223,85	3 754,73	8 177,64	4 133,21
Eylül	210,15	744,99	2 223,85	3 679,90	7 590,68	4 304,64
Ekim	210,15	744,99	2 223,85	3 554,20	6 686,24	4 341,87
Kasım	210,15	744,99	2 223,85	2 906,99	5 952,95	4 229,44
Aralık	210,15	744,99	2 400,98	3 489,18	6 152,67	3 901,81
Aylık Ortalama	195,11 TL	719,03 TL	2 226,78 TL	3 963,99 TL	7 099,56 TL	4 115,11 TL
Yıllık Toplam	2 341,38TL	8 628,37TL	26 721,36TL	47 567,89TL	85 194,72TL	49 381,43TL
Palyatif Bakım Profesör, Dr. Öğr.Üyesi ve Uzman Doktor Ek Ödeme Yıllık Toplam				219 835,15 TL		

TL: Türk Lirası

Palyatif bakımda çalışan asistan doktorlar, aylık rotasyon şeklinde çalışmaktadır. Bu nedenle asistan doktor SEÖ ve PDEÖ kişi üzerinden hesaplanamamış, çalışmaya bir asistan doktor örneklem alınarak palyatif bakımda çalışan asistan sayısıyla çarpılmıştır. Yapılan hesaplamada maaşa ek SEÖ maliyetinin yıllık 87 571,16 TL, PDEÖ maliyetinin, 58 154,16 TL toplamda ise 145 725,32 TL olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3. Asistan doktor SEÖ ve PDEÖ maliyet tablosu

	SEÖ	**PDEÖ**
Ocak	1 782,08	188,73
Şubat	1 739,77	563,60
Mart	1 739,77	1 969,40
Nisan	1 739,77	1 655,15
Mayıs	1 739,77	1 604,97
Haziran	1 739,77	1 773,67
Temmuz	1 960,51	1 519,30
Ağustos	1 890,27	1 153,89
Eylül	1 890,27	987,79
Ekim	1 890,27	976,95
Kasım	1 890,27	1 034,16
Aralık	1 890,27	1 110,93
Aylık Ortalama	1 824,39TL	1 211,54TL
Yıllık Toplam	21 892,79 TL	14 538,54 TL
Palyatif Bakım Yıllık Toplam	4*21 892,79 87 571,16 TL	4*14 538,54 58 154,16 TL
Palyatif Bakım Asistan Doktor Ek Ödeme Yıllık Toplam	145 725,32 TL	

TL: Türk Lirası

Hemşirelere yapılan ek ödemeler aldığı sorumluluk, çalışma yılı, senelik izin, rapor, mezuniyet düzeyi gibi etmenlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu nedenle hemşirelerin ayırt edilebilmesi için H1, H2,H3... şeklinde kişiler kodlanmıştır. Hemşirelerden H4 sorumlu hemşire olarak çalışmakta olup, H3 lise düzeyinde, diğer tüm hemşireler ise lisans düzeyinde öğrenim almıştır. Yapılan hesaplama da maaşa ek SEÖ maliyetinin yıllık 141 018,67 TL, PDEÖ maliyetinin 86 805,89 TL toplamda ise 227 824,56 TL olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.4. Hemşire SEÖ ve PDEÖ maliyet tablosu

	H1		H2		H3		H4	
	SEÖ	**PDEÖ**	**SEÖ**	**PDEÖ**	**SEÖ**	**PDEÖ**	**SEÖ**	**PDEÖ**
Ocak	946,45	712,94	943,45	712,94	943,45	444,93	1 100,69	706,27
Şubat	921,06	784,59	921,06	784,59	921,06	467,32	1 074,57	786,14
Mart	921,06	782,56	921,06	782,56	921,06	467,32	1 074,57	1 156,51
Nisan	921,06	347,67	921,06	731,37	921,06	439,58	1 074,57	1 082,49
Mayıs	921,06	748,06	921,06	748,06	921,06	384,91	1 074,57	746,29
Haziran	921,06	825,39	921,06	825,39	921,06	384,91	1 074,57	830,64
Temmuz	1 037,91	645,24	1 037,91	283,87	1 037,91	381,03	1 210,09	0
Ağustos	1 000,74	494,25	1 000,74	509,90	1 000,74	418,19	1 167,52	403,44
Eylül	1 000,74	453,32	1 000,74	404,91	1 000,74	0	1 167,52	555,01
Ekim	1 000,74	861,59	1 000,74	861,59	1 000,74	381,25	1 167,52	1 021,18
Kasım	1 000,74	608,69	1 000,74	474,58	1 000,74	292,85	1 167,52	441,92
Aralık	1 000,74	310,73	1 000,74	451,28	1 000,74	292,85	1 167,52	365,34
Aylık Ortalama	966,11	631,25	965,86	630,92	965,86	362,92	1 126,76	674,60
Toplam	11 593,36	7 575,03	11 590,36	7 571,04	11 590,36	4 355,14	13 521,23	8 095,23

Tablo 4.4. Hemşire SEÖ ve PDEÖ maliyet tablosu (devam)

	H5		**H6**		**H7**		**H8**	
	SEÖ	**PDEÖ**	**SEÖ**	**PDEÖ**	**SEÖ**	**PDEÖ**	**SEÖ**	**PDEÖ**
Ocak	943,45	712,94	943,45	712,94	943,45	712,94	943,45	712,94
Şubat	921,06	784,59	921,06	784,59	921,06	784,59	921,06	784,59
Mart	921,06	782,56	921,06	782,56	921,06	782,56	921,06	782,56
Nisan	921,06	727,10	921,06	730,02	921,06	731,37	921,06	727,10
Mayıs	921,06	748,06	921,06	748,06	921,06	748,06	921,06	748,06
Haziran	921,06	825,39	921,06	825,39	921,06	825,39	921,06	825,39
Temmuz	1037,97	642,63	1 037,97	642,63	1 037,97	642,63	1 037,97	642,63
Ağustos	1 000,74	498,48	1 000,74	508,00	1 000,74	509,9	1 000,74	498,40
Eylül	1 000,74	453,32	1 000,74	553,32	1 000,74	453,32	1 000,74	453,32
Ekim	1 000,74	0	1 000,74	861,59	1 000,74	448,365	1 000,74	214,62
Kasım	1 000,74	474,58	1 000,74	0	1 000,74	130,39	1 000,74	277,92
Aralık	1 000,74	451,28	1 000,74	451,28	1 000,74	357,63	1 000,74	451,28
Aylık Ortalama	965,86	591,74	965,86	633,36	965,86	593,92	965,86	593,23
Toplam	11 590,42	7 100,93	11 590,42	7 600,38	11 590,42	7 127,14	11 590,42	7 118,81

Tablo 4.4. Hemşire SEÖ ve PDEÖ maliyet tablosu (devam)

	H9		**H10**		**H11**		**H12**	
	SEÖ	**PDEÖ**	**SEÖ**	**PDEÖ**	**SEÖ**	**PDEÖ**	**SEÖ**	**PDEÖ**
Ocak	943,45	712,94	943,45	712,94	943,45	712,94	943,45	712,94
Şubat	921,06	784,59	921,06	784,59	921,06	784,59	921,06	784,59
Mart	921,06	782,56	921,06	782,56	921,06	782,56	921,06	782,56
Nisan	921,06	730,02	921,06	694,08	921,06	694,08	921,06	694,08
Mayıs	921,06	748,06	921,06	748,06	921,06	748,06	921,06	748,06
Haziran	921,06	825,39	921,06	825,39	921,06	825,39	921,06	825,39
Temmuz	1 037,97	642,63	1 037,97	502,58	1 037,97	502,58	1 037,97	502,58
Ağustos	1 000,74	508,00	1 000,74	483,17	1 000,74	483,17	1 000,74	483,17
Eylül	1 000,74	453,32	1 000,74	353,73	1 000,74	186,17	1 000,74	392,88
Ekim	1 000,74	861,59	1 000,74	837,49	1 000,74	381,82	1 000,74	611,91
Kasım	1 000,74	474,58	1 000,74	676,94	1 000,74	676,94	1 000,74	411,76
Aralık	1 000,74	29,77	1 000,74	591,98	1 000,74	591,98	1 000,74	395,03
Aylık Ortalama	965,86	629,45	965,86	666,12	965,86	614,19	965,86	612,07
Toplam	11 590,42	7 553,45	11 590,42	7 993,51	11 590,42	7 370,28	11 590,42	7 344,95
SEÖ Yıllık Toplam				141 018,67 TL				
SEÖ Aylık Ortalama				11 751,55 TL				
PDEÖ Yıllık Toplam				86 805,89 TL				
PDEÖ Aylık Ortalama				7 233,82 TL				
Palyatif Bakım Hemşiresi Ek Ödeme Yıllık Toplam Gideri				227 824,56 TL				

TL: Türk Lirası

Fizyoterapistlere yapılan ek ödemeler çalışma yılı, senelik izin, rapor, mezuniyet düzeyi gibi etmenlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Palyatif bakımda bulunan fizyoterapist 2018 yılının ilk sekiz ayında ihtiyaç duyuldukça, son dört ayda ise devamlı olarak çalışmıştır. Bu nedenle SEÖ ve PDEÖ eylül, ekim, kasım ve aralık aylarını kapsamaktadır. Yapılan hesaplamada fizyoterapist için dört aylık SEÖ 3 902,88 TL, PDEÖ maliyetinin 1 967**,**45 TL, toplam maliyetin ise 5 870,33 TL olduğu görülmüştür.

Tablo 4.5. Fizyoterapist SEÖ ve PDEÖ maliyet tablosu

	SEÖ	**PDEÖ**
Eylül	900,66	0
Ekim	1 000,74	996,29
Kasım	1 000,74	971,16
Aralık	1 000,74	0
Aylık Ortalama	975,72 TL	491,86 TL
Toplam	3 902,88 TL	1 967,45 TL
Palyatif Bakım Fizyoterapist Ek Ödeme Yıllık Toplam Gideri	5 870,33 TL	

TL: Türk Lirası

Ulaşılan bulgular doğrultusunda, tüm branşlarda maaşa ek SEÖ maliyetinin 270 183,82 TL, PDEÖ maliyetinin 329 071,54 TL, toplamda ise ek ödemeye bağlı mali yükün yıllık 599 255,36 TL olduğu belirlendi.

Tablo 4.6. Palyatif bakım ek ödemeler maliyet tablosu

Maaşa Ek Ödemeler	**SEÖ**	**PDEÖ**	**Toplam**
***Profösör** ***Dr Öğr.Üyesi** ***Uzman Doktor**	37 691,11	182 144,04	219 835,15 TL
Asistan Doktor	87 571,16	58 154,16	145 725,32 TL
Hemşire	141 018,67	86 805,89 TL	227 824,56 TL
Fizyoterapist	3 902,88	1 967,45 TL	5 870,33 TL
Palyatif Bakım Yıllık Toplam Ek Ödeme Gideri	599 255,36 TL		

TL: Türk Lirası

Nöbet Ödemeleri;

Palyatif bakımda çalışan uzman- asistan doktor ve hemşireler nöbet ücreti almakta olup, nöbet ücretleri hafta içi 16 saat, hafta sonu ise 24 saat üzerinden hesaplanmaktadır. Maaş mutemetliğinden alınan 2018 yılına ait saatlik nöbet ücret bilgisi Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Tablo 4.7. 2018 yılı saatlik nöbet maliyet tablosu

	Ocak	**Temmuz**
Uzman Doktor	16,28 TL	17,69 TL
Asistan Doktor	14,65 TL	15,92 TL
Hemşire Ön lisans-Lisans	9,76 TL	10,61 TL
Hemşire Lise	8,14 TL	8,85 TL

TL: Türk Lirası

Gece palyatif bakımdan sorumlu olan uzman doktor aynı zamanda genel yoğun bakım ve acil ameliyathanede de anestezi uzmanı olarak görev yapmaktadır. Bu nedenle palyatif bakıma düşen pay 1/3 olarak hesaplanmıştır. Yapılan hesaplama sonucunda, uzman doktor yıllık nöbet maliyetinin 36 959,36 TL olduğu görüldü.

Tablo 4.8. Uzman doktor nöbet maliyet tablosu

	Ocak-Temmuz	**Ağustos-Aralık**
Saatlik Nöbet Ücreti	16,28	17,69
Hafta İçi Günlük Nöbet Tutarı	16,28*16 = 260,48	17,69*16 = 283,04
Hafta Sonu Günlük Nöbet Tutarı	16,28*24 = 390,72	17,69*24 = 424,56
Hafta İçi Aylık Nöbet Tutarı	260,48*22 = 5 730,56	283,04*22 = 6 226,88
Hafta Sonu Aylık Nöbet Tutarı	390,72*8 = 3 125,76	424,56*8 = 3 396,48
Aylık Toplam Nöbet Tutarı	8 856,32	9 623,36
6 Aylık Toplam Nöbet Tutarı	53 137,92	57 740,16
Yıllık Toplam Uzman Doktor Nöbet Ücreti	110 878,08 TL	
Palyatif Bakım Yıllık Uzman Doktor Nöbet Gideri	110 878,08/3= 36 959,36 TL	

TL: Türk Lirası

Palyatif bakımda gece 1 asistan doktor sabit nöbet tutmakta ve ücret almaktadır. Yapılan hesaplama sonucunda asistan doktor nöbet maliyetinin yıllık 99 780,48 TL olduğu görüldü.

Tablo 4.9. Asistan doktor nöbet maliyet tablosu

	Ocak-Temmuz	**Ağustos-Aralık**
Saatlik Nöbet Ücreti	14,65	15,92
Hafta İçi Günlük Nöbet Tutarı	14,65*16= 234,40	15,92*16= 254,72
Hafta Sonu Günlük Nöbet Tutarı	14,65*24= 351,60	15,92*24= 382,08
Hafta İçi Aylık Nöbet Tutarı	234,4*22= 5.156,80	254,72*22=5.603,84
Hafta Sonu Aylık Nöbet Tutarı	351,6*8 = 2.812,8	382,08*8= 3.056,64
Aylık Toplam Nöbet Tutarı	7 969,60	8 660,48
Toplam Nöbet Tutarı	47 817,60	51 962,88
Palyatif Bakım Yıllık Asistan Doktor Nöbet Gideri	99 780,48 TL	

TL: Türk Lirası

Hemşire saatlik nöbet ücretleri öğrenim düzeyine göre değişmektedir. Palyatif bakımda çalışan 1 hemşire lise mezunu, 11 hemşire ise lisans mezunudur. Aylık çalışma programlarının incelenmesi sonucunda her bir hemşirenin aylık ortalama 24 saat, nöbet kaynaklı fazla mesaisi oluştuğu bulgusuna ulaşıldı. Yapılan hesaplama sonucunda yıllık hemşire nöbet maliyetinin 34 712,64 TL olduğu görüldü.

Tablo 4.10. Hemşire nöbet maliyet tablosu

	Ocak-Temmuz		**Ağustos-Aralık**	
	Lisans Ön Lisans (n=11)	Lise (n=1)	Lisans Ön Lisans (n=11)	Lise (n=1)
Saatlik Nöbet Ücreti	9,76	8,14	10,61	8,85
Kişi Başı Nöbet Tutarı	9,76*24 = 234,24	8,14*24=195,36	10,61*24= 254,64	8,85*24= 212,4

Tablo 4.10. Hemşire nöbet maliyet tablosu (devam)

Toplam Aylık Nöbet Tutarı	234,24*11= 2.576,64	195,36*1=195,36	254,64*11=2.801,04	212,4*1= 212,4
6 Aylık Nöbet Tutarı	15 459,84	1 172,16	16 806,24	1 274,4
Pallyatif Bakım Yıllık Hemşire Nöbet Gideri	34 712,64 TL			

TL: Türk Lirası, n: Kişi Sayısı

Yapılan hesaplamada, toplamda nöbet ödemeleri sonunda oluşan maliyetin yıllık 171 452,48 TL olduğu görüldü.

Tablo 4.11. Palyatif bakım nöbet maliyet tablosu

	Nöbet Maliyeti
Uzman Doktor	36 959,36
Asistan Doktor	99 780,48
Hemşire	34 712,64
Palyatif Bakım Yıllık Toplam Nöbet Gideri	171 452,48 TL

4.2.1.2. Endirekt personel giderleri:

Palyatif bakım biriminde endirekt personel giderlerini, veri giriş personeli (VGP), güvenlik ve destek hizmetleri personelinin (DHP) aldığı maaşlar oluşturmaktadır. 2018 yılına kadar yüklenici firma tarafından maaşları ödenen bu çalışanlar, "1 ocak 2018 tarih 30288 sayılı RG'de yayınlanan "20/11/2017 tarihli ve 696 sayılı KHK'nin 127 nci maddesiyle, 27/6/1989 tarihli ve 375 sayılı KHK'ye eklenen geçici 23 ve geçici 24 üncü maddelerinde belirtilen, kamu kurum ve kuruluşlarında 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ve diğer mevzuat hükümleri uyarınca personel çalıştırılmasına dayalı hizmet alım sözleşmeleri kapsamında" 2018 yılı içerisinde 4/D sürekli işçi kadrosuna alınarak, maaşları hastane bütçesinden ödenmeye başlanmıştır. Bu nedenle oluşacak personel maliyetinin

hastane kayıtlarında bir kısmı hizmet alımı, bir kısmı hastane döner sermayesi giderleri içinde olması nedeniyle, ayırt edilmesinde güçlükler yaşandığından, günümüz maliyetini daha gerçekçi yansıtması amacıyla, 2018 yılı içerisinde hastane döner sermaye bütçesinden maaş ödemesinin yapıldığı aylar tüm seneye uyarlanarak maliyetler hesaplanmıştır. Bu çalışanlara ek ödeme ve nöbet ücreti verilmeyip fazla mesai durumunda izin olarak kullandırılmaktadır. Palyatif bakım ünitesinde 1 VGP, 6 DHP çalışmaktadır. DHP 1 kişi işkur aracılığıyla işe alınmıştır. İşkur aracılığıyla çalışan kişilerin maaşları genel bütçeden ödenmektedir. Bu nedenle bu kişinin oluşturduğu maliyet çalışma dışında tutulmuş, 5 DHP üzerinden maliyet hesaplaması yapılmıştır. Yapılan hesaplama sonucunda yıllık toplam endirekt personel giderinin 154 064,91 TL olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.12. VGP ve DHP maliyet tablosu

	VGP	**DHP 1**	**DHP 2**	**DHP 3**	**DHP 4**	**DHP 5**
Ocak	2 044,79	2 201,22	2 207,03	1 930,36	2 301,48	2 153,84
Şubat	2 044,79	2 201,22	2 207,03	1 930,36	2 301,48	2 153,84
Mart	2 044,79	2 201,22	2 207,03	1 930,36	2 301,48	2 153,84
Nisan	1 974,49	2 086,29	2 122,63	1 898,66	2 061,65	2 138,53
Mayıs	2 066,07	2 253,75	2 420,17	1 579,93	2 323,32	2 279,40
Haziran	2 030,38	2 234,24	2 329,91	1 637,29	2 487,14	2 360,28
Temmuz	2 082,59	2 369,48	2 181,70	1 829,46	2 588,55	2 454,97
Ağustos	2 032,16	1 884,04	1 956,20	2 385,64	1 995,40	1 904,77
Eylül	2 032,16	2 260,28	2 144,81	2 110,79	2 334,36	1 761,19
Ekim	2 032,16	2 257,02	2 127,83	1 919,37	2 415,70	2 186,93
Kasım	2 032,16	2 193,63	2 245,05	2 007,83	2 233,21	2 119,36
Aralık	2 120,95	2 272,31	2 334,99	2 004,32	2 274,04	2 179,21
Toplam	24 537,49	26 414,70	26 484,38	23 164,37	27 617,81	25 846,16
Aylık Ortalama	12 838,74 TL					
Palyatif Bakım Yıllık Toplam VGP veDHP Gideri	154 064,91 TL					

TL: Türk Lirası

Palyatif bakımda sabit güvenlik görevlisi bulunmamakta olup ihtiyaç halinde destek hizmet vermektedir. Bu nedenle güvenlik hizmetinden palyatif bakıma düşen maliyetin belirlenmesinde dağıtım anahtarından faydalanılmıştır. Dağıtım anahtarı olarak kişinin koruduğu alan göz önünde bulundurularak, dağıtım anahtarı olarak m^2 kullanılmıştır. Çalışmada güvenlik maliyetine ilişkin veri, maaş mutemetliğinden alınmıştır. Hastanenin 2018 yılına ait toplam güvenlik personeli maaş maliyeti 2 042 486,96 TL' dir. Yapılan hesaplama sonucunda, güvenlik hizmetinden palyatif bakıma düşen yıllık güvenlik giderinin 20 202,64 TL, toplamda ise palyatif bakıma ait yıllık endirekt personel maliyetinin 174 267,55 TL olduğu görüldü.

Tablo 4.13. Güvenlik personeli maaş maliyet tablosu

	Maliyet Bilgisi
Ocak	170 207,24
Şubat	170 207,24
Mart	170 207,24
Nisan	164 291,98
Mayıs	177 730,03
Haziran	176 497,63
Temmuz	166 818,32
Ağustos	209 129,15
Eylül	162 210,56
Ekim	163 318,45
Kasım	151 982,10
Aralık	159 887,02
Yıllık Toplam Güvenlik Gideri	2 042 486,96 TL

TL: Türk Lirası

2 042 486,96 / 85 935 = 23,76 TL/m^2

Yıllık Palyatif Bakım Alanı: 23,76*850 = 20 202,64 TL

Aylık Ortalama Palyatif Bakım Alanı: 1 683,55 TL

Yapılan hesaplamada palyatif bakım yıllık toplam personel giderinin 944 975,39 TL olduğu, en yüksek gideri ise 599 255,36 TL ile maaşa yapılan ek ödemelerin oluşturduğu görülmüştür.

Tablo 4.14. Palyatif bakım personel giderleri maliyet tablosu

Personel Giderleri	**Maliyet Bilgisi**
Maaşa Ek Ödemeler	599 255,36
***SEÖ**	270 183,82
***PDEÖ**	329 071,54
Nöbet Ödemeleri	171 452,48
Endirekt Personel Giderleri	174 267,55
***** **VGP veDHP Gideri**	154 064,91
***Güvenlik Personel Gideri**	20 202,64
Palyatif Bakım Yıllık Toplam Personel Gideri	944 975,39 TL

TL: Türk Lirası

4.2.2. İlk Madde ve Malzeme Giderleri (İMMG)

Bu gider kalemlerini ilaç ve farmokolojik ürün giderleri, tıbbi malzeme sarf giderleri, labaratuvar ve görüntüleme giderleri ve medikal gaz giderleri oluşturmaktadır.

4.2.2.1.İlaç ve farmakolojik ürün giderleri:

İlaç ve farmakolojik ürün giderlerine ait veriler eczane birimi aracılığıyla MKYS ve HBYS kayıtlarından elde edilmiştir. Ulaşılan bulgular doğrultusunda palyatif bakım birimine ait yıllık ilaç ve farmakolojik ürün maliyetinin 367 684,37 TL olduğu görüldü. Aylara göre maliyet dağılımı Tablo 4.15'de gösterilmiştir.

Tablo 4.15. İlaç ve farmakolojik ürün giderleri maliyet tablosu

	Maliyet Bilgisi
Ocak	29 439,05
Şubat	22 714,97
Mart	43 939,91
Nisan	24 918,94
Mayıs	27 873,75
Haziran	33 549,45
Temmuz	38 134,257
Ağustos	34 590,365
Eylül	30 099,878
Ekim	23 241,513
Kasım	26 590,237
Aralık	32 592,045
Aylık Ortalama	30 640,36 TL
Palyatif Bakım Yıllık Toplam İlaç ve Farmakolojik Ürün Gideri	367 684,37 TL

TL: Türk Lirası

4.2.2.2.Tıbbi malzeme sarf giderleri:

Kullanılan tıbbi malzeme giderlerine ait veriler ilgili hastanenin HBYS ve stok yönetim biriminden elde edilmiştir. Maliyet tespitinde palyatif bakım birimi için sarf malzeme deposundan çıkışı yapılan malzeme bedelleri göz önünde bulundurulmuştur. Yapılan hesaplama sonucunda palyatif bakım birimine ait yıllık tıbbi malzeme giderinin yıllık 55 934,28 TL, aylık ortalama 4 661.19 TL olduğu görüldü. Aylara göre maliyet dağılımı Tablo 4.16.da ayrıntılı gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Tıbbi malzeme sarf giderleri maliyet tablosu

	Maliyet Bilgisi
Ocak	3 246,17
Şubat	3 510,66
Mart	4 449,78
Nisan	4 571,49
Mayıs	4 626,21
Haziran	5 476,64
Temmuz	6 166,87
Ağustos	5 019,46
Eylül	4 503,19
Ekim	4 393,38
Kasım	3 463,45
Aralık	6 506,98
Aylık Ortalama	4 661,19 TL
Palyatif Bakım Yıllık Toplam Tıbbi Malzeme Sarf Gideri	55 934,28 TL

TL: Türk Lirası

4.2.2.3. Laboratuvar ve görüntüleme giderleri:

Laboratuvar ve görüntüleme giderlerine ilişkin tek tek hastaya özgü verilere ulaşmada yaşanan zorluklar nedeniyle, konuya ilişkin uzman görüşü alınarak maliyet hesaplamasında oran formülü kullanıldı. Bu amaçla;

- Hastanenin yıllık toplam laboratuvar ile görüntüleme gelir bilgisi

- Hastanenin yıllık toplam laboratuvar ile görüntüleme gider bilgisi

- Palyatif bakım yıllık toplam labaratuvar ve görüntüleme gelir bilgisine ilişkin verilerin İdari ve Mali İşler Müdürlüğü TDMS'nde kayıtlı olduğu görüldü.

Ulaşılan veriler şu şekildedir;

Tablo 4.17. Labaratuvar ve görüntüleme hizmetleri mali veri tablosu

Hastane				**Palyatif Bakım**			
Laboratuvar		**Görüntüleme**		**Laboratuvar**		**Görüntüleme**	
Gelir	Gider	Gelir	Gider	Gelir	Gider	Gelir	Gider
21 631 628,12	15 946 971,93	14 660 344,49	6 148 841,60	153 515,86	-	21 676,20	-

Ulaşılan bulgular ışığında, hastaneye ait yıllık toplam laboratuvar ve görüntüleme giderinin gelire oranı hesaplanarak, bulunan oran palyatif bakım yıllık toplam laboratuvar ve görüntüleme gelirine uygulandı. Yapılan hesaplamada, hastanenin toplam laboratuvar gelirinin laboratuvar giderine oranı %73,72, görüntüleme gelirinin görüntüleme giderine oranı ise %41,94 olduğu bulgusuna ulaşıldı.

Laboratuvar Geliri/ Laboratuvar Gideri Görüntüleme Geliri/Görüntüleme Gideri

21 631 628,12/15 946 971,93 = % 73, 72 14 660 344,49/6 148 841,60 = % 41,94

Bu oranların palyatif bakım toplam laboratuvar ve görüntüleme gelirlerine uygulanması sonucunda ise yıllık;

153 515,86 ‘nın %73,72 = 113 171,89 TL laboratuvar gideri

21 676,20’nin %41,94 = 9 091,00 TL görüntüleme giderinin olduğu görüldü. Toplamda ise palyatif bakım laboratuvar ve görüntüleme giderinin 122 262,89 TL olduğu belirlendi.

4.2.2.4. Medikal gaz giderleri:

Palyatif bakım biriminde medikal gaz olarak yanlızca oksijen tüketimi yapıldığı bilgisine ulaşıldı. Hastaların oksijen tüketimine ilişkin bilgi için uzman görüşleri ve hasta orderleri göz önünde bulunduruldu. Hastalara uygulanan tedaviye göre değişmekle birlikte, yaklaşık yarısının, ortalama 3 litre/dakika akış hızında, 24

saat oksijen tedavisi aldığı bulgusuna ulaşıldı. İdari ve Mali Hizmetler Müdürlüğü'nden alınan verilere göre, likit oksijen alımı için hastanenin litresine ödediği fiyat 2,28 TL' dir. Palyatif bakım oksijen ihtiyacı büyük oksijen tankları aracılığıyla verilmektedir. Uzman görüşü ve ilgili medikal firmalardan edinilen bilgilere göre 3 litre/dakika akış hızında 31,2 litrelik likit oksijen ihtiva eden bir tank 142 saat gitmektedir (66). Medikal gaz kullanımı sonucu oluşan maliyetin hesaplanmasında öncelikle, yıllık palyatif bakım YHGS 24 saatle çarpılarak yıllık toplam saat miktarının 156.168 saat olduğu belirlendi. Sonrasında 3 litre/dk akış hızında 31,2 litre'lik bir tank 142 saat giderse, 156 168 saatte kaç litre likit oksijen gider şeklinde oranlama yapılarak 34 313 litre oksijen gittiği bulgusuna ulaşıldı. Yapılan hesaplamada yıllık oksijen tutarının 78 233,64 TL olduğu , yatan hastaların yarısının oksijen tedavisi aldığı göz önünde bulundurulduğunda ise palyatif bakım oksijen maliyetinin yıllık 39 116,82 TL olduğu görüldü.

6507*24 = 156 168 saat

156 168*31,2/142 = 34 313 Litre

34 313*2,28 = 78 233,64 TL

78 233,64/2 = 39 116,82 TL

İlk madde ve malzeme giderlerine (İMMG) ilişkin yapılan değerlendirmede, toplam maliyetin 584 998,36 TL olduğu, en yüksek maliyet kalemini 367 684,37 TL ile ilaç ve farmakolojik ürün giderinin oluşturduğu görüldü.

Tablo 4.18. Palyatif bakım İMMG maliyet tablosu

İMMG	**İlaç ve Farmakolojik Ürün Giderleri**	**Tıbbi Sarf Giderleri**	**Labaratuvar ve Görüntüleme Giderleri**	**Medikal Gaz Giderleri**	**Yıllık Toplam İMMG**
Maliyet Bilgisi	367 684,37 TL	55 934,28 TL	122 262,89 TL	39 116,82 TL	584 998,36 TL

TL:Türk Lirası

4.2.3. Genel Üretim Giderleri (GÜG)

4.2.3.1. Yemek giderleri:

Hastanenin yapmış olduğu hizmet alımı sözleşmesine göre, ilgili yıla ait alım bedeli kahvaltı için 1,25 TL , öğlen ve akşam yemekleri için ise 3,55 TL olarak belirlenmiştir. Yemek maliyetini hizmet sunucular ve hasta refakatçileri oluşturmaktadır. Palyatif bakımda tedavi gören hastaların tamamına yakını, son dönem bakım hastası olması nedeniyle, nazogastrik sonda, perkütan endoskopik gastrostomi gibi invaziv girişimler aracılığıyla mama ağırlıklı beslenmektedir. Bu sebeple yatan hastaların yemek ücretleri çalışma dışında bırakılmıştır. Kullandıkları mama ve beslenme solüsyonları ilaç kapsamında değerlendirilmiştir.

Nöbet tutacak ve nöbetten çıkan hemşire ve DHP o gün için gündüz mesaisinde çalışmamaktadır. Tuttukları nöbete bağlı olarak oluşan fazla mesailerin kişilere izin olarak kullandırılması nedeniyle, gündüz mesaisinde hemşire ve DHP sayısında değişkenlik olmaktadır. Aylık çalışma planının incelenmesi sonucunda ortalama 4 hemşire ve 2 DHP hafta içi gündüz mesaisinde aktif çalıştığı bulgusuna ulaşıldı. Bu kişilerin dışında gündüz mesaisinde 1 profesör doktor, 1 doktor öğretim üyesi, 1 uzman doktor, 4 asistan doktor, 1 VGP, 1 fizyoterapist çalışmaktadır. Profesör doktor 3 ayrı yere hizmet vermesi nedeniyle 1/3 oranında, 2 uzman doktor, 4 asistan doktor, 1 VGP, 1 fizyoterapist ise tam yemek ücreti üzerinden maliyet hesaplaması yapıldı. Fizyoterapist olarak çalışan personel ise ilgili yılın ilk sekiz ayında aktif görev almaması nedeniyle bu aylar hesaplamada çalışma dışında bırakıldı. Gündüz mesaisinde çalışanlar yanlızca öğle yemeğinden faydalanmaktadırlar. 22 çalışma günü üzerinden yapılan hesaplamada gündüz çalışan personel yemeği için, yıllık olarak 11 018,12 TL, aylık ise 1 119,36 TL mali yük oluşturduğu bulgusuna ulaşıldı.

Tablo 4.19. Hafta içi gündüz yemek giderleri maliyet tablosu

Hafta İçi Gündüz	**n**	**Öğle Yemeği**	**Günlük**	**Aylık**	**Yıllık**
Profesör Doktor	1	3,55/3	1,18	22*1,18 = 25,96	12*25,90= 311,52
Doktor ***Öğretim Üyesi (n=1)** ***Uzman Doktor (n=1)** ***Asistan Doktor (n=4)**	6	3,55* 6	21,30	22*21,30 = 468,60	3 834,00
Hemşire	4	3,55*4	14,20	22*14,20 = 312,40	3 748,80
Fizyoterapist	1	3,55*1	3,55	22*3,55 = 78,10	312,40 (4ayiçin)
DHP	2	3,55*2	7,10	22*7,10 = 156,20	1 874,20
VGP	1	3,55*1	3,55	22*3,55 = 78,10	937,20
Palyatif Bakım Hafta İçi Gündüz Toplam Yemek Gideri			50,88 TL	1 119,36TL	11 018,12TL

TL: Türk Lirası, n: Kişi Sayısı

Hafta içi gece ve hafta sonu nöbet çalışma sürecinde 6 sağlık çalışanı nöbet tutmaktadır. Bunlar; 3 hemşire, 1 asistan, 1 DHP ve 1 uzman doktor şeklindedir. Uzman doktor palyatif bakım birimi dışında 2 farklı birime daha hizmet vermektedir. Bu nedenle palyatif bakımın aldığı yemek gider payı 1/3 olarak belirlenmiş, Tablo 4.20'de ayrı olarak hesaplanmıştır. Hafta içi gece nöbet tutan sağlık ekibine akşam ve gece kahvaltısı, haftasonu nöbet ekibine ise sabah, öğlen, akşam olmak üzere 3 öğün yemek verilmektedir. Çalışma gün sayısı aylık hafta içi 22, hafta sonu ise 8 gün üzerinden yapıldı. Çalışma sonucunda palyatif bakım hafta içi gece ve hafta sonu nöbet yemek maliyetinin yıllık 11 029,68 TL, aylık ise 919,14 TL olduğu görüldü.

Tablo 4.20.Gece ve hafta sonu nöbeti yemek giderleri maliyet tablosu

	GECE		**HAFTA SONU**	
	Uzman Doktor	**Sağlık Personeli -Asistan Doktor (n=1) -Hemşire (n=3) -DHP (n=1)**	**Uzman Doktor**	**Sağlık Personeli -Asistan Doktor (n=1) -Hemşire (n=3) -DHP (n=1)**
Kahvaltı	1,25/3 = 0,41	1,25*5 =6,25	1,25/3 =0,41	1,25*5 = 6,25
Öğle Yemeği	-	-	3,55/3= 1,18	3,55*5 = 17,75
Akşam Yemeği	3,55/3 = 1,18	3,55*5 =17,75	3,55/3= 1,18	3,55*5 = 17,75
Günlük	1,59	24,00	2,77	41,75
Aylık	22*1,59 = 34,98	22*24 = 528,00	8*2,77 =22,16	8*41,75= 334
Yıllık	12*34,98=419,76	12*528 = 6 336,00	12*22,16 =265,92	12*334 = 4 008,00
Palyatif Bakım Gece ve Hafta Sonu Nöbeti Yıllık Toplam Yemek Gideri			11 029,68 TL	

TL: Türk Lirası, n: Kişi Sayısı

Palyatif bakım biriminde hasta yanında refakatçi kalması zorunlu olup, kalan refakatçilere 3 öğün yemek verilmektedir. Refakatçi yemek maliyet bilgisi, aylık YHGS'na çarpımıyla hesaplandı. Yapılan hesaplama sonucunda palyatif bakımda refakat eden kişiye verilen yemek maliyetinin yıllık toplam 54 333,45 TL olduğu görüldü.

Tablo 4.21. Refakatçi yemek giderleri maliyet tablosu

	YHGS	Kahvaltı	Öğlen ve Akşam Yemeği	Aylık Toplam
Ocak	537	1,25*537 = 671,25	3,55*2 = 7,1 7,1*537 = 3 812,70	4 483,95
Şubat	522	652,50	3 706,20	4 358,70
Mart	571	713,75	4 054,10	4 767,85
Nisan	566	707,50	4 018,60	4 726,10
Mayıs	587	733,75	4 167,70	4 901,45
Haziran	567	708,75	4 025,70	4 734,45
Temmuz	587	733,75	4 167,70	4 901,45
Ağustos	568	710,00	4 032,80	4 742,80
Eylül	549	686,25	3 897,90	4 584,15
Ekim	457	571,25	3 244,70	3 815,95
Kasım	415	518,75	2 946,50	3 465,25
Aralık	581	726,25	4 125,10	4 851,35
Aylık Ortalama	543	677,81	3 849,97	4 527,78
Palyatif Bakım Refakatçi Yıllık Toplam Yemek Gideri		8 133,75 TL	46 199,70 TL	54 333,45 TL

TL: Türk Lirası

Palyatif bakım yıllık toplam yemek maliyetinin, gündüz çalışanlar için 11 018,12 TL, hafta içi gece ve hafta sonu vardiyası için 11 029,68 TL ve refakatçi için 54 333,45 TL, toplamda ise 76 381,25 TL olduğu bulgusuna ulaşıldı.

4.2.3.2. Elektrik gideri:

Birime düşen aydınlatma maliyetinin tespitinde dağıtım anahtarı olarak m^2 kullanılmıştır. Gider tahakkuk biriminden elde edilen fatura bilgilerine göre, her ay için hastanenin birim m^2'sine düşen elektrik bedeli öncelikle belirlenmiş, daha sonra

toplam palyatif bakım alanının çarpımıyla birime düşen pay bulunmuştur. Yapılan hesaplamada palyatif bakım yıllık toplam elektrik bedelinin 44 652,56 TL, aylık ortalama ise, 3 721,04 TLolduğu görüldü. İlgili yıla ait hastanenin toplam elektrik bedeli, aylara göre dağılımı ve palyatif bakıma düşen miktar Tablo 4.22'de gösterilmiştir.

Tablo 4.22. Elektrik maliyet tablosu

	Hastanenin Aylık Maliyeti	**Palyatif Bakım Aylık Maliyet**
Ocak	233 731,00/85 935 =2,71 TL/ m^2	850 m^2* 2,71= 2 311,87
Şubat	244 456,00	2 417,96
Mart	255 459,00	2 526,79
Nisan	248 110,00	2 454,10
Mayıs	290 683,00	2 875,20
Haziran	359 056,00	3 551,49
Temmuz	463 935,00	4 588,87
Ağustos	751 093,00	7 429,20
Eylül	503 211,00	4 977,35
Ekim	440 899,00	4 361,01
Kasım	422 955,00	4 183,53
Aralık	300 792,00	2 975,19
Aylık Ortalama	376 198,33	3 721,04
Yıllık Toplam	4 514 380,00 TL	44 652,56 TL

TL: Türk Lirası

4.2.3.3. Su gideri:

Birime düşen su maliyetinin tespitinde toplam musluk, lavabo sayısı gibi verilere ulaşılamadığından dağıtım anahtarı olarak m^2 tercih edilmiştir. Gider tahakkuk biriminden elde edilen fatura bilgilerine göre, her ay için hastanenin birim m^2'sine düşen su bedeli öncelikle belirlenmiş, daha sonra toplam palyatif bakım alanının çarpımıyla birime düşen pay bulunmuştur. Yapılan hesaplamada palyatif bakım yıllık toplam su bedelinin 17 177,19 TL, aylık ortalama ise 1 431,43 TL olduğu görüldü. İlgili yıla ait hastanenin toplam su bedeli, aylara göre dağılımı ve palyatif bakıma düşen miktar ayrıntılı olarak Tablo 4.23'de gösterilmiştir.

Tablo 4.23. Su maliyet tablosu

	Hastanenin Aylık Maliyeti	**Palyatif Bakım Aylık Maliyet**
Ocak	171 546,00/85 935 = 1,99 TL/ m^2	850 m^2*1,99 = 1 696,79
Şubat	68 960,00	682,09
Mart	66 562,00	658,37
Nisan	344 282,00	3 400,00
Mayıs	62 551,00	618,70
Haziran	140 125,00	1 386,00
Temmuz	87 453,00	865,01
Ağustos	166 551,00	1 647,38
Eylül	173 830,00	1 719,38
Ekim	89 970,00	889,91
Kasım	107 526,00	1 063,56
Aralık	258 111,00	2 550,00
Aylık Ortalama	144 788,91	1 431,43
Yıllık Toplam	1 737 467,00 TL	17 177,19 TL

TL: Türk Lirası

4.2.3.4. Doğalgaz gideri:

İdari ve mali işler biriminden elde edilen doğalgaz fatura kayıtlarına ilişkin veriler incelendiğinde, ilk okuma ve son okuma tarihleri arasında farklılıklar olduğu görülmüştür. Bu sebeple aylık olarak doğalgaz gideri gerçeği yansıtmayacağı düşünülerek, hastane bütçesinden ödenen yıllık toplam maliyet bedeli üzerinden hesaplama yapılmıştır. Dağıtım anahtarı olarak m^2 kullanılmıştır. Çalışmada m^2 düşen yıllık doğalgaz bedeli öncelikle bulunmuş, sonrasında palyatif bakım toplam alanına çarpımıyla birime düşen yıllık ve ortalama aylık maliyet hesaplanmıştır. Yapılan çalışma sonunda palyatif bakıma düşen doğalgaz giderinin yıllık 43 279,64 TL, aylık ortalama ise 3 606,63 TL olduğu bulgusuna ulaşıldı.

Yıllık Toplam Bedel: 4 375 572,00

Yıl/m^2 4 375 572,00/85 935 = 50,91 TL/m^2

Yıllık Palyatif Bakım Maliyeti 50,91*850 =43 279,64 TL

Aylık Ortalama Palyatif Bakım Maliyeti 43 279,64 /12 = 3 606,63 TL

4.2.3.5. Tıbbi ve tehlikeli atık giderleri:

Hastanenin atık yönetim biriminden elde edilen verilere göre, tıbbi atık maliyetinin kilogram fiyatı 1,005 TL, tehlikeli atık maliyetinin ise 1,506 TL'dir. Bir ay boyunca gün sonunda yapılan düzenli kontrollerde palyatif bakımdan günlük ortalama 20 kilogram tıbbi atık, 5 kilogram tehlikeli atık çıktığı bulgusuna ulaşıldı. Yapılan hesaplamada, palyatif bakım tıbbi ve tehlikeli atık maliyetinin yıllık toplam 9 946,8 TL, aylık ise toplam 828,90 TL olduğu görüldü.

Tablo 4.24. Tıbbi ve tehlikeli atık giderleri maliyet tablosu

	Tıbbi Atık	**Tehlikeli Atık**	**Toplam Atık Maliyeti**
Günlük Maliyet	1,005*20= 20,1	1,506*5= 7,53	27,63
Aylık Maliyet	20,1*30 = 603	7,53*30 = 225,90	828,90
Yıllık Maliyet	7 236,00 TL	2 710,80 TL	9 946,80 TL

TL: Türk Lirası

4.2.3.6. Bina bakım onarım giderleri:

Bina bakım ve onarım için yapılan harcamalar, TDMS aracılığıyla hastanenin İdari ve Mali İşler Müdürlüğü'nden elde edildi. Dağıtım nahtarı olarak m^2 kullanılan çalışmada, aylık olarak m^2 düşen bina bakım onarım bedeli öncelikle bulunmuş, sonrasında palyatif bakım toplam alanına çarpımıyla aylık birime düşen maliyet bulunmuştur. Yapılan hesaplamada, yıllık palyatif bakıma düşen bina bakım onarım bedelinin 7 257,04 TL, aylık ortalama giderinin ise 604,75 TL olduğu görüldü. Aylara göre hastaneye yapılan harcamalar ve palyatif bakıma düşen maliyet bilgisi Tablo 4.25'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.25. Bina bakım onarım giderleri maliyet tablosu

	Hastane Maliyeti	**Palyatif Bakım Maliyeti**
Ocak	-	-
Şubat	47 129,53/85 935 = 0,54TL/ m^2	850 m^2*0,54 = 466,16
Mart	58 429,70	577,93
Nisan	114 974,32	1 137,23
Mayıs	5 659,22	55,97
Haziran	57 998,19	573,67
Temmuz	95 048,32	940,14
Ağustos	5 621,44	55,60
Eylül	124 969,70	1 236,09
Ekim	72 502,90	717,14
Kasım	75 839,91	750,14
Aralık	75 519,23	746,97
Aylık Ortalama	61 141,03	604,75
Yıllık Toplam	733 692,46 TL	7 257,04 TL

TL: Türk Lirası

4.2.3.7. Makina teçhizat ve tıbbi cihaz onarım giderleri:

Hastane kayıtlarından palyatif bakım ünitesindeki makina, teçhizat ve tıbbi cihazlara ait onarım bedeline ilişkin ayrı bir veri elde edilemediğinden, YHGS dağıtım anahtarı olarak kullanılmıştır. Bu amaçla hastanenin makina teçhizat ve tıbbi cihaz onarım giderleri için yapılan harcamalar, TDMS aracılığıyla hastanenin İdari ve Mali İşler Müdürlüğü'nden elde edildi. Maliyetlerin hesaplanmasında, her ay için hastanenin YHGS'ndan gün başına düşen maliyet öncelikle hesaplanmış, sonrasında bu bedelin palyatif bakım ünitesi YHGS'na çarpımıyla maliyetlere ulaşılmıştır. Yapılan hesaplamada palyatif bakım makina teçhizat ve tıbbi cihaz onarım bedelinin yıllık toplam 161 652,33 TL olduğu bulgusuna ulaşıldı.

Tablo 4.26. Makina techizat ve tıbbi cihaz onarım maliyet tablosu

	Hastane Maliyeti	**Hastane YHGS**	**Yatan Hasta Gününe(YHG) Düşen Maliyet**	**Palyatif Bakım Maliyeti**	
				Palyatif Bakım YHGS*YHG Başına Düşen Maliyet	**Toplam**
Ocak	55 633,74	15 883	55 633,74/15.883=3,50	537*3,50	1 880,96
Şubat	383 803,77	15 589	24,62	522*24,62	12 851,64
Mart	324 671,24	16 679	19,46	571*19,46	11 115,01
Nisan	447 506,10	14 944	29,94	566*29,94	16 949,17
Mayıs	383 766,04	16 088	23,85	587*23,85	14 002,40
Haziran	573 422,86	14 161	40,49	567*40,49	22 959,59
Temmuz	717 174,11	15 480	46,32	587*46,32	27 195,16
Ağustos	445 796,84	12 657	35,22	568*35,22	20 004,96
Eylül	580 726,93	14 559	39,88	549*39,88	21 898,41
Ekim	128 827,50	15 970	8,06	457*8,06	3 686,54
Kasım	520 656,88	15 485	33,62	415*33,62	13 953,67
Aralık	421 473,24	16 153	26,09	581*26,09	15 159,78
Palyatif Bakım Yıllık Toplam Makina Techizat ve Tıbbi Cihaz Onarım Gideri			161 652,33 TL		

TL: Türk Lirası

4.2.3.8. Sterilizasyon giderleri:

Sterilizasyon maliyetlerinin tespitinde öncelikle hangi malzemelerin kaç kez sterilizasyona gittiği ve bu malzemelerin birim maliyetinin tespiti uzman görüşleri ışığında yapıldı. Ayda ortalama 20 adet klembin yeniden sterilizasyonu için sterilizasyona gönderildiği, her hasta için günlük 3 adet olacak şekilde karegaz (gazlı bez) ise paketlenerek steril hale getirildiği bulgusuna ulaşıldı. Bir adet klempin 1,598 TL, bir paket karegazın ise 1,828 TL sterilizasyon maliyetinin olduğu tespit edildi. Yapılan hesaplamada yıllık toplam sterilizasyon maliyetinin 39 868,32 TL, aylık ortalama ise 3 322,36 TL olduğu görüldü.

Tablo 4.27. Sterilizasyon maliyet tablosu

Sterilizasyon	**Klemp**	**Karegaz**
Günlük Maliyet	-	3*20 yatak = 60 adet 1,828*60 = 109,68
Aylık Sterilizasyon Maliyeti	1,598*20 = 31,96	109,68*30 = 3 290,40
Yıllık Sterilizasyon Maliyeti	31,96*12 = 383,52	3.290,4*12 = 39 484,80
Aylık Ortalama	3 322,36	
Palyatif Bakım Yıllık Toplam Sterilizasyon Gideri	39 868,32 TL	

TL: Türk Lirası

4.2.3.9. Kırtasiye giderleri:

Stok yönetim biriminden alınanan verilere göre, palyatif bakımdan talep edilen kırtasiye maliyetinin yıllık 1 164,05 TL, aylık ortalama ise 97 TL olduğu görüldü. Aylara göre kırtasiye maliyet bilgisi Tablo 4.28'de ayrıntılı verilmiştir.

Tablo 4.28. Kırtasiye maliyet tablosu

	Palyatif Bakım Aylık Maliyet
Ocak	266,04
Şubat	70,43
Mart	109,06
Nisan	84,84
Mayıs	21,79
Haziran	82,74
Temmuz	19,47
Ağustos	32,34
Eylül	116,47
Ekim	230,02
Kasım	24,77
Aralık	106,08
Aylık Ortalama	97,00
Yıllık Toplam	1 164,05 TL

TL: Türk Lirası

4.2.3.10. Temizlik giderleri:

Temizlik giderlerini oluşturan kalemler temizlik malzeme alım giderlerinden oluşmaktadır. İdari ve Mali İşler Müdürlüğü'nden alınan verilere göre, 2018 yılı için hastanenin satın almış olduğu temizlik malzeme alım giderleri 1 233 512,21TL'dir. Çalışmada temizlenen alan göz önünde bulundurularak dağıtım anahtarı olarak m^2 seçilmiştir. Yapılan hesaplamada yıllık 12 197,50 TL, aylık ortalama ise 1 016,45 TL palyatif bakıma ait temizlik gideri olduğu bulgusuna ulaşıldı.

Yıllık Toplam Bedel: 1 233 512,21 TL

Yıl/ m^2: 1 233 512,21 / 85 935 = 14,35 TL/m^2

Yıllık Palyatif Bakım Maliyeti: 14,35*850 = 12 197,50 TL

Aylık Ortalama Palyatif Bakım Maliyeti: 12 197,50 /12 = 1 016,45 TL

4.2.3.11. Çamaşır giderleri:

Çamaşır giderlerinin hesaplanmasında, bir ay boyunca ilgili birim sorumlusu takibinde günlük çıkan çamaşır miktarı tartılıp kayıt altına alındı. Yapılan hesaplamada günlük ortalama 120 kg çamaşır çıktığı görüldü. Hastanenin İdari ve Mali İşler Müdürlüğü'nden edinilen bilgiye göre bir kilogram çamaşır maliyeti 1,81 TL dir. Yapılan hesaplamada palyatif bakım yıllık çamaşır maliyetinin 78 192,00 TL, aylık ortalama ise 6 516,00 TL olduğu görüldü.

Günlük Ortalama Çamaşır Maliyeti: 1,81*120 = 217,20 TL

Aylık Ortalama Çamaşır Maliyeti: 217,2*30 = 6 516,00 TL

Yıllık Ortalama Çamaşır Maliyeti: 6 516*12 = 78 192,00TL

4.2.3.12. Bilgisayar bakım onarım giderleri:

Bakım onarım giderlerinin hesaplanmasında, aylık maliyet bilgisi toplam bilgisayar sayısına bölünmüş, palyatif bakıma düşen maliyet bilgisi ise bu sayının palyatif bakımda bulunan bilgisayar adedine çarpımıyla elde edilmiştir. Bilgisayar bakım onarım bedelleri, hastanenin İdari ve Mali İşler Müdürlüğü TDMS kayıtlarından, toplam bilgisayar sayısı ise ayniyat biriminden elde edilmiştir. Hastanenin yıllık bilgisayar bakım maliyet bedelinin 78 253,11 TL, bilgisayar sayısının 1031, palyatif bakım biriminde bulunan bilgisayar adedinin ise 9 olduğu görülmüştür. Yapılan hesaplamada palyatif bakıma ait yıllık toplam bilgisayar bakım-onarım maliyetinin 683,10 TL, aylık ortalama ise 56,92 TL olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.29. Bilgisayar bakım onarım maliyet tablosu

	Hastanenin Aylık Maliyeti	**Palyatif Bakım Maliyet**
Ocak	-	
Şubat	24 131,00/1031 = 23,40	23,40*9 = 210,64
Mart	1 903,06	16,61
Nisan	3 897,54	34,02
Mayıs	4 838,00	42,23
Haziran	1 062,00	9,27
Temmuz	578,20	5,04
Ağustos	578,20	5,04
Eylül	20 570,27	179,56
Ekim	9 605,20	83,84
Kasım	6 620,98	57,79
Aralık	4 468,66	39,00
Aylık Ortalama	6 521,09	56,92
Yıllık Toplam	78 253,11 TL	683,10 TL

TL: Türk Lirası

4.2.3.13. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) hizmet alım gideri:

Hastane kullanmış olduğu işletim sisteminin yürütülmesinde dışardan hizmet alımı yapmaktadır. İdari ve Mali İşler Müdürlüğü'nden edinilen bilgiye göre bu bedel 54.500,00 TL'dir. HBYS hizmet alım giderinden palyatif bakıma düşen tutarın hesaplanmasında, bilgisayar başına düşen birim maliyet öncelikle bulunmuş, sonrasında palyatif bakım bilgisayar adediyle çarpılmıştır. Yapılan hesaplamada yıllık toplam bedelin 474,87 TL olduğu görülürken, aylık bedelin ise 39,57 TL olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Bilgisayar Başına Düşen Maliyet: 54 400 / 1031 = 52,76 TL

Yıllık Palyatif Bakım Maliyeti: 52,76*9 = 474,87 TL

Aylık Ortalama Palyatif Bakım Maliyeti: 474,87 /12 = 39,57 TL

4.2.3.14. Demirbaş amortisman giderleri:

Demirbaş amortisman bedellerinin tespitinde öncelikle, palyatif bakımda bulunan demirbaşların neler olduğu, hastane alım maliyetleri ve edinim yıllarına ilişkin veriler ilgili hastanenin ayniyat biriminden elde edildi. Amortisman oranlarının belirlenmesinde Gelir İdaresi Başkanlığının 333 Sıra No.lu Vergi Usul Kanunu Genel Tebliğinden yararlanıldı (67). Çalışmada edinim yılı 2019 olan ve ekonomik ömrünü tamamlayan demirbaşlar ise çalışma dışı bırakıldı. Amortisman maliyetlerinin hesaplanmasında bir yıllık maliyet oranı hesaplanarak, birimde bulunan malzeme adediyle çarpıldı. Yapılan hesaplamada palyatif bakıma ait yıllık amortisman bedelinin 55 540,96 TL aylık ise 4 628,41 TL olduğu bulgusuna ulaşıldı.

Tablo 4.30. Demirbaş amortisman giderleri maliyet tablosu

Malzeme Adı	Adet	Hastane Alım Bedeli	Amortisman Oranı	Edinim Yılı	Yıllık Amortisman Bedeli	Yıllık Palyatif Bakım Toplam Tutarı
Taşınabilir Tansiyon Ölçüm Cihazı	3	118,80	5	2018	3*23,76	71,28
İnfüzyon Pump Cihazı	12	3 526,20	5	2016	705,24	8 462,88
Hasta Karyolaları	20	3 498,66	10	2016	349,866	6 997,32
Radyolojik Görüntüleme İle Uyumlu Hasta Sedyesi	1	3 977,42	10	2016	397,74	397,74
Hasta Boy Ölçüm Cihazı	1	1 060,82	6	2015	176,80	176,80
Nebülizatör	3	248,40	5	2015	49,68	149,04
Hasta Sedyesi(Standart)	1	2 160,00	10	2013	216,00	216,00
Hemşire Çağrı Sistemi	1	1 099,76	10	2016	109,97	109,97
Timpanik Ateş Ölçer	1	75,52	5	2018	15,10	15,10

Tablo 4.30. Demirbaş amortisman giderleri maliyet tablosu (devam)

Aspiratör	1	1 060,82	15	2015	70,72	70,72
Tekerlekli Sandalye	1	831,92	10	2016	83,19	83,19
Perfüzatör	2	3 093,12	5	2016	618,62	1 237,24
Tıbbi Monitör	20	9 385,20	5	2016	1 877,04	37 540,80
Ventilatör	2	38 664,00	6	2012	6 444,00	12 888,00
Aylık Toplam	4 628,41 TL					
Yıllık Toplam	55 540,96TL					

TL: Türk Lirası

4.2.3.15. Haberleşme giderleri:

Haberleşme giderlerinin tespitinde dağıtım anahtarı olarak, çalışan sayısı esas alınmıştır. Personel sicil biriminden edinilen bilgiye göre hastanede toplam çalışan sayısı 1590 kişidir. Palyatif bakıma düşen haberleşme giderlerinin tespitinde, kişi başına düşen maliyet tespit edilerek, palyatif bakımda çalışan kişi sayısıyla çarpılmıştır. İdari ve Mali İşler Müdürlüğü'nden alınan TDMS kayıtlarına göre hastanenin yıllık haberleşme bedeli 67 860,00 TL'dir. Yapılan hesaplamada palyatif bakım haberleşme giderinin aylık ortalama 96 TL, yıllık ise 1 152,09 TL olduğu bulgusuna ulaşıldı.

Yıllık Kişi Başı Haberleşme Gideri: 67 860,00 / 1590 = 42,67 TL

Yıllık Palyatif Bakım Maliyeti: 42,67*27 = 1 152,09 TL

Aylık Ortalama Palyatif Bakım Maliyeti: 1 152,09 /12 = 96,00 TL

4.2.3.16. Kanuni yükümlülükler:

Bu giderleri hazine payı, sağlık bakanlığı merkez hissesi, sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu payı, damga pulu kesintisi gibi mevzuat gereğince tahakkuk edilmesi gereken kalemler oluşturmaktadır. Palyatif bakım tedavisi için kamu fiyat

tarifesinde gün başına ödenen ücret (450,00 TL), palyatif bakım biriminin gelirini oluşturmaktadır. Bu nedenle palyatif bakım YHGS belirlenen fiyatla çarpılarak birimin aylık ve yıllık geliri tespit edilmiştir. Yapılan hesaplamada yıllık toplam gelirin 2 928.150,00 TL olduğu, bunun yasal mevzuat gereğince %7'sinin (204.966,00TL) vergi olarak ödendiği bulgusuna ulaşılmıştır. Aylara göre tahakkuk edilen ödemeler ve toplam bedel Tablo 4.31'de ayrıntılı gösterilmiştir.

Tablo 4.31. Kanuni yükümlülükler maliyet tablosu

	YHGS	**Palyatif Bakım Geliri**	**Kanuni Yükümlülük Ödenen Miktar**
Ocak	537	450*537 = 241 650,00	16 915,00
Şubat	522	234 900,00	16 443,00
Mart	571	256 950,00	17 986,00
Nisan	566	254 700,00	17 829,00
Mayıs	587	264 150,00	18 490,00
Haziran	567	255 150,00	17 860,00
Temmuz	587	264 150,00	18 490,00
Ağustos	568	255 600,00	17 892,00
Eylül	549	247 050,00	17 293,00
Ekim	457	205 650,00	14 395,00
Kasım	415	186 750,00	13 072,00
Aralık	581	261 450,00	18 301,00
Aylık Ortalama		244 012,50	17 080,50
Yıllık Toplam		2 928 150,00 TL	204 966,00 TL

TL: Türk Lirası

4.2.3.17. Yönetim hizmetleri giderleri:

Yönetim hizmetlerine ait giderleri, sözleşmeli yöneticilerin aldıkları SEÖ ve PDEÖ ile GÜG oluşturmaktadır. GÜG'ni oluşturan kalemlerin maliyet verileri hastanenin İdari ve Mali İşler Müdürlüğü bölümü verileri ile TDMS kayıtlarından, SEÖ VE PDEÖ verileri ise, döner sermaye biriminden alınmıştır.

Yönetim Hizmetleri GÜG;

Yönetim hizmetlerine aitGÜG şunlardır;

-Kırtasiye Giderleri
-Yakacak Giderleri
-Elektrik Giderleri
-Haberleşme Giderleri
-Temizlik Giderleri
-Bilgisayar Bakım-Onarım Giderleri
-Yemek Giderleri

Bu maliyetlerin palyatif bakım birimine ne kadar yük oluşturduğunun hesaplanmasında dağıtım anahtarlarından faydalanılmıştır. Dağıtım anahtarı olarak; kırtasiye ve haberleşme giderlerinde çalışan kişi sayısı, doğalgaz, elektrik ve temizlik giderlerinde m^2, bilgisayar bakım-onarım giderlerinde ise bilgisayar adedi kullanılmıştır. Tablo 4.32'de yemek giderleri dışında kalan GÜG oluşturan maliyetlerin ayrıntılı hesaplaması dağıtım anahtarları yardımıyla yapılmış, yıllık toplam maliyetin 1 426 260,53 TL olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.32. Yönetim hizmetleri giderleri "GÜG" maliyet tablosu

	Dağıtım Anahtarı	**Yönetim Hizmetleri Veriler**	**Hastanenin Yıllık Maliyeti**	**Yönetim Hizmetleri Yıllık Toplam Maliyeti**	
Kırtasiye Giderleri	Çalışan Sayısı	120	617 820,82	617 820,82 / 1590 = 388,56 388,56*120	46 627,98
Doğalgaz Giderleri	m^2	11 568	4 375 572,00	4 375 572/85 935 = 50,91 50,91*11 568	588 926,88
Elektrik Giderleri	m^2	11 568	4 514 380,00	4 514 380/85 935 = 52,53 52,53*11 568	607 667,04
Haberleşme Giderleri	Çalışan Sayısı	120	67 860,00	67 860/1590 = 42,67 42,67*120	5 121,50
Temizlik Giderleri	m^2	11 568	1 233 512,21	1 233 512,21/85 935= 14,35 14,35*11 568	166 000,80
Bilgisayar Bakım-Onarım Giderleri	Bilgisayar Adedi	157	78 253,11	78 253,11/1031 = 75,90 75,90*157	11 916,33
Yıllık Toplam	1 426 260,53 TL				

TL: Türk Lirası

Yemek giderlerinin tespitinde ise, diğer giderlerden farklı olarak, doğrudan kişi kişi sayısı göz önünde bulundurulmuş, öğün adediyle çarpılarak aylık ve yıllık toplam maliyet bulunmuştur. Yönetim hizmetlerinde çalışan kişiler yanlızca öğle yemeğinden faydalanmaktadırlar. Yapılan hesaplama sonucunda, yönetim hizmetlerinde çalışan kişilere ait yemek maliyetinin, aylık 12 780,00 TL, yıllık ise 153 360,00 TL olduğu görülmüştür.

Yemek Giderleri

Günlük: 3,55*120 = 426,00TL

Aylık: 426*30 = 12 780,00TL

Yıllık: 12 780*12 = 153 360,00TL

Yemek giderleri ve diğer GÜG'nin toplanmasıyla yönetim hizmetleri GÜG'nin yıllık 1 579 620,53 TL, aylık ortalama ise 131 635,04 TL olduğu belirlenmiştir.

1 426 260,53 + 153 360,00 = 1 579 620,53 TL

5 278 757,91 / 12 = 131 635,04 TL

Yönetim Hizmetleri Ek Ödeme Giderleri;

Döner sermaye biriminden elde edilen verilere göre, yönetici kadrosundaki 6 hekim SEÖ almakta olup, bu hekimler dahil toplam 18 yönetici ise PDEÖ almaktadır. Kişilerin aldığı SEÖ ve PDEÖ maliyetinin aylık ve yıllık verileri Tablo 4.33'de gösterilmiştir.Yapılan hesaplama sonucunda, yönetim hizmetlerine ait SEÖ ve PDEÖ giderlerinin yıllık toplam 804 089,42 TL, aylık ortalama ise 67 007,44 TL olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.33. Yönetim hizmetleri giderleri "SEÖ ve PDEÖ" maliyet tablosu

	SEÖ	**PDEÖ**	**Toplam Ek Ödeme**
Ocak	18 565,44	57 928,87	76 494,31
Şubat	17 437,81	61 221,69	78 659,50
Mart	16 065,16	56 242,39	72 307,55
Nisan	15 908,83	56 762,03	72 670,86
Mayıs	10 620,82	42 147,98	52 768,80
Haziran	14 295,54	52 847,20	67 142,74
Temmuz	15 156,17	50 833,33	65 989,50
Ağustos	13 814,50	48 308,55	62 123,05
Eylül	13 477,72	48 774,26	62 251,98
Ekim	14 998,76	50 861,16	65 859,92
Kasım	14 998,76	48 265,71	63 264,47
Aralık	14 998,76	49 557,98	64 556,74
Aylık Ortalama	15 028,18 TL	51 979,26 TL	67 007,44 TL
Yıllık Toplam	180 338,27 TL	623 751,15 TL	804 089,42 TL

TL: Türk Lirası

Yönetim Hizmetleri Giderleri - Palyatif Bakım;

Genel üretim giderleri (GÜG) ve ek ödemeler toplamı sonucunda, yönetim hizmetleri giderlerini oluşturan maliyetin yıllık toplam bedelinin 2 383 709,95 TL, aylık ortalama ise 198 642,49 TL olduğu bulgusuna ulaşıldı.

1 579 620,53 TL + 804 089,42 = 2 383 709,95 TL

2 383 709,95 TL / 12 = 198 642,49 TL

Palyatif bakım ünitesinin, yönetim hizmetleri giderlerinden aldığı mali yükün tespitinde, hizmet verilen yerler göz önünde bulundurularak, yatan hasta hizmetleri, poliklinik hizmetleri ve acil servis hizmetleri şeklinde 3 ana gider başlığı altında gruplandırılma yapıldı. Palyatif bakım birimi yatan hasta hizmetleri başlığı altında değerlendirildi. Maliyet hesaplamasında öncelikle toplam bedel bu üç hizmet grubuna bölündü. Yatan hasta servisleri içerisinden palyatif bakım birimine düşen payın hesaplanmasında, istatistik biriminden elde edilen YHGS verisi, dağıtım anahtarı olarak kullanıldı. Yapılan hesaplama sonucunda birime düşen yıllık toplam maliyetin 28 110,27 TL, aylık ortalama ise 2 342,52 TL olduğu belirlendi.

Hizmet Yerine Düşen Yıllık Toplam Maliyet: 2 383 709,95 / 3 = 794 569,98

Yıllık YHG Başına Düşen Maliyet: 794 569,98 / 183 648 = 4,32

Yıllık Palyatif Bakım Maliyeti: 4,32*6507 =28 110,27 TL

Aylık Ortalama Palyatif Bakım Maliyeti: 28 110,27 /12 = 2 342,52 TL

4.2.4. Palyatif Bakım Gider Dağılımı

Çalışmada toplam gider grupları içerisinde personel giderleri % 41 ile en yüksek gider kalemini oluşturduğu , bunu sırasıyla , GÜG (%34) ve İMMG'nin (% 25) takip ettiği belirlendi. Tüm gider çeşitleri içerisinde ise en yüksek gider türlerini sırasıyla personele yapılan ek ödemeler (% 25,91), ilaç ve farmakolojik ürün giderleri (% 15,90), kanuni yükümlülükler (% 8,86), indirekt personel giderleri (% 7,54) ve nöbet ödemelerinin (% 7,41) oluşturduğu görüldü.

Giderler kendi grupları içerisinde ayrı ayrı değerlendirildiğinde; personel giderleri içerisinde en yüksek maliyeti, doktor ve hemşire grubuna yapılan ek

ödemelerin (% 63,41) , İMMG grubunda ilaç ve farmakolojik ürünlerin (% 62,85), GÜG içerisinde ise en baştaki üç giderin kanuni yükümlülükler (% 26,19), makina teçhizat ve tıbbi cihaz onarım (%20,65) ve çamaşır giderlerinin (% 9,99) oluşturduğu görüldü. Palyatif bakım 2018 yılına ait, tüm giderlere ilişkin maliyet bilgisi, toplamda ve kendi grubu içinde aldığı yüzdelik pay Tablo 4.34'de ayrıntılı gösterilmiştir.

Oluşan toplam giderin YHG başına ne kadar mali yük oluşturduğunun hesaplanmasında, yıllık gerçekleşen toplam maliyetin, yıllık yatan hasta sayısına bölünmesiyle elde edildi. Yapılan hesaplama sonucunda palyatif bakım gün başına gerçekleşen maliyetin 355,41 TL olduğu görüldü.

YHG Başına Oluşan Hasta Maliyeti

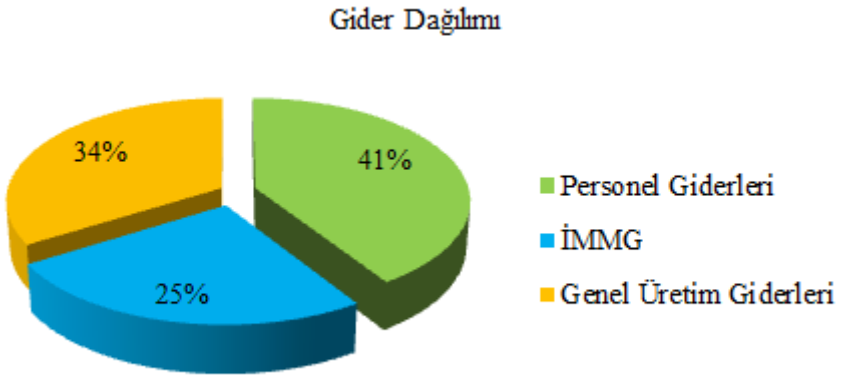
2 312 669,72 / 6507 = 355,41 TL

Tablo 4.34. Palyatif bakım maliyet tablosu

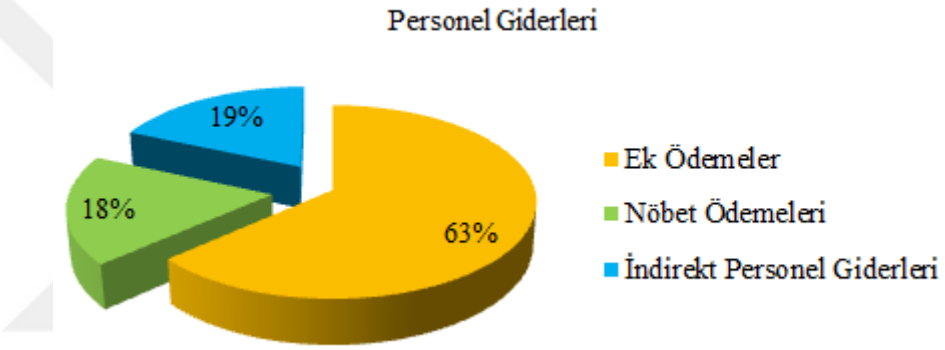
	Direkt Personel Giderleri	**Yıllık Toplam**	**Grubu İçinde % Oran**	**Toplam Gider İçindeki % Oran**	
PERSONEL GİDERLERİ	Ek Ödemeler	599 255,36	63,41	25,91	944 975,39TL
	Nöbet Ödemeleri	171 452,48	18,14	7,41	
	Endirekt Personel Giderleri	174 267,55	18,44	7,54	
İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ	İlaç ve Farmakolojik Ürün Giderleri	367 684,37	62,85	15,90	584 998,36 TL
	Tıbbi Malzeme Sarf Giderleri	55 934,28	9,56	2,42	
	Laboratuvar ve Görüntüleme Giderleri	122 262,89	20,90	5,29	

Tablo 4.34. Palyatif bakım maliyet tablosu (devam)

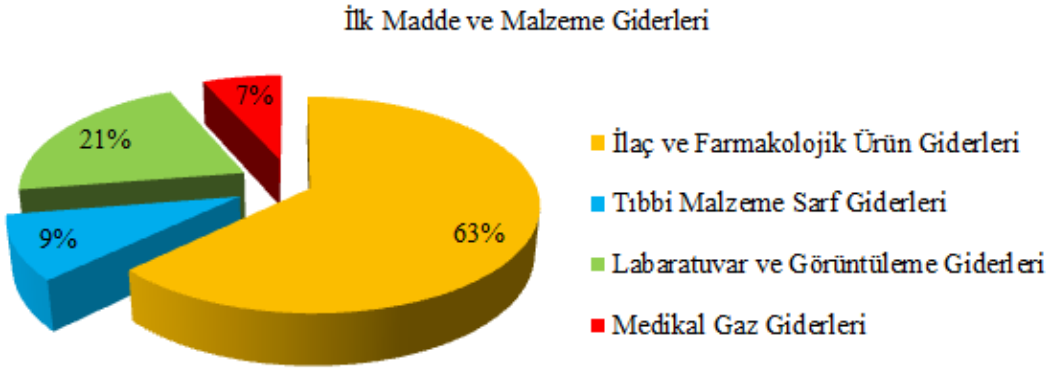
	Medikal Gaz Giderleri	39 116,82	6,69	1,69	
GENEL ÜRETİM GİDERLERİ	Yemek Giderleri	76 381,25	9,76	3,30	782 695,97 TL
	Elektrik Giderleri	44 652,56	5,70	1,93	
	Su Giderleri	17 177,19	2,19	0,74	
	Doğalgaz Giderleri	43 279,64	5,53	1,87	
	Tıbbi ve Tehlikeli Atık Giderleri	9 946,80	1,27	0,43	
	Bina Bakım-Onarım Giderleri	7 257,04	0,93	0,31	
	Makina Teçhizat ve Tıbbi Cihaz Onarım Giderleri	161 652,33	20,65	6,99	
	Sterilizasyon Giderleri	39 868,32	5,09	1,72	
	Kırtasiye Giderleri	1 164,05	0,15	0,05	
	Temizlik Giderleri	12 197,50	1,56	0,53	
	Çamaşır Giderleri	78 192,00	9,99	3,38	
	Bilgisayar Bakım-Onarım Giderleri	683,10	0,09	0,03	
	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Giderleri	474,87	0,06	0,02	
	Demirbaş Amortisman Giderleri	55 540,96	7,10	2,40	
	Haberleşme Giderleri	1 152,09	0,15	0,05	
	Kanuni Yükümlülükler	204 966,00	26,19	8,86	
	Yönetim Hizmetleri Giderleri	28 110,27	3,59	1,22	
Palyatif Bakım Yıllık Toplam Gider	2 312 669,72 TL				



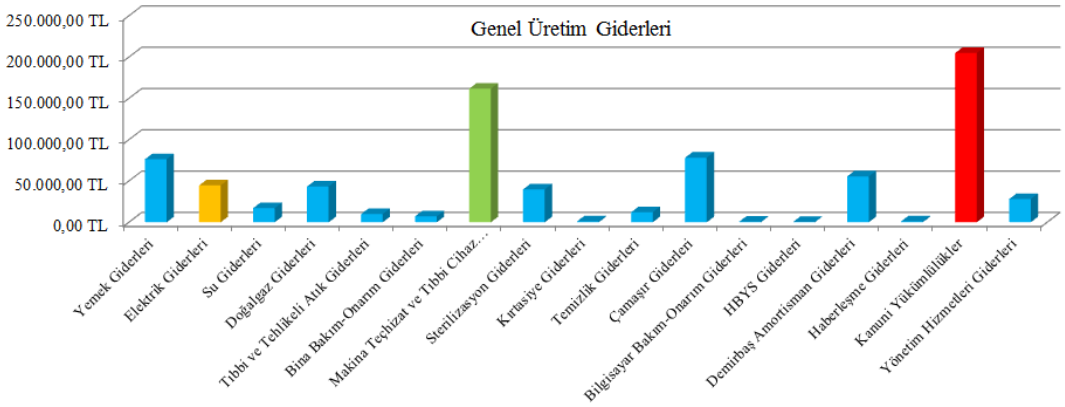
Şekil 4.1.Palyatif Bakım Gider Dağılımı



Şekil 4.2. Palyatif Bakım Personel Gider Dağılımı



Şekil 4.3.Palyatif Bakım İMMG Gider Dağılımı



Şekil 4.4. Palyatif Bakım GÜG Gider Dağılımı

4.3. PALYATİF BAKIM GELİRLERİ

Gelir tahakkuk biriminden edinilen bilgilere göre, 2018 yılı palyatif bakım ünitesi yatan hasta ödemeleri için, 23642684-010-99-1108 sayı 01.06.2017 tarihli kamu sağlık hizmetleri fiyat tarifesi uygulanmıştır. Tarifede EK-2 listesindeki SP560000 işlem koduyla, palyatif bakım tedavisi için Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenen fiyat 450,00 TL olarak belirlenmiştir (Bkz. EK3). Uzman görüşü ve gelir tahakkuk biriminden elde edilen bilgilere göre, palyatif bakım ünitesi için bu ödemenin dışında başka bir gelir kaynağı olmadığı görülmüştür. Çalışmada palyatif bakım YHGS ile kamu fiyat tarifesi üzerinden ödenen fiyatın çarpımıyla aylık ve yıllık toplam gelir bulunmuştur (Bk. Tablo 4.35). Yapılan hesaplamada palyatif bakım ünitesinin toplam yıllık gelirinin 2 928 150,00 TL, aylık ortalama ise 244 012,50 TL olduğu görülmüştür.

Tablo 4.35. Palyatif bakım gelir tablosu

	Palyatif Bakım YHGS	**Palyatif Bakım Geliri**
Ocak	537	450*537 = 241 650,00
Şubat	522	234 900,00
Mart	571	256 950,00
Nisan	566	254 700,00
Mayıs	587	264 150,00
Haziran	567	255 150,00
Temmuz	587	264 150,00
Ağustos	568	255 600,00
Eylül	549	247 050,00
Ekim	457	205 650,00
Kasım	415	186 750,00
Aralık	581	261 450,00
Aylık Ortalama	244 012,50 TL	
Yıllık Toplam	2 928 150,00 TL	

TL:Türk Lirası

4.4. PALYATİF BAKIM GELİR-GİDER İLİŞKİSİ

Gelinen son noktada 2018 SUT'ta belirlenen gün başına ödenen fiyatdan (450,00 TL), gün başına gerçekleşen gider (355,41 TL) düşülmüş, gün başına 94,59 TL hastanenin kârelde ettiği görülmüştür. Tablo 4.36'da ayrıntılı olarak yapılan şekliyle, hastanenin palyatif bakım biriminden yıllık 615 497,13 TL, aylık ortalama ise 51 290,02 TL kâr elde ettiği belirlendi.

Tablo 4.36. Palyatif bakım aylık kâr tablosu

	Palyatif Bakım YHGS	**Palyatif Bakım Aylık Kâr**
Ocak	537	94,59*537 = 50 794,83
Şubat	522	*522 = 49 375,98
Mart	571	*571 = 54 010,89
Nisan	566	*566 = 53 537,94
Mayıs	587	*587 = 55 524,33
Haziran	567	*567 = 53 632,53
Temmuz	587	*587 = 55 524,33
Ağustos	568	*568 = 53 727,12
Eylül	549	*549 = 51 929,91
Ekim	457	*457 = 43 227,63
Kasım	415	*415= 39 254,85
Aralık	581	*581 = 54 956,79
Aylık Ortalama	51 291,42TL	
Yıllık Toplam	615 497,13 TL	

TL:Türk Lirası

5.TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinde oluşan maliyet, sağlık sisteminin nasıl yönetildiği, toplumun sağlık ihtiyaçları, sosyo- ekonomik düzey, kültürel farklılıklar, teknolojik gelişmeler, beklentiler, artan yaş, politika değişiklikleri gibi yapısal ya da yapısal olmayan faktörlerle yakından ilişkilidir. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) verilerine göre, ülkemizdeki sağlık harcamaları hızla artmaktadır.Örneğin, 2015 yılı toplam sağlık harcaması 104 568 milyon TL iken, bu rakam 2018 yılı için 165 234 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Bu maliyetin 128 021 milyon TL'nı ise kamu sağlık harcamaları oluşturmuştur (68). Bu artış genel bütçeye ağır ekonomik yük oluşturmakta, SGK'na geri ödeme noktasında sıkıntılar doğurmaktadır (69).

Sağlık hizmetleri sunumunun yüksek düzeyde uzmanlık gerektirmesi, hızla gelişen teknolojiye bağımlılık, kronik hastalıkların artışı, yaşlanan nüfus oranının artışı, arzın talep oluşturması gibi var olan nedenlerin yanında, yaşanan küresel ölçekteki döviz ve kurdaki değişimler, kamu hastanelerinin borçluluk gün süresinin uzamasına, hastanelerdeki mali yükün daha da artmasına sebep olacağı öngörülmektedir. Ülkemizde ana geri ödeme kurumu konumundaki SGK tarafından belirlenen SUT'nde vakalara yapılan ödemelerin, yapılan birçok çalışmada maliyetleri yansıtmadığı, yapılan maliyet analizleri göz önünde bulundurularak SUT fiyatlarının güncellenmesi gerektiği, maliyetleri daha yüksek olan eğitim araştırma ve üniversite hastaneleri için ise ayrı politikalar oluşturulmasına vurgu yapmaktadır (70-72).

Palyatif bakım tedavisi için geri ödemenin hangi hastanelere yapılacağı, SUT (RG:24.03.2013-28597) ve ilgili ek mevzuatlarda yer almakta olup, ödemenin Sağlık Bakanlığı'nca palyatif bakım verme konusunda tescil edilmiş olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı sağlık tesislerine (Ek ibare: RG 18.6.2016-29746) ve EK-2/A-1 listesinde yer alan (Değişik ibare: RG 9.9.2017-30175) U1, U2 ile U4 (Ek ibare:RG 8.6.2017-30090) kodlu sağlık kuruluşlarına faturalandırılacağı belirtilmiştir. Palyatif bakım tedavisi için yapılacak olan geri ödeme tutarı, SP560000 işlem koduyla 450,00 TL olarak belirlenmiş, 10.01.2018-28.01.2019 ve 08.01.2020 tarihli kamu fiyat tarifelerinde değişikliğe gidilmemiştir. Yine benzer şekilde, aynı tarihli fiyat tarifelerinde, 1. Basamak yoğun bakım hastası için geri ödeme tutarı, SP552001 işlem

koduyla 300,00 TL, 2.basamak için ise SP552002 işlem koduyla 638,00 TL olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın yapıldığı palyatif bakım ünitesinde ortalama yatış gün sayısı 11.31, yatak devir hızı 2.39 ve yatak doluluk oranının ise % 90,37 oranında olduğu görüldü. Palyatif bakım ünitelerinde yatan hastaların son dönem bakım hastası olmaları nedeniyle, yapılacak olan girişimsel ve girişimsel olmayan uygulamaların sonuçlarını görmede uzun bir zaman dilimine ihtiyaç vardır. Bu nedenle palyatif bakım birimleri, verdiği hizmet gereği diğer yatan hasta birimlerinden farklı olarak, uzun yatış sürelerinin neden olduğu düşük yatak devir hızı ile çalışır. Yapılan çalışmalarda, yılda 40 milyon kişinin palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu ve çoğunluğu orta ve düşük gelirli ülkelerde olmak üzere, % 86'sının bu hizmete erişemediğine vurgu yapmaktadır (73, Kaynak: 74 p.2). Çalışmamızda yatak doluluk oranının yüksek olması ülkemizde de palyatif bakım ihtiyacının olduğunu destekler niteliktedir.

Yapılan literatür taramasında palyatif bakım maliyet bilgisine ilişkin ulusal yayınların oldukça sınırlı, uluslararası yayınların ise daha anlamlı düzeyde var olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Uluslararası yayınlar incelendiğinde, çalışmamızla uyumlu olarak palyatif bakım uygulamalarının sağlık maliyetleri üzerinde olumlu etkisinin olduğu görülmüştür. Örneğin; "Smith ve Cassel palyatif bakımın acil servis başvuru sayısını ve yoğun bakımda kalış süresini kısalttığını, bu durumun kaynak tasarrufu sağlayarak, maliyetlerde % 45 oranında azalma sağladığı bulgusuna ulaşırlarken, Samantha et al., Steven et al., Peter et al., Richard et al.,Joan et al. ve Peter et al. yaptıkları çalışmalarda ise, maliyetleri azaltmanın yanında maliyet etkinliğine de fayda oluşturduğunu göstermişlerdir (75-81)."

Ulusal yayınlar incelendiğinde, palyatif bakım maliyet analizine ilişkin yakın bir tarihte yapılan tez çalışmasında, bu çalışmadan farklı olarak SUT'de yer alan fiyatın maliyetleri karşılamadığı ve gün başına 54,19 TL zarar oluştuğu bulgusuna ulaşılmıştır (82). Yapılan çalışmada, giderler içerisinde laboratuvar ve görüntüleme, medikal gaz kullanımı, bina bakım-onarım, sterilizasyon giderleri ve yönetim hizmetlerinden aldığı pay çalışmaya dahil edilmemiş olmasına rağmen, ek ödeme dışında genel bütçeden gelen personel maaşlarının yüksek bir gider çeşidi olup

çalışmaya alınmış olması ve gelir kalemine dahil edilmemesi, yine çalışmanın yapıldığı palyatif bakım ünitesinin yeni olması ve bu nedenle YHGS'nın bu çalışmadaki gün sayısına göre düşüklüğü böyle bir sonucu açıklayabilir.

Saygılı, kanser tanılı hastalara palyatif bakım hizmeti sunan 3 farklı birimin (palyatif bakım merkezleri, yatan hasta servisleri ve evde sağlık hizmetleri) ekonomik sonuçlarını, yataklı tedavi kurumları için toplumsal bakış açısı, evde sağlık hizmetleri için ise hasta gözünden değerlendirdiği çalışmasında; toplumsal açıdan palyatif bakım merkezlerinin yüksek maliyete sahip olduğunu, en etkili maliyet-etkili uygulamanın yatan hasta servislerinde verilen palyatif bakım uygulamaları olduğunu göstermiştir. Yine aynı çalışmada, benzer şekilde hasta ve yakınları gözünden ise, toplam maliyetlerin en fazla palyatif bakım ünitelerinde olduğunu, bunu sırasıyla evde sağlık uygulamaları ve devlet hastaneleri yatan hasta servislerinde verilen palyatif bakım hizmetleri izlediği bulgusuna ulaşmıştır (83). Fakat bu çalışmanın dezavantajı, hastaların bilincinin açık ve soruları cevaplayabilecek durumdaki hastaların örneklem alınması nedeniyle, tıbbi açıdan diğer risk gruplarındaki hasta düzeylerinde maliyet karşılaştırılmasının yapılmamasıdır.

Ulaşılan bulgular ışığında bu çalışmada, toplam gider grupları içerisinde personel giderleri en yüksek gider kalemini oluşturduğu, bunu sırasıyla, GÜG ve İMMG'nin takip ettiği belirlendi (Bk.Tablo 4.34).

Literatürde yapılan bazı çalışmalarda kamu hastanelerinde merkezi bütçeden gelen personel maaşlarının (doktor-hemşire) direkt gider kalemine yansıtıldığını, fakat gelir kaleminde yanlızca SUT ödemelerinin baz alındığını, gidere yansıtılan genel bütçe maaş gelirinin, gelire eklenmediğini görüldü. Aynı hataya düşmemek ve daha doğru bir sonuç elde edebilmek için bu çalışmada, merkezi bütçeden gelen personel maaşları gelir ve gider kalemlerinde gösterilmedi. Buna rağmen, çalışmada personel giderleri tüm gider grupları içinde %41 oranıyla en yüksek gider grubunu oluşturmuştur. Personel gider grubu içindeki en yüksek gider doktor ve hemşire grubuna yapılan ek ödemelerdir. Ek ödemeler personel giderleri içinde % 63,41 oranında olup, tüm gider kalemleri içerisinde % 25,91 ile ilk sırada yer almıştır. Yapılan birim maliyet analiz çalışmalarında, çalışmamızla uyumlu olarak personel giderlerinin ağırlıklı olarak en yüksek maliyet kalemini oluşturduğu görülmüştür.

Örneğin; Bektemür 2012-2013 yılları İstanbul Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı hastanelerin, döner sermaye bütçesi giderlerini değerlendirdiği çalışmasında, personel giderlerinin en yüksek maliyet kalemini oluşturduğunu ve bunun %40-42 oranında olduğu bulgusuna ulaşmıştır ki bu oran çalışmamızla oldukçu uyumludur (84). Yine benzer şekilde Topak, yıl bazında incelediği acil servis birim maliyet analizi çalışmasında, 2014-2017 yılları arasında ortalama % 48,11, Burcu ve ark. tüp bebek ünitesindeki hasta maliyetlerini tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada ise % 49 oranında personel gideri olduğunu göstermişlerdir (85,86). Literatür taramasında personel giderlerinin daha yüksek olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Örneğin, bu çalışmanın yapıldığı hastanenin yoğun bakım ünitesi için Aygül ve ark. tarafından 2012 yılında yapılan çalışmada, personel giderleri % 63,48 olarak bulunmuştur (87). Yine Bülüç ve Ağırbaş, B grubu bir hastanede yaptıkları çalışmada % 57,32, Serap ve ark. poliklinik hizmeti maliyetlerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada % 88,82, Kısakürek yaptığı çalışmada ise % 52 ile personel giderleri birinci sırada gösterilmiştir (44,88,89). Bu çalışmalara kıyasla bizim çalışmamızda personel giderlerine ilişkin oranın düşük kalması, genel bütçeden ödenen maaşların maliyete yansıtılmamasıyla açıklanabilir.

Gider gruplaması içerisinde GÜG %34 ile ikinci sırada yer almaktadır. Literatürde taramasında GÜG'nin ikinci veya üçüncü sırada olduğu yakın zamanda yapılan çalışmalarda ise işletme maliyetlerinin artmasına bağlı olarak GÜG'nin ağırlıklı olarak ikinci sırada yer aldığı görülmüştür. Örneğin; Sonsuz, özel bir hastanede yaptığı çalışmada % 32,78, Afsun Ezel ark. esas üretim merkezlerindeki birim maliyetlerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada % 24,8, İsmail ve ark. 3. basamak bir hastanede yaptıkları çalışmada % 23,5 oranında ikinci sırada GÜG görünmektedir (27,90,91). Çalışmamızda GÜG oranının diğer çalışmalara göre kısmen yüksek oluşunun nedeni hastanenin ana binasının yüz yıllık tarihi bina olmasına bağlı olarak ısınma, aydınlatma, bakım-onarım maliyetlerinin yüksekliği ve birden fazla ek binaya sahip oluşu gösterilebilir.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde elde edilen tahakkuk gelirinin % 7' si kanunen yükümlü olunan kesintilere (SHÇEK payı, Merkez payı, Hazine payı) ayrılır. GÜG grubu içerisinde yer alan bu kesintiler yaptığımız çalışmada bu grup içinde % 26,19 ile birinci, tüm gider türleri içerisinde ise % 8,86 ile üçüncü sırada yer

almıştır. Bektemür çalışmasında kanuni yükümlülük için tüm giderler içinde ayrılan payın 2012 yılı için % 6,15, 2013 yılı için ise % 7,27 olarak tespit etmiştir (84). Yine Çalışkan 2019 yılında yaptığı çalışmasında hastanelerin toplam giderleri içerisindeki kanununi yükümlülük payının % 7, Acarer ise % 7,82 oranında olduğunu belirtmişlerdir (82,92). Çalışmamızda hastanenin palyatif bakım ünitesinin giderleri gelirlerinden bir miktar daha az olduğu için bu değer orantısal olarak bir miktar yükselmiştir.

Genel üretim giderleri (GÜG) içinde makina teçhizat ve tıbbi cihaz onarım giderleri % 20,65 ile en yüksek ikinci, tüm gider türlerinde ise % 6,99 ile beşinci sırada maliyet kalemini oluşturduğu görüldü (Bk. Tablo 4.34). Yapılan birim maliyet analizi çalışmalarına ilişkin literatür taramasında birçok çalışmada, GÜG maliyet dağıtım yöntemlerinden kademeli dağıtım yöntemi kullanılması nedeniyle, makina teçhizat ve tıbbi cihaz onarım sonucu oluşan maliyet ilgili birimlere yüklenmiş, toplam gider içindeki payı net olarak gösterilmemiştir. Ancak gösterilen çalışmalarda bu çalışmadan farklı olarak bu oran daha düşük bulunmuştur. Örneğin; Karaca yataklı tedavi kurumları üzerine yaptığı maliyet analizi çalışmasında bu oranı % 1,06, Ataç yaptığı çalışmada ise % 4,90 olarak tespit etmişlerdir (19,93). Bu çalışmada hastanenin makina teçhizat ve tıbbi cihaz onarım için birim bazında yapılan harcama kaydına ulaşılamadığından, dağıtım anahtarı kullanılarak hesaplamak zorunda kalınmıştır. Bu nedenle, ilgili gider kaleminin hastanelerde düzenli kaydının sağlanması koşulu ile daha sonra yapılacak olan çalışmalarda ayrıntılanmasının, daha doğru sonuç yansıtabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada gider gruplamasında üçüncü sırada % 25 ile İMMG oluşturduğu görülmüştür. Okan ve ark., kamu hastanesinde yaptıkları maliyet analizine örnek bir uygulamada, DİMMG oranını % 26,35, Arslan ve ark. eğitim-araştırma hastanesinde branş bazında yaptıkları çalışmalarında ise yatan hasta maliyetlerinin % 24'nün tetkik, ilaç ve sarf giderleri olduğu sonucuna benzer şekilde ulaşmışlardır (35,71). Yine Aygül ve ark. yoğun bakım ayağında yaptıkları maliyet değerlendirmesinde ilaç ve tıbbi sarf giderlerini toplamda % 20,19 oranında, Mustafa ve ark. ise üniversite hastanesinde 35 birimi incelediği çalışmasında % 32, Bektemür Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı hastanelerde, 2012 yılı için % 21,04, 2013 yılı için ise % 18,05 oranında olduğunu göstermişlerdir (84,87,94). Bu oranlar bizim çalışmamızdaki oranlarla

benzerlik gösterirken, Cenk ve ark. erişkin yoğun bakımda yaptıkları çalışmada, DİMMG maliyetinin toplamda %46,43 gibi daha yüksek oranda bulmuşlardır (95). Kullanılan ilaç, tıbbi sarf malzeme, laboratuvar ve görüntüleme gibi işlemler birimler arası farklılık gösterir. Palyatif bakım biriminde yatan hastaların terminal dönem ve bakım hastaları olmaları nedeniyle, İMMG'nin 2. ve 3. düzey yoğun bakım üniteleri kadar yüksek olmasa da, hastaların büyük çoğunluğunun enteral ve parenteral beslenmesi, genelde oksijen tedavisine ihtiyaç duymaları, zaman zaman enfeksiyon tedavisine gereksinim duymaları vb. sebeplerden hastane geneline baktığımızda orta düzeyde bir maliyet makul karşılanabilir ki bizim çalışmamızda bunu doğrulamaktadır.

Tüm gider kalemleri içinde ilaç ve farmakolojik ürün giderleri % 15,90 ile ikinci , kendi grubu içinde ise % 62,85 ile birinci sırada en yüksek maliyet kalemini oluşturduğu belirlenmiştir. İlaç maliyetleri palyatif bakım hizmeti için, hastaya ve hastalığın durumuna göre değişmekle beraber, hekimin uyguladığı girişimsel ya da girişimsel olmayan yöntemler (örneğin; ağrı tedavisi için epudural kateter takılması ve buna bağlı sürekli ilaç gitmesi), hastanenin hangi grup hastane olduğu, teknolojiyi kullanma, hekim-hemşire pratiği gibi birçok faktörle ilişkilidir. Yapılan literatür taramasında değişken sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin; Çalışkan palyatif bakım maliyetlerini değerlendirdiği çalışmasında, ilaç ve farmakolojik ürün giderlerinin tüm giderler içindeki payının % 30, kendi grubu içerisinde ise % 82,32 olduğunu, Kısakürek ise yaptığı çalışmasında değişken maliyetler içinde ilaç payını % 35 olarak göstermişlerdir (82,89). Erişkin yoğun bakım ayağında Aygül ve ark. yaptığı başka bir çalışmada ise bu oran % 17,35 olarak gösterilmiştir (87).

6. SONUÇ

Ülkemizde palyatif bakımın önemi son yıllarda artan ihtiyaçla birlikte gözle görülür bir şekilde anlaşılmıştır. Bu nedenle sağlık politikacıları ve karar vericiler bugün ve geleceğe yönelik strateji oluştururken öncelikle, birey ve toplum sağlığı için gerekli olan palyatif bakım ihtiyacının tespitini ivedilikle yapmalı, bu konuda ülke ve bölgesel düzeyde farklı olabilecek gereksinimleri gözönünde bulundurarak, en yüksek düzeyde fayda oluşturacak karar ve uygulamalar oluşturmalıdırlar. Bu süreçte kamu kaynakların doğru kullanılmasında öngörü oluşturacağını düşündüğümüz bu çalışmanın tüm sonuçları değerlendirildiğinde, palyatif bakım ünitesinde YHG başına 450,00 TL SGK tarafından ödeme yapıldığı, buna karşılık YHG başına 355,41 TL ise kurumun gideri olduğu görülmüştür.

Bu noktadan hareketle birçok birim maliyet analizi sonuçlarından farklı olarak, SGK tarafından tarafından yayınlanan 2018 yılı için SUT'nde belirlenen fiyatın uzun zamandır güncellenmemesine rağmen maliyetleri karşıladığı, YHG başına 94,59 TL kâr elde ettiği belirlenmiştir. Bu sonuç bizim "üniversite ile birlikte kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde, palyatif bakıma ödenen SUT tarifesi 1. basamak yoğun bakım tarifesinin üzerinde olduğundan, maliyetleri karşıladığı düşünülmektedir" varsayımımızı doğrulamaktadır.

Palyatif bakım ünitesinde yatan hastalar, 1. Basamak yoğun bakım ünitesinde tedavi görüp faturalandırıldığı takdirde, hastanenin yatılan gün başına 55,41 TL zararı olacaktı. Palyatif bakım hastalarına SGK tarafından SUT'ta ödenen gün başına ücret 1. Basamak yoğun bakım hastalarına ödenenden daha yüksek olduğu için, yine bu sonuçta çalışmanın diğer varsayımı olan "üniversite ile birlikte kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde, 1.basamak yoğun bakım birimleri açmak yerine, geri ödemesi SUT'de daha fazla bulunan palyatif bakım yatağı açılması gelir artırıcı bir strateji olabilir" öngörüsünü doğrulamaktadır.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde palyatif bakım ünitelerinin mevcut SUT fiyatlarıyla sürdürülebilir olduğu ve bu hastanelerde 1.Basamak yoğun bakım yatağı/ünitesi açmak yerine,

palyatif bakım yatağı/ünitesi açılmasının daha maliyet-etkin bir strateji olacağı sonucuna varıldı.

KAYNAKLAR

1. Demirkıran, M., Yardan Dikmetaş, E., Yabana, B. (2016). Türkiye Sağlık Harcamaları Trendi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9 (1).
2. Daştan, İ., Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması.*Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
3. Bahar, A., Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 32-39.
4. Erol, S., Ergün, A. (2019). Geriatrik Palyatif Bakım: Neden, Nerede, Ne Zaman, Nasıl ve Kim Tarafından Verilmeli?. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi* , 1(2) , 38-48
5. Kabalak, A., Öztürk, H., Erdem, A.T., Akın, S. (2012). S.B. Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(2), 122-126.
6. Akdoğan, N. (2018).*Tekdüzen Muhasebe Sisteminde Maliyet Muhasebesi Uygulamaları (10. Basım*). Ankara: Gazi Kitapevi.
7. Kaygusuz, S.Y., Dokur, Ş. (2018). *Maliyet Muhasebesi (3. Basım).*Bursa: DORA Basım.
8. Lazol, İ. (2016). *Maliyet ve Yönetim Muhasebesi*. Bursa/Osmangazi: Ekin Yayınevi.
9. Büyükmirza, H.K. (2017). *Maliyet ve Yönetim Muhasebesi(22. Baskı).* Ankara:Gazi Kitapevi.
10. Altuğ, O. (1996). *Maliyet Muhasebesi* . İstanbul: Evrim Yayınları.
11. Shepard, D.S., Hodgkin, D., Anthony, Y. (1998). *Analysis of Hospitals Costs: A Manuel for Managers*. World Health Organization Report, Genova/ Switzerland.
12. Özkan, O., Ağırbaş, İ. (2015). Radyoloji Departmanında Birim Maliyet Analizi ve Örnek Bir Uygulama.*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(13),115-128.
13. Yüksel, A. (1996). Hastanelerde Maliyet Analizi. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 6(2-3), 126-129.
14. Yükçü, S. (2014). *Herkes İçin Yönetim Muhasebesi (2. Baskı)*. İzmir: Altın Nokta Yayınevi.
15. Karakaya, M. (2014). *Maliyet Muhasebesi (6.Baskı).* Ankara: Gazi Kitapevi.
16. Sevilengül, O. (1980). *Muhasebe Kuramı Açısından Türk Vergi Yasalarının İncelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, s.89.
17. Özçelik, F. (2013). Yalın Üretim Ortamına Uygun Maliyet Sistemi Seçimi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 20(1), 47-58.
18. Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2018). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi(5.Baskı).* Ankara: Siyasal Kitabevi.
19. Karaca, Z. (2015). *Yataklı Tedavi Kurumlarında Maliyet Analizi: Ankara İlinde Seçilmiş Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Bir Örnek Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,Ankara.
20. Mucuk, İ. (2001). *Pazarlama İlkeleri (13. Baskı).*İstanbul: Türkmen Kitabevi.

21. Okursoy, A. (2010). *Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
22. Bektemür, G., Arslanoğlu, A., Avşar, F. (2018). *Hastane Yönetiminde 4 Boyut*. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
23. Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (2017, 25 Ağustos). Resmi gazete (Sayı: 30165). Erişim 03.02.2020, http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13. Erişim
24. Eren, E. (2016). *Yönetim ve Organizasyon (12.Baskı*).İstanbul: Beta basım.
25. Cengiz Kaya, K. (1998). *Hastanelerde Finansal Tablo Analizleri ve Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
26. Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 3-50.
27. Ağırbaş, İ., Gök, H., Akbulut, Y., Önder, Ö.R. (2012). Hastanelerde Maliyet Analizi ve Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetlerinde Birim Maliyet Hesaplanması.*Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 15(2), 103-8.
28. Ağırbaş, İ. (2014). *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi.* Ankara: Siyasal Kitapevi.
29. Karasioğlu, F., Çam, A.V. (2008). Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması.*Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 15-24.
30. Cichon, M.,Newbrander, W.,Yamabana, H., Weber, A., Normand,C., Dror, D. et.al.(1999). Modelling in Health Care Finance (A Compendium of Quantitative Technigues for Health Care Financing).*İnternational Labour Office,* Geneva.
31. Yiğit, V., Ağırbaş, İ. (2004). Hastane İşletmelerinde Kapasite Kullanım Oranının Maliyetlere Etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama.*Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2), 142-162.
32. Yıldırım, S. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama Maliyetleri*. Uzmanlık Tezi. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara.
33. Yüksel, İ. (2013). *Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Karlılık*. Yüksek Lisans Tezi.Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
34. Hatınoğlu, G. (2014). *Kapasite Yönetimi ve Tekstil Sektöründe Kapasiteye Etki Eden Faktörler.*Yüksek Lisans Tezi. Okan ÜniversitesiSosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
35. Elif, A., Önder, N.T., Kayalı, S., Keskin, Z.,Yiğit, Ö. (2015). Kamu Hastanelerinde Branş Bazında Hasta Başı Maliyet Analizi (İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, *2*(1), 40-52.
36. Akalın B. (2018). Yatakli Tedavi Kurumu Hizmetlerinde Cevap Verebilirlik: Bir Eğitim Araştirma Hastanesi Örneği. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(2), 321-336.

37. Devebakan, N., Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorların Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,*5(1),38-54.
38. Zerenler, M., Öğüt, A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* (18), 501-519.
39. Lichtenberg, F., Tatar, M., Çalışkan, Z. (2014). The Effect Of Pharmaceutical İnnovation On Longevity, Hospitalization And Medical Expenditure İn Turkey, 1999- 2010. *Health Policy,*117, 361-373.
40. Yiğit, A., Erdem, R. (2016). Sağlık Teknolojisi Değerlendirme: Kavramsal Bir Çerçeve. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23, 215-249.
41. Tengilimoğlu, D., Yiğit, V. (2013). *Sağlık İşletmelerinde Tedarik Zinciri ve Malzeme Yönetimi.*Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
42. Ateş, H., Kırılmaz, H. (2015). Sağlık Personelinin Performans Yönetimine İlişkin Görüşleri Üzerinde Kişisel Faktörlerin Etkileri.*Amme İdaresi Dergisi*, 48(4), 97-128.
43. Karaarslan, E. (2004). Türkiye'de Amortisman Muhasebesi Uygulamaları.*Mali Kılavuz Dergisi*, 26, 55.
44. Durukan, S., Akar, Ç., Şahin, İ. (2007). Seçilmiş Hastanelerde Karşılaştırmalı Poliklinik Gider Yeri Birim Maliyetleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(1), 19-46.
45. Akar, Ç., Şahin, İ., Ergin, G.,Durukan, S., Hotomaroğlu, T., Aktan, A. ve ark. (2006). Hastane Gider Yerleri Hesap Planı ve Veri Kaynakları Analizi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi DRG Maliyetlendirme Rehberi-2, Ankara.
46. Vatansever, S. (2013). *Sağlık Kurumlarında Maliyet Analizi (Bursa Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği.*Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
47. Aydoğan, F., Uygun, K. (2011). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim*, 24(3),4-9.
48. TDK (Türk Dil Kurumu). (2019). *Genel Açıklamalı Sözlük.* (İnternette). Erişim10.05.2019,http://www.tdk.gov.tr/index.php?option 254213.
49. Connor, S.R., Bermedo, MCS. (2014). *Global Atlas Of Palliative Care At The End Of Life.* Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) World Health Organization. s.5.
50. Akdağ, R., Tosun, N., Çinal, A., Yeşilyurt, H., Şencan, İ., Koç, O. ve ark. (2011). *Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023.*T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No: 836,Ankara.
51. Saruç, S. (2013). Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rolleri ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartlar.*Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 193-207.
52. Öngel, K. (2017). Palyatif Bakım Tarihçesi ve Gelişimi. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics,*8(4), 236-40.

53. Darulaceze. *Bağımlı Hasta Yatak Sayısı.* Erişim 23.07.2019, https://www.darulaceze.gov.tr/Kurumsal/Darulaceze
54. Öksüzoğlu, S. (2018). *Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Depresyon ve Tükenmişlik Durumunun Bakım Süresiyle Olan İlişkisi.* Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir
55. Sur, H. (2015). Tıbben Bitmiş Sayılan Ömürlere Hospis Çözüm Mü?*Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*, 36, 36-41.
56. Utku, E. Ş., Hacıkamiloğlu, E., Boztaş, G., Keklik, K., Gültekin, M. (2017). Türkiye'de Palyatif Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları. *Turkiye Klinikleri Medical Oncology-Special Topics, 10*(3), 240-244.
57. Kabalak, A.A., Öztürk, H., Erdem, A.T., Akın, S. (2012). S.B. Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması.*Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(2), 122-126.
58. Çakır, F.B. (2018). Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi 9-11 Mart 2018.Erişim 15.06.2019,http://www.palyatif.org/bildiri-kitabi.pdf9-11
59. Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E.,Tuncer, A. M. (2010). Türkiye'de Palyatif Bakim Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*,13(1),1-6.
60. Akalın, B., Modanlıoğlu, A. (2019). Palyatif Bakım Eğitimlerinin Sürdürülebilirliği. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, Özel Sayı, 432-440.
61. Ekdal, M. (1982). *Tıbhaneden Nümuneye.* İstanbul: Zafer Matbaası.
62. Yıldırım, N.(2015). *İstanbul Tıp Fakültesi Tarihine Bir Bakış*. (İnternette) Erişim 15.05.2020, https://www.academia.edu/tr
63. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Tarihçe* (İnternette) Kasım 2019. Erişim 17.01.2020, https://haydarpasanumuneah.saglik.gov.tr/TR,85393/tarihce.html
64. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakıında Yönerge. (2015,07 Temmuz). Resmi Gazete (Sayı: 15722819/840). Erişim 05.01.2020, https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html
65. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama TebliğindeDeğişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. (2014, 24 Aralık). Resmi Gazete (Sayı: 29215). Erişim 05.01.2020, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/12/20141224.htm
66. SapıoLife. *Oksijen Sistemleri.* Erişim 15.02.2020, https://sapiolife.com.tr/mobil/likit-oksijen-sistemleri.html
67. 333 Sıra No.lu Vergi Usul Kanunu Genel Tebliği. (2004, 28 Nisan). Gelir İdaresi Başkanlığı (Sayı: 25446). Erişim 21.09.2019, https://www.gib.gov.tr/fileadmin/user_upload/Yararli_Bilgiler/amortisman_oranlari.htm
68. TUİK. *2018 Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu (İnternette) 2019, 12 Kasım. Erişim 15.05.2020, http://www.tuik.gov.tr/ Erişim Tarihi : 13.04.2020
69. Dikmetaş Yardan, E., Demirkıran, M., Yabana Kiremit, B. (2016). Türkiye Sağlık Harcamaları Trendi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 9(1),158-175.

70. Beylik, U., Yılmaz, A., Akça, N. (2015). Hastanelere Geri Ödemede Sağlık Uygulama Tebliği İle Tanı İlişkili Grupların Karşılaştırması: Kolesistektomi vakası örneği. *İşletme Bilimi Dergisi*, *3*(2), 39-53.
71. Özkan, O., Kutlu, G., Aydın, C., Aydemir, İ., Ağırbaş, İ. (2014). Hastanelerde Maliyet Analizi ve Örnek Bir Uygulama. *8. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi,* Girne/K.K.T.C.
72. Özkan, O., Ağırbaş, İ. (2015). Hastane Poliklinik Birim Maliyet Analizi ve Örnek Bir Uygulama. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *8*(2),706-714.
73. World Health Organization. (2016). Improving Access to Palliative Care, (İnternette) Erişim 30.01.2016, https://www.cfhi.org/sites/files/files/infographic_palliative_care_en.pdf.
74. Dirimen Arıkan, G . (2016). Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3), 1-5.
75. Smith, T.J., Cassel, J.B. (2009). Cost And Non-Clinical Outcomes Of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*, 38(1), 32–44.
76. Smith, S., Tuğla, A., O'Hara, S., Normand, C. (2014). Evidence On The Cost And Cost-Effectiveness Of Palliative Care: A Literature Review. *Palliat Med* , 28(2), 130-150.
77. Simoens, S., Kutten, B ., Keirse, E., Berghe, V.P., Beguin, C., Desmedt , M. et al. (2010). Costs Of Terminal Patients Who Receive Palliative Care Or Usual Care İn Different Hospital Wards. *J Palliat Med*. 13(11),1365–1369.
78. May, P., Normand, C., Cassel, J.B., Del Fabbro, E., Fine, R.L., Menz, R.et. al. (2018). Economics Of Palliative Care For Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-Analysis. *JAMA İnternal Medicine*, 178(6), 820–829.
79. Brumley, R.D., Enguidanos, S., Cherin, D.A. (2003). Effectiveness Of A Home-Based Palliative Care Program For End-Of-Life. *J Palliat Med*, 6(5):715–724.
80. Penrod, J.D., Deb, P., Dellenbaugh, C., Burgess, J.F., Zhu, C.W., Christiansen, C. L. et.al. (2010). Hospital-Based Palliative Care Consultation: Effects On Hospital Cost. *Journal of Palliative Medicine*, 13(8), 973–979.
81. Mayıs, P., Normand, C., Morrison, R.S. (2014). Economic İmpact Of Hospital İnpatient Palliative Care Consultation: Review Of Current Evidence And Directions For Future Research. *J Palliat Med*, 17(9),1054–1063.
82. Çalışkan, A. N. (2019*). Palyatif Bakım Merkezlerinin Maliyet Analizi: Kamu Hastanesi Örneği.* Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla.
83. Saygılı, M. (2016). *Üç Farklı Palyatif Bakım Hizmet Modelinin Kanserli Hasta – Hastaya Bakım Veren Aile Üyeleri Açısından Değerlendirilmesi ve Maliyet-Etkililik Analizi.* Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
84. Bektemür, G. (Editör) (2014). Birlik ve Hastane Bütçelerine Analitik Bakış 2013 yılı. *İstanbul Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Yayını,* 65.

85. Topak, N. (2018). *Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı Erişkin Acil Servisi Maliyet Analizi (Bireysel Performans ve Havuz Sisteminin Karşılaştırılması).* Uzmanlık Tezi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep.
86. Aslantaş Ateş, B., Toraman, A., Karatopuk, D . (2018). Üniversite Hastanesindeki Tüp Bebek Ünitesinin Maliyet Analizi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 31, 87-98.
87. Yanık, A., Ekinci, O., Kavuncubaşı, Ş., Çaşkurlu, T. (2012). Yoğun Bakım Ünitesi Hizmetlerinin Hastane Maliyetlerine Etkisi. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 52(2), 67-73.
88. Bülüç, F., Ağırbaş, İ . (2017). Hastanelerde Maliyet Analizi: Kamu Hastanesi Örneği. *Sosyal Güvenlik Dergisi* ,7(2),181-210.
89. Kısakürek, M.M. (2010). Hastane İşletmelerinde Bölüm Maliyet Analizi: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(3),229-254.
90. Sonsuz, A.A. (2011). *Hastane İşletmelerinde Birim Maliyetlerin Analizi: Bir Özel Hastane Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
91. Esatoğlu, A.E., Ağırbaş, İ., Payziner, P.D., Akbulut, Y., Göktaş, B., Özatkan, Y. ve ark. (2010). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde Maliyet Analizi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 6,17-27.
92. Acarer, M.E. (2014). *Birim Maliyet Analizi: Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yanık Ünitesinde Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
93. Ataç, G.K. (2009). *Bir Kamu Hastanesinde Departmantal Maliyet Analizi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
94. Kısakürek, M.M., Yılmaz, A., Kılıç, E. (2011). Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Anjiyo Ünitesi Maliyet-Hacim-Kâr Analizi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(37), 42-59.
95. Teker, C., Çavmak, D., Yıldırım, B., Avcı, H. (2019). Sağlık İşletmelerinde Birim Maliyetleme: Bir Özel Hastane Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi Uygulaması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*,22(1),97-112.

EKLER

EK1.Etik Kurul Kararı

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ	: 28 HAZİRAN 2019
TOPLANTI NO	: 2019/5
PROJE/ KARAR NO	: 19/76 (Değerlendirilme Tarihi: 28.06.2019 CUMA)

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilimdalında görevli Dr. Öğr. Üy. Güven BEKTEMÜR' ün sorumlu araştırmacı, Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşenur MODANLIOĞLU' nun yardımcı araştırmacı olduğu 19/76 kayıt numaralı, ***"Palyatif Bakım Maliyet Analizi"*** başlıklı proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan

Prof. Dr. Günseli GÜVEN POLAT
Başkan Vekili

Prof. Dr. Kadriye ÖNEŞ
Üye

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Üye

Prof. Dr. Mahfuz ELMASTAŞ
Üye

Doç. Dr. Maihebureti ABUDILI
Üye
KATILMADI

Doç. Dr. Papatya KELEŞ
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Faruk Berat AKÇEŞME
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Elif GÜLTEKİN
Üye

Avukat Abdullah Ahmet KAYNAR
Üye
KATILMADI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Üsküdar/İSTANBUL
Telefon: 0 (216) 542 32 32 / 2014

EK2.TUEK Toplantı Kararı

T.C.
Sağlık Bakanlığı
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
SBÜ. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sayı :771/01/2019
Konu: 1. Tez Konusu Onayı
2. Dış Rotasyon
3. İhtisas uzatma
4. Rotasyon saydırma
5.Retrospektif çalışmalar

TUEK
TOPLANTI TUTANAĞI

Hastanemiz Eğitim Sorumlularının talebini görüşmek üzere 29.01.2019 Salı günü saat 16:00'da Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Başkanı Doç.Dr.Eyüp Veli KÜÇÜK, Eğitim Koordinatörü Prof.Dr.Fügen AKER, Prof.Dr.Meryem Günay GÜRLEYİK Prof.Dr.Hasan BOMBACI, Prof.Dr.Osman EKİNCİ, Prof.Dr.Serpil EROL, Prof.Dr.Sema Zer TOROS, Doç.Dr.Kadir KAYATAŞ, Prof.Dr.Hatice Elvin YILDIZ, Uz.Dr.Mecit ÇALIŞKAN ve Yrd.Doç.Dr.Memet Taşkın EGİCİ İştirakı ile toplandı.

1. Yapılan Değerlendirmede Genel Cerrahi Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olarak görev yapan Dr.Muhammed Tahir AKÇA'nın uzmanlık eğitimi bitirme tezi olarak "Kolorektal Kanserin Karaciğer Metastazlarında Hastalıklı Ve Hastalıksız Sağkalım Analizi,Bunlara Etki Eden Risk Faktörleri" isimli çalışmayı yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

2. Yapılan Değerlendirmede Genel Cerrahi Kliniği Uz.Dr.Emre GÜNAY'ın 2015-2016 ve 2017-2018 yılı Temel Eğitim programlarının onaylanması talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

3. Yapılan Değerlendirmede Genel Cerrahi Kliniği Uz.Dr.Cebrail AKYÜZ'ün 2016-2018 yılı Temel Eğitim Proglamlarının onaylanması talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

4. Yapılan Değerlendirmede Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Uz.Dr.İsmail Emre Ketenci'nin 2017-2018 yılı Temel Eğitim programlarının onaylanması talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

5. Yapılan Değerlendirmede Beyin Cerrahi Kliniği uzmanlık öğrencisi Dr.Duygu CEMAN'ın tezine yetersizlik alması sebebi ile ihtisasının 6 ay uzatılması talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

6. Yapılan Değerlendirmede Göz Sağlığı ve Hastalıkları kliniği uzmanlık öğrencisi Dr.Mehmet KAY'ın uzmanlık eğitimi bitirme tezi olarak "Rekraktif Cerrahi Uygulanan Hastalarda Preoperatif Statik Siklotrorsiyon, İntraoperatif Statik Ve Dinamik Siklotrorsiyonun Postoperatif Klinik Başarıya Etkisi" isimli çalışmayı yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

7. Yapılan Değerlendirmede İç Hastalıkları Kliniği uzmanlık öğrencisi Dr.Ömer İLERİ'nin uzmanlık eğitimi bitirme tezi olarak "Vitamin D Düzeyinin Kalp Yetmezliği Ve Klinik Evrelendirmesi İle İlişkisi"isimli çalışmayı yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

8. Yapılan Değerlendirmede Anestezi ve Reanimasyon Kliniği uzmanlık öğrencisi Dr.Berrin KUL'un uzmanlık eğitimi bitirme tezi olarak "Kardiyopulmoner Bypass Cerrahisinde Near İnfrared Spektroskopi Monitorizasyonu Ve Tedavi Protokolünün Postoperatif Kognitif Disfonksiyon Üzerine Etkisinin Araştırılması " isimli çalışmayı yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

9. Yapılan Değerlendirmede Anestezi ve Reanimasyon Kliniğinde Sağlık Teknikeri olarak görev yapan Ayşenur MODANLIOĞLU'nun Retrospektif çalışma olan "Hasta Yakınları Gözünden Palyatif Bakım, Ameliyathanede Çalışmanın Ameliyathane Hemşireleri Gözünden Değerlendirilmesi ve Palyatif Bakım Maliyet Analizi" isimli çalışmaları yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

10. Yapılan Değerlendirmede Gastroenteoloji Kliniği Uz.Dr.Özgür BAHADIR'ın Retrospektif çalışma olan "Kronik Hepatit B Hastalarında GPR nin Karaciğer Fibrozunu Tahmin Etmekteki Etkinliği" isimli çalışmayı yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

11. Yapılan Değerlendirmede Acil Tıp Kliniği uzmanlık öğrencisi Dr.Lokman ÖZTÜRK'ün uzmanlık eğitini bitirme tezi olarak "Hastanemize Başvuran Kanser Hastalarında Hematokrit/Rdw Oranının Hastane İçi Ve 1 Aylık Mortalite Tahminindeki Yeri" isimli çalışmayı yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

12. Yapılan Değerlendirmede Tıbbi Patoloji Kliniği Uz.Dr. Gülistan GÜMRÜKÇÜ 'nün Retrospektif çalışma olan "Multifokal Böbrek Tümörleri" isimli çalışmayı yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

13. Yapılan Değerlendirmede Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık öğrenicisi olarak görev yapan Dr.Ali KOCAGÖZ, 4 ay süreli zorunlu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonunu İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Sağlığı Hastanesinde yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

14. Yapılan Değerlendirmede Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık öğrenicisi olarak görev yapan Dr.Şazile DİRİM'in Ordu Üniversitesinde yaptığı Kadın Doğum İhtisasının şimdi zorunlu olan Kadın doğum rotasyonuna sayılması talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

15. Yapılan Değerlendirmede Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık öğrenicisi olarak görev yapan Dr.Hilal ERYİĞİT'in uzmanlık eğitimi bitirme tezi olarak "Kadın Hekimlede Emzirme Özyterlilik Algısı Emzirme Tutumu Ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması " isimli çalışmayı yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

16. Yapılan Değerlendirmede Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık öğrenicisi olarak görev yapan Dr.Betül ÇOŞKUN'un uzmanlık eğitimi bitirme tezi olarak "Hekimlerin Yaşlılık Ve Yaşlanma İlgili Algı Ve Tutumları İle Bireysel Faktörmerinin Yaşlı Ayrımcılığı Üzerine Etkisi " isimli çalışmayı yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

17. Yapılan Değerlendirmede Üroloji Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olarak görev yapan Dr.Emrah ÖZSOY'un uzmanlık eğitimi bitirme tezi olarak "Deney Hayvanı Modelinde Platelet Rich Plasma'nın Tek Taraflı Üreteral Obstrüksiyonda Renal Protektif Etkisi " isimli çalışmayı yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

18. Yapılan Değerlendirmede Radyoloji Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olarak görev yapan Dr.Sinem CÖMERT, bilgi ve becerisini arttırmak amacı ile 1 ay süreli Kardiyotorasik Radyoloji rotasyonunu Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniğinde yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

19. Yapılan Değerlendirmede Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olarak görev yapmakta olan Dr.Hatice Kübra ÖZHAN, zorunlu rotasyonu olan Halk Sağlığı Rotasyonunu İstanbul Medeniyet Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

20. Yapılan Değerlendirmede Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği Prof.Dr.Serpil EROL,Doç.Dr.Asuman İNAN ve Doç.Dr.Nurgül CERAN'ın Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalin'dan Prof.Dr.Volkan KORTEN'in yapacağı ulusal çok merkezli müdahalesiz gözlemsel "Türkiyede HIV İle Enfekte Hastaların Rutin Klinik İzleminde Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabine/Tenofoviralafenamide (E/C/F/TSF)"Tedavisinin Etkinlik ve Tolerabilitesinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmaya katılmak ve bu amaçla hasta verilerinin paylaşımı için istenilen izin talepleri TUEK tarafından uygun görülmüştür.

21. Yapılan Değerlendirmede Dermatoloji Kliniğinde görev yapmakta olan Prof.Dr.Sema AYTEKİn'in "Psoriasis Hastalarında Biyolojik Ajanların Etkinliklerinin Değerlendirilmesi Ve Tedavi Değişikliklerinin İzlenmesi-Multimerkez Retrospektif Çalışma "isimli çalışmayı yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

22. Yapılan Değerlendirmede Dermatoloji Kliniğinde görev yapmakta olan Prof.Dr.Sema AYTEKİn'in "Psoriasis Hastalarında Biyolojik Ajanlarla Görülen Yan Etkiler-Multimerkez retrospektif çalışma "isimli çalışmayı yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

23. Yapılan Değerlendirmede Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık öğrencisi olarak görev yapan Dr.Özden AKSU SAYMAN,ın bilgi ve becerisini arttırmak amacı ile İstanbul Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yeni Doğan Yoğun Bakım Kliniğinde 3 ay süreyle rotasyon yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

24. Yapılan Değerlendirmede Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık öğrencisi olarak görev yapan Dr.Fatma Gözde AVCI'nın bilgi ve becerisi arttırmak amacı ile Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde 1 ay süreli AMATEM rotasyonunu 01-30 Eylül tarihlerinde yapma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

25. Yapılan Değerlendirmede Doku Tiplendirme Laboratuvarında Temel İmmunoloji Uzmanı olarak görev yapan Uz.Dr.Emine Emel KOÇMAN'ın bilgi ve becerisini arttırmak amacı ile İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi,Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalında, doku tiplenme laboratuar testleriyle ilgili 2 (iki) ay süre ile eğitim alma talebi TUEK tarafından uygun görülmüştür.

BAŞKAN
Doç.Dr.Eyüp Veli KÜÇÜK
Başhekim

BAŞKAN YRD.
Prof.Dr.Füsun AKER
Eğitim Koordinatörü

ÜYE
Prof.Dr.M.Güray GÜRLEYİK
Eğitim Sorumlusu

ÜYE
Prof.Dr.Hasan BOMBACI
Eğitim Sorumlusu

ÜYE
Prof.Dr.Osman EKİNCİ
Eğitim Sorumlusu

ÜYE
Prof.Dr.Serpil EROL
Eğitim Sorumlusu

ÜYE
Prof.Dr.Sema ZER TOROS
Eğitim Sorumlusu

Doç.Dr.Kadir KAYATAŞ
İç Hast. Adalı A.Başkan Yar.

Yrd.Doç.Dr.Memet Taşkın EGİCİ
Aile Hekimliği Eğitim Sorumlusu

Doç.Dr.Mehmet AKYÜZ
Üroloji Kliniği

Uz.Dr.Necit ÇALIŞKAN
Psikiyatri Kliniği Idari ve Eğitim Sorumlusu

1

2

EK3. Palyatif Bakım Fatura Örneği

TEK FATURA

FATURA - A-

T.C.
Sağlık Bakanlığı
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kurumu	SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	**Fatura Tarihi**	24122018
Hastanın Muayene Branşı	PALYATİF BAKIM MERKEZİ	**Fatura No**	12489964
Doktoru		**Müracaat Tarihi**	18112018
Tanısı	Z93.1-Gastrostomi durumu	**Çıkış Tarihi**	22122018
Hasta Toplam Tutarı	15.300,00 TL	**Hasta Adı Soyadı**	
Medula Dönen Toplam Tutar	15.300,00 TL	**Dosya/Geliş No**	5135547 / 25
		T.C. Kimlik	

Hizmet Tarihi	Kodu	Sut Kodu	Hizmet Adı	Hizmet Adet	HBYS Hizmet Tutar	İndirim	Medula Dönen Tutar	Medula Hizmet Türü
18.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
19.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
20.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
21.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
22.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
23.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
24.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
25.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
26.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
27.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
28.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
29.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
30.11.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
01.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
02.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
03.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
04.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
05.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
06.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
07.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
08.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
09.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
10.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
11.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
12.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
13.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
14.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
15.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
16.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
17.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
18.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
19.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
20.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET
21.12.2018 00:00	P560000		Palyatif bakım tedavisi	1	450	0	450	PAKET

ÖZGEÇMİŞ

BİREYSEL BİLGİLER

- Adı – Soyadı: Ayşenur MODANLIOĞLU
- Doğum Yeri ve Tarihi: Arhavi/01.02.1984
- Uyruğu: T.C.
- Medeni Durumu: Evli
- E-posta : aysenurm.bilimsaglik@gmail.com
- Yabancı Dili: İngilizce

EĞİTİM

- Yüksek Lisans: Sağlık Bilimleri Üniversitesi – Sağlık Yönetimi AnabilimDalı (2018-2020)
- Lisans: İstanbul Üniversitesi - Acil Durum ve Afet Yönetimi (2015-2017)
- Önlisans: Marmara Üniversitesi – Anestezi Bölümü (2000-2002)

MESLEKİ DENEYİM

- İsviçre Hastanesi Anestezi Teknikerliği-2002
- Alman Hastanesi Anestezi Teknikerliği-2004
- Yeditepe Üniversite Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon ABD Anestezi Sorumlu Teknikeri-2005
- Haydarpaşa Numune Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon ABD Anestezi Teknikerliği-2012
- Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon ABD Anestezi Teknikerliği-2020

BİLİMSEL YAYINLAR

- **Makaleler**

  -Palyatif Bakım Eğitimlerinin Sürdürülebilirliği. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi,* 2019, 432-440.

  -“Ameliyathane Hemşiresi Olmak”: Nitel Bir Çalışma. *Anadolu Hemşirelik Sağlık Bilimleri Dergisi* 23(1), 100-108.

-Sağlık Kurumu Tercihinde Sosyal Medyanın Rolü. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 7(54), 1364-1371.

- **Sözlü Sunular**

- Palyatif Bakıma Beslenme Palyasyonu İçin Yatırılan Hastalardaki Beslenme Yolunun Tedavi Başarısı Üzerine Etkisi, 2. Palyatif Bakım Sempozyumu.

- Hipertansiyonu Kontrol Altında Olan Hastanın Şezlong Pozisyonundaki Hemodinamik Yanıtı Normotansif Hastadan Farklımıdır?. Türkiye Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kongresi 2018.

SERTİFİKALAR

* Problem Çözme Teknikleri, 2006 IQ Uluslararası Kalite Danışmanlık

* JCI (Joint Commission International) Akreditasyon 2005-2008 (Anesteziyoloji ve Reanimasyon)