

**T.C.**  
**AVRASYA ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ VE YÖNETİMİ**  
**ANABİLİM DALI**

**KRONİK YATALAK HASTALARIN EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ**  
**İLE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDAKİ TEDAVİ**  
**MALİYETLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Sultan AŞIK**

**KASIM 2014**

**TRABZON**

**T.C.**  
**AVRASYA ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ VE YÖNETİMİ**  
**ANABİLİM DALI**

**KRONİK YATALAK HASTALARIN EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ**  
**İLE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDAKİ TEDAVİ**  
**MALİYETLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Sultan AŞIK**

**Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde**  
**“YÜKSEK LİSANS”**  
**Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.**

**Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 05/11/2014**

**Tezin Savunma Tarihi : 12/11/2014**

**Tezin Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK**

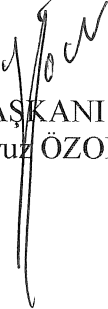
**Trabzon 2014**

T.C.  
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

**KABUL VE ONAY**

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Yrd. Doç. Dr. İsmail OCAK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Sultan AŞIK tarafından hazırlanan “Kronik Yatalak Hastaların Evde Sağlık Hizmetleri İle Yataklı Tedavi Kurumlarındaki Tedavi Maliyetlerinin Karşılaştırılması” başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun 12/11/2014 gün ve 21 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

  
ÜYE  
Prof. Dr. Mustafa KÖKSAL

  
JÜRİ BAŞKANI  
Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN

  
ÜYE (Danışman)  
Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

  
Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK  
Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Gelişen teknolojiye bağlı olarak yaşam standartlarında meydana gelen iyileşmelerin yanında ortaya çıkan kronik hastalıklara yakalanma riskindeki artışla birlikte bu hastalıkların tedavi giderlerinin sürekli ve fazla oluşu nedeniyle sağlık hizmeti sunucularını maliyetleri azaltma arayışlarına yöneltmiştir. Bu amaçla kronik hastalıkların tedavileri sağlık kurumlarının yanında evde sağlık hizmetleri birimi koordinasyonunda il içerisinde mevcut hastanelerde oluşturulan birimler ve TSM'lerdeki mobil ekipler aracılığıyla sağlanmaktadır. Hastaneler ve evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin bugüne kadar maliyet karşılaştırılması yapılmamıştır.

Bu çalışmada, evde sağlık birimince sunulan hizmetlerin, kronikleşen hastalıkların tedavisinde sağlık kurumlarına göre daha ucuz veya pahalı mı olduğunu açıklanmaya çalışılmıştır. Çalışma, Trabzon Ortahisar ilçe sınırları içerisinde bulunan yaşlı ve yatağa bağımlı, kronikleşen hastalıkları nedeniyle yatalak durumda olan hastalar ve engelli bireylerin Trabzon Evde Sağlık Birimi ile Trabzon Fatih Devlet Hastanesinde yapılan tedavilerinin maliyetleri karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın yürütülmesinde, fikir ve düşünceleri ile beni yönlendiren sayın hocam Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, araştırma için izin veren Sağlık Bakanlığına, doküman temininde ve değerlendirme aşamasında yardımlarını esirgemeyen Trabzon Fatih Devlet Hastanesi Yöneticilerine teşekkürlerimi bir borç bilirim.

**Sultan AŞIK**  
**Trabzon 2014**

## **TEZ BEYANNAMESİ**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum Yatalak Hastaların Evde Sağlık Hizmetleri İle Yataklı Tedavi Kurumlarındaki Tedavi Maliyetlerinin Karşılaştırılması” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim. 17/09/2014

**Sultan AŞIK**  
**Trabzon 2014**

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa No

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	III
ÖNSÖZ.....	IV
TEZ BEYANNAMESİ.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	IX
SİMGE VE KISALTMALAR.....	X
ÖZET .....	XI
ABSTRACT .....	XII
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Sağlık Hizmetleri.....	2
2.1.1. Ülkemizde Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar .....	3
2.1.1.1. Hastaneler .....	4
2.1.1.1.1. Devlet Hastaneleri .....	4
2.1.1.1.2. Üniversite Hastaneleri .....	4
2.1.1.1.3. Dal Hastaneleri .....	4
2.1.1.1.4. Özel Hastaneler.....	5
2.1.1.2. Rehabilitasyon Merkezleri.....	5
2.1.1.3. Aile Hekimliği .....	5
2.1.1.4. Evde Sağlık Hizmeti Birimi .....	6
2.2. Dünyada Evde Sağlık Hizmetleri .....	7
2.3. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri .....	8
2.3.1. Evde Sağlık Hizmetleri.....	10
2.3.2. Evde Sağlığa Müracaatların Yapılışı.....	13
2.3.3. Evde Sağlıktan Hizmet Alan Hasta Grupları.....	13
2.3.4. Evde Sağlıkta Hizmet Veren Sağlık Ve Sosyal Çalışanları .....	14
2.3.5. Evde Sağlığın Hastalara Sağladığı Faydalar .....	15

2.3.6.	Evde Sağlık Hizmetinin Sonlandırılması .....	17
2.3.7.	Evde Sağlık Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar .....	17
2.3.8.	Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin Sorunları .....	18
2.4.	Kronik Hastalıklar .....	19
2.5.	Maliyet Analizi Kavramı .....	24
2.5.1.	Hastane İşletmelerinde Maliyetleme Yöntemleri .....	25
2.5.1.1.	Maliyetlerin Kapsamına Göre Maliyet Yöntemleri .....	25
2.5.1.1.1.	Tam Maliyet Yöntemleri .....	26
2.5.1.1.2.	Değişken Maliyet Yöntemleri .....	26
2.5.1.1.3.	Normal Maliyet Yöntemi .....	27
2.5.1.1.4.	Asal (Direkt) Maliyet Yöntemi .....	27
2.5.2.	Maliyetlerin Saptanma Zamanına Göre Maliyet Yöntemleri .....	27
2.5.2.1.	Fiili Maliyet Yöntemi .....	27
2.5.2.2.	Tahmini Maliyet Yöntemi .....	28
2.5.2.2.	Standart Maliyet Yöntemi .....	28
2.5.3.	Maliyetlerin Saptanma Şekline Göre Maliyet Yöntemleri .....	29
2.5.3.1.	Sipariş Maliyet Yöntemi .....	29
2.5.3.2.	Evre (safha) Maliyet Yöntemi .....	29
2.5.4.	Bölmelerin Maliyetlendirilmesi .....	29
2.5.5.	Hasta Maliyetlendirme .....	30
2.5.6.	Melez Maliyetlendirme .....	30
2.5.7.	Kademeli Dağıtım Yöntemi .....	31
3.	GEREÇ VE YÖNTEM .....	32
3.1.	Evren Ve Örneklem .....	32
3.2.	Veri Kaynakları .....	32
3.3.	Yöntem .....	33
3.4.	Sınırlamalar .....	33
4.	BULGULAR .....	34
4.4.1.	Demografik Veriler .....	34
4.4.1.	Uygulama .....	35
5.	TARTIŞMA .....	40
6.	SONUÇ .....	42

7.	KAYNAKÇA .....	43
8.	EKLER.....	45
	ÖZGEÇMİŞ.....	47



## TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Nörolojik ve Psikiyatrik Hastalıklar.....	20
Tablo 2. Hematolojik ve Onkolojik Hastalıklar .....	21
Tablo 3. Akciğer ve Solunum Sistemi Hastalıkları .....	22
Tablo 4. Ortopedi ve Travmatoloji Hastalıkları .....	22
Tablo 5. Kardiyo Vasküler Hastalıklar .....	23
Tablo 6. Kronik ve Endokrin Hastalıklar .....	23
Tablo 7. Kas Hastalıkları (Yatağa Bağımlı) .....	23
Tablo 8. 2013 Yılı Trabzon İl Sınırları İçerisindeki Hasta Sayıları .....	34
Tablo 9. 2013 Yılı Trabzon Evde Sağlık Hizmetleri Verileri .....	34
Tablo 10. Fatih Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi Personel durumu .....	35
Tablo 11. Fatih Devlet Hastanesi 2013 Yılı Sabit Giderleri .....	36
Tablo 12. Fatih Devlet Hastanesi 2013 Yılı Ayaktan ve Yatan Hasta Gelirleri .....	37
Tablo 13. Fatih Devlet Hastanesi 2013 Yılı Günlük Yatak Maliyeti .....	37
Tablo 14. Hemipleji, KOAH, Yatak yarası, Diabet ve Hipertansiyon hastalarının Tedavilerinin Fatih Devlet Hastanesindeki Toplam Hizmet Maliyetleri .....	38
Tablo 15. Fatih Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi Personel Maliyetleri.....	38
Tablo 16. Fatih Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi Araç Maliyeti .....	39
Tablo 17. Hemipleji, KOAH, Yatak yarası, Diabet ve Hipertansiyon Hastalarının Tedavilerinin Fatih Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi Toplam Hizmet Maliyetleri .....	39

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>ADSM</b>	: Ağız Diş Sağlığı Merkezi
<b>ALS</b>	: Amyotrofik Lateral Skleroz
<b>CVA</b>	: Cerebrovascular Accident
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DM</b>	: Diabetes Mellitus
<b>Evsad</b>	: Evde Sağlık Hizmetleri
<b>GBD</b>	: Gider Bütçesi Dengeleme
<b>HBYS</b>	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
<b>ICD-10</b>	:International Classification Disease-10/ Uluslararası Hastalık Sınıflaması
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
<b>MKYS</b>	: Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>SUT</b>	: Sağlık Uygulama Tebliği
<b>SVO</b>	: Serebrovasküler Olay
<b>TDMS</b>	: Tek Düzen Muhasebe Sistemi'nde
<b>TSH</b>	: Temel Sağlık Hizmetleri
<b>TSİM</b>	: Temel Sağlık İstatistikleri Modülü
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>UNICEF</b>	: (United Nations Children's Fund) Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

**Yüksek Lisans Tezi**  
**ÖZET**  
**KRONİK YATALAK HASTALARIN EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ İLE**  
**YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDAKİ TEDAVİ MALİYETLERİNİN**  
**KARŞILAŞTIRILMASI**  
**Sultan AŞIK**  
**Avrasya Üniversitesi**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**  
**Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yönetimi Anabilim Dalı**  
**Danışman: Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK**  
**2014, 44 Sayfa, 2 Sayfa Ek**

Ülkemizde, yaşam şartlarının iyileştirilmesi, doğurganlık ve mortalite oranlarının düşmesi, teknolojinin gelişmesi sosyal ve çevresel etkenlerin düzeltilmesi, aşılamayla bağışıklık düzeyinin artırılması ve bulaşıcı hastalıklara karşı yüksek direncin oluşması yaşam süresini uzatmıştır. Buna bağlı olarak insanların uzayan yaşam sürecinde kronikleşen hastalıklara yakalanma riski artmıştır ve tedavi olmak için farklı sağlık kurumlarından hizmet almaktadırlar. Hizmet alma noktasında, farklı kurumlarla sağlanan sağlık hizmetlerinin en etkin ve düşük maliyetli olanını bulmak için maliyet analizi yapılmış olup tablolarla kıyaslanmıştır.

Yaptığımız bu araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığının kurmuş olduğu evde sağlık hizmetlerinin, yardıma ve tedaviye ihtiyaçlı insanların kronikleşen hastalık seyrinde hastaneye göre daha ucuz veya pahalı mı olduğunu açıklamaya yönelik yapılmış tez çalışmasıdır. Tez çalışmamız, Trabzon Ortahisar ilçe sınırları içerisinde bulunan ve yaşlı yatağa bağımlı kişileri, kronikleşen hastalıkları nedeniyle yatalak durumda olan hastaları, engelli bireyleri kapsamaktadır.

Araştırmamızda Trabzon Ortahisar İlçesi içerisinde bulunan Fatih Devlet Hastanesi hasta kayıt verileri ve T.C. Sağlık Bakanlığı Trabzon Halk Sağlığı Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi Biriminin istatistikî verileri kullanılmıştır. Tez çalışmasında TSİM'de (Temel Sağlık İstatistikleri Modülü) en çok görülen 5 tanı baz alınmıştır. Bu tanımlarla, hastaneye yatan 50 hasta ile evde sağlık hizmetleri birimi tarafından takip edilen 50 hasta olmak üzere toplam 100 hastanın maliyeti araştırılmış, Fatih Devlet Hastanesinin boş yatak maliyeti ve aynı zamanda evde sağlık hizmetleri biriminin giderleri hesaplanmış ve tablolarla kıyaslanmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığının farklı kurumlarından tedavi amaçlı fayda sağlamaya karşılıklı alınan bu hizmetlerin hastaya ve devlete yansıyan maliyeti analiz edilmiş ve düşük olanı bulmaya yönelik araştırma yapılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Bakım Hizmeti, Maliyet Analizi, Sağlık Uygulama Tebliği

**Master Thesis**  
**ABSTRACT**  
**COMPARISON OF TREATMENT COST OF HOME CARE SERVICES AND**  
**INPATIENT TREATMENT INSTITUTIONS FOR CHRONICALLY BEDRIDDEN**  
**PATIENTS**  
**Sultan AŞIK**  
**Avrasya University**  
**Institute Of Medical Sciences**  
**Health Facilities Management and Teacher Department**  
**Supervisor: Assistan Prof. Dr. İsmail Hakkı OCAK**  
**2014, 44 Pages, 2 Pages Appendix**

In our country, life expectancy has been prolonged with the improvement of living condition, the decline in fertility and mortality rates, the development of technology and adjustment of environmental impacts, increasing of immunity level by vaccination and formation of a high resistance against infectious diseases. Hence, during the extending life expectancy of people, risk of getting chronic diseases has been increases and people are getting services from different health institutions for treatment. At this point of getting services, we made a cost analysis and compared with the tables to find the most effective and most cost-effective health services provided from different institutions.

This research is a thesis study in order to explain that does home health service which was established by T.C. Ministry of Health, cheaper or expensive in the course of chronic diseases of people in need of help and treatment than the hospital. Our thesis covers elderly bedridden people, bedridden patients due to chronic diseases and disable individuals within Trabzon Ortahisar district's boundaries.

In the research, we used data of patient records from Fatih State Hospital located in Trabzon Ortahisar district and statistical data of Home Health Coordination Central Unit of T.C. Health Ministry Trabzon Public Health Department. We based most common 5 diagnoses on TSİM (Basic Health Statistics Module). We investigated the cost of 100 patients which includes 50 hospitalized patients and 50 patients who monitoring by Unit of Home Health Services due to this diagnoses, calculated the cost of empty bed in Fatih State Hospital and expensed of Unit of Home Health Services and compared with tables.

We analyzed costs of these services to provide therapeutic benefits from different institutions of T.C. Health Ministry and researched towards to find lower one.

**Key Words:** Home Health Service, Cost Analyses, Health Application Notification

## 1. GİRİŞ

Ülkemizde yaşlı nüfusun artışı ve buna bağlı kronik hastalıkların artması, yatalak düzeydeki hastaların hastanelerde uzun süre yatışları nedeniyle gereksiz yatak doluluğu oluşturmaya neden olmakla birlikte, ayrıca uzun süreli yatışlar nedeniyle ümmün sistemin yetersiz olması enfeksiyona açık olan kronik yaşlı ve yatalak hastaları ikinci bir enfeksiyon oluşumuna götürmektedir. Hastalardaki uzayan yatışlar ve ikinci enfeksiyonlar gereksiz maliyet artışına sebep olmaktadır.

Oysa Hastaların kendi ev ortamlarından uzaklaşmadan normal günlük yaşamına devam ederken tedavilerinin yapılması ve rehabilitasyonlarının sağlanması hasta bireylerin tedaviye yanıtını kolaylaştırır. Hasta yakınlarının, kendi ev ortamlarında hastalarına bedelsiz sağlık hizmeti götürülmesinin devlete güvencin artmasına, kendilerinin yakınlarına faydalı olabilmelerini hissetmelerine, hasta ve yakınının yüksek memnuniyetine neden olmaktadır. Hastanede yatırılan hastalarda oluşan huzursuzluk ve hasta yakınlarının refakatçilik esnasındaki kendi meskenleriyle hastane arasındaki gidiş gelişleri ve zorunlu insani harcamalarının da eklenmesiyle hastaların hastanelerden hizmet alırken ödediği maliyet artmaktadır.

Bu sebeple hastalarda maliyet analizi ve kontrolü yapmak, hastaya verilen hizmetin aynı boyutta ve farklı maliyetlerde çıkması nedeniyle, en uygun maliyetle aynı hizmeti nasıl alabilir sorusundan yola çıkılmıştır.

Çalışmamızın birinci bölümünde maliyet karşılaştırmalarını yapacağımız evde sağlık hizmetleri ile sağlık hizmet sunucuları ile ilgili bilgiler verilmiştir. Bunlardan evde sağlık hizmetlerinin dünyada, ülkemizde ve nihayetinde çalışmamızın yapıldığı Trabzon'daki durumu ayrıntılı olarak izah edilmiştir.

Çalışmamızın ikinci bölümünde evde sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan maliyetler ile sağlık kurumlarında hizmet sunumunda meydana gelen maliyetlerin nasıl tespit edileceği gösterilmiş ve maliyetler belirlenmiştir.

Sonuç bölümünde ise tespit edilen maliyetler üzerinden evde sağlık hizmetleri ile yataklı tedavi kurumlarındaki maliyetlerin karşılaştırılması yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri kavramını ve kapsamını açıklarken öncelikli olarak sağlık kavramının tanımlanması faydalı olacaktır. Sağlık kavramı ile ilgili olarak literatürde çeşitli tanımlamalar bulunmaktadır. Bunlardan bazılarına değinecek olursak;

Sağlık 1961 tarihli, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunda şu şekilde tanımlanmaktadır: "Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir."

Çağımızın sağlık hizmetleri anlayışı, 1978 yılında Kazakistan'ın Alma- Ata şehrinde ,bütün ülke ve uluslararası kuruluşların katılımıyla UNICEF ve DSÖ'nün önderliğinde gerçekleştirilen "Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı"nda şekillendirilmiştir.

Alma- Ata'da ki tanıma göre "TSH (temel sağlık hizmetleri), pratik ve bilimsel temellere oturmuş, bilimsel ve sosyal açıdan kabul edilebilir yöntemler ve teknoloji ile toplumda bireylere ve ailelere onların tam katılımı ve kabul edebilecekleri bir maliyetle sunulan ve evrensel düzeyde ulaşılabilir, esas/temel sağlık hizmetleridir. Ülkenin hem sağlık sistemine entegre olmuş hem de sosyal ve ekonomik kalkınabilirliğine odaklanmış olmalıdır. TSH, bireylerle ilk temas noktasıdır ve aileye ve topluma onların yaşadığı ve çalıştığı yerlerde, onlara olabildiği kadar yakından ve ulusal sağlık sistemi aracılığıyla sağlık hizmetlerinin ilk elemanı olarak ve sürekli bir sağlık hizmeti sunumunu sağlar" O ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeği olup, ulusal kalkınma için büyük önem taşır. [1]

TSH,

- sağlık hizmetlerinin genelini ilgilendiren bir görüşür,
- sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde anahtardır,
- sağlık hizmetlerinin ilk basamağıdır,
- bir faaliyetler topluluğudur.[2]

Sağlığın genel kapsamlı tanımı ise:

Dünya sağlık örgütü tarafından yapılan tanıma göre sağlık, yalnızca hasta veya sakat olmamak değil beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir. Ülkemizde kabul görmüş tanım ise; hastalıklardan arınmış olmak değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olmak demektir. Bunun yanında tanıma ilave olarak ekonomik açıdan da iyi olma koşulu eklenmiştir.

- Fiziksel sağlık: Solunum, beslenme, boşaltım, hareket, uyku, cinsellik gibi ihtiyaçlarını tam olarak yerine getirebilme.
- Ruhsal-duygusal sağlık: Bireyin kendisi ve çevresiyle sürekli uyum içinde olmasıdır. Olumlu düşünme, yaşamdan zevk alma, başkalarıyla ve yalnız çalışabilme yeteneği, sorumluluk alma.
- Sosyal sağlık: Sevilme: ait olma, ailesiyle ve arkadaşlarıyla ilişkisi, iş durumu, sosyal uğraşların olması. [3]

### **2.1.1. Ülkemizde Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar**

Sağlık Bakanlığı; Türkiye için sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık hizmetleri standartlarını oluşturan ve bu standartların gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin denetimini yapan ve genel sağlık politikalarını oluşturup ve uygulayan bir bakanlıktır.[4]

Daha açık bir ifadeyle Sağlık Bakanlığı'nın temel görevleri; Bakanlık içinde yönetim ve organizasyonun belirlenmesi, personel eğitimi ve yönetimi, malzeme ve envanter yönetimi, insan kaynaklarının planlaması, sağlık sektöründe en üst düzey yönetici pozisyonunda olması, misyon olarak üstlendiği en önemli görevler; ülke geneline sağlık hizmetlerinin eşit ve adil bir biçimde ulaştırılması, günün şartlarına uygun olarak modern sağlık hizmetinin oluşturulması, sağlık sistemi için gerekli iş gücünün sağlanabilmesi, eğitim ve öğretim üzerinde önemli bir rol üstlenmesi, sağlık kuruluşları personellerin kurum içi eğitimlerle daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun yapılması, sağlık bakanlığının önemli görevleri arasındadır. [4]

Hastane türleri aşağıda ayrıntılı olarak verilmiştir.

### **2.1.1.1. Hastaneler**

Yataklı Tedavi Kurumları: Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır. [5]

#### **2.1.1.1.1. Devlet Hastaneleri**

Her türlü acil vakıa ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır. [5]

#### **2.1.1.1.2. Üniversite Hastaneleri**

Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır. [5]

#### **2.1.1.1.3. Dal Hastaneleri**

Dal hastaneleri; belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanlara veya bir organ ve organ grubu hastalarına yönelik hizmet veren özel hastanelerdir. Dal hastanelerinin, yirmi dört saat süreyle sürekli ve düzenli olarak ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti vermeleri ve aşağıdaki şartları taşımaları zorunludur:

1) Hastanenin ana faaliyeti ile ilgili uzmanlık dalında kadrolu en az dört uzman tabip çalıştırmak,

2) Hastanenin ana faaliyeti ile ilgili varsa diğer uzmanlık dallarında kadrolu en az bir uzman tabip çalıştırmak,

3) Yoğun bakım var ise bunlar ve gözlem yatakları haricinde, en az yirmi beş hasta yatağı olmak,

4) Hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikleri, üniteleri ve laboratuvarı bünyesinde bulundurmak,



5) Acil ünitesi bulundurmak.

Bu Yönetmelikle standartları belirlenmeyen dal hastanelerinin acil üniteleri ile olması gerekiyor ise yoğun bakım üniteleri, radyoloji ve laboratuvar hizmetlerinin taşınması gereken asgari standartlar Bakanlıkça tebliğ ile düzenlenir. [6]

#### **2.1.1.1.4. Özel Hastaneler**

Özel hastaneler, faaliyet alanlarına, hizmet birimlerine, yatak kapasitelerine, teknolojik donanımlarına ve hizmet verilen uzmanlık dallarının nitelik ve sayısına göre, genel hastaneler ve özel dal hastaneleridir. [6]

#### **2.1.1.2. Rehabilitasyon Merkezleri**

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri daha çok hastalığın tedavi sürecinin tamamlanmasının ardından hastalığın izlerinin tamamen giderilememesi gibi durumlarda başvurulmuş sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler genel anlamda iki farklı şekilde ele alınmaktadır. Bunlar tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyondur.

Rehabilitasyon merkezleri, organ, sinir, adale ve kemik sistemleri hastalıkları ile kaza, yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum veya servislerdir.

#### **2.1.1.3. Aile Hekimliği**

Aile hekimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilitasyon edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri diye tanımlanır. [7]

Aile sağlığı elamanı, Tanımında ise, aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan hemşire, ebe, sağlık memurunu değerlendirilerek hizmetin kim tarafından verileceğine karar verilir. [7]

Aile sağlığı merkezi, Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu kapsar diyerek tanımı yapılır. [7]

Ülkemizde evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği yönerge 'de belirtilen usul ve esaslara göre tespit edilen kişilere yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri, 02.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği" ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili diğer mevzuat gereği toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtasıyla verilir. [7]

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek evde sağlık hizmetlerine ilişkin çalışma ve iş planı aile sağlığı merkezi veya ilgili aile hekimince hazırlanır, sağlık grup başkanlığı veya toplum sağlığı merkezi tarafından onaylanarak bu maddenin ikinci ve üçüncü fıkrasında belirtilen esaslar dahilinde uygulanır. [8]

Aile hekimi hizmetin sağlık kurumu bünyesindeki kurulu birim vasıtası ile verilmesi gerektirdiği kanaatinde ise başvuru formunu nedenlerini açıklayarak doldurup koordinasyon merkezine gönderir. Başvuru, komisyon tarafından ekli bilgi ve belgeler doğrultusunda değerlendirilir. Gerekeçleri de belirtilerek hizmetin hangi seviyede verilmesi gerektiğini karara bağlar.

Komisyonun kararı doğrultusunda başvuru gerekeçeli kararı ile birlikte ya birim sorumlusu tabibe veya diş tabibine havale edilir ya da başvuruyu yapan aile hekimine gönderilir. Karar hizmetin birim tarafından verilmesi yönünde ise aile hekimine de ayrıca bilgi verilir. Birim veya aile hekimi karar doğrultusunda işlem yapmakla yükümlüdür. [9]

#### **2.1.1.4. Evde Sağlık Hizmeti Birimi**

Evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi, bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak randevu,

kayıt ve takip sisteminin tanımlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır, diye tanımlı yapılır. [9]

## **2.2. Dünyada Evde Sağlık Hizmetleri**

Evde sağlık hizmetlerinin dünyadaki durumuna bakıldığında, genellikle evde bakım hizmetlerinin bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır.

Evde sağlık hizmetleri eski çağlardan günümüze uzanan bir hizmettir . Dünyada evde bakım hizmetleri içerisinde; evde yardım (home help), evde takip hizmetleri (home attendant care), ev sağlık hizmetleri (home health services), süreli bakım (respite care), evlere yemek servisi (meals-on wheels), telefonla yardım servisi (tele care service) ve evlere bakım-onarım hizmeti (handyman service) gibi hizmetler yer almaktadır. Uygulamada bu hizmetler için “home care services”ın eş anlamlısı olan “domiciliary care services” kavramı da kullanılmaktadır.

ABD bu alanda en gelişmiş ülkelerden biridir. 18. yüzyılda fakir hastaların evlerine düzenlenen ziyaretlerle başlayan hizmetler, 1909’da ilk kez sigortalar tarafından ödenmeye başlamıştır . Evde bakım hizmeti ABD’de 1965 yılında yasalaşmıştır. 1970’li yıllarda özel sağlık sigortaları evde bakımın daha az masraflı olduğunu ve hastane bakım maliyetlerini kendileri açısından düşürdüğü için aktif olarak kullanmaya başlamıştır.1980’lerde Ulusal Evde Bakım Derneği kurulmuş ve bu alanda akreditasyon zorunlu hale getirilmiştir. Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği 1994 verilerine göre; ABD’de evde bakım ve destek hizmetleri veren kurum sayısı 15027’dir. Evde bakım sektörünün büyüklüğü 170 milyar dolar civarında olup taburcu olan hastaların yüzde 15-20’si de evde bakım hizmetlerine yönlendirilmektedir. Bu hizmetlerin tüm sağlık harcamaları içindeki payı ise yüzde 7,8’dir.

Bugün ABD’de 17.000, Almanya’da 13.000 kuruluş evde bakım hizmeti vermekte, belediyeler kiliseler, özel şirketler ve sigortalar bu alanda hizmet vermektedirler.

Avrupa’da evde sağlık hizmeti yıllardır uygulanan bir toplum hizmetidir. Hollanda, İsveç, Danimarka ve İngiltere, İskoçya gibi ülkelerde hükümetler evde sağlık ve bakım

hizmetlerini sunarken bir yandan da kaliteli hizmetlerin verilmesini sağlayacak programları desteklemektedirler.

Evde bakım hizmetleri İngiltere sağlık bakım sisteminde büyük bir sorun olan hastanelerdeki yatış için kısmen çözüm olmuştur.

Avrupa'daki evde sağlık hizmetleri uygulamalarına bakıldığında; İspanya'da evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı yaklaşık 14 milyondur. İngiltere'de ise yaşlıların 1/6'sı uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Japonya'da yaşlıların büyük bölümü geleneksel yapılarına bağlı olarak aileleri tarafından ev ortamında bakılmaktadır. 65 yaş üzeri nüfusta 1998 yılı itibariyle evde bakım hizmeti alan yaşlı nüfus Kanada'da %17, Amerika'da %16, Avustralya'da %11,7, İsveç'te %11,2, Almanya'da %9,6, Fransa'da %6,1 ve Japonya'da ise %5'dir . Doğu Avrupa'da, uzun süreli bakımı daha çok hastanede yapıldığı için evde bakımı aileler tarafından verilmektedir. Moldova, Ukrayna ve Belarus'ta olduğu gibi, bu ülkelerde ailelere destek amacıyla hükümet tarafından verilen tek hizmet kızıl haç (hemşire grubu ve sağlık merkezleri) tarafından yürütülmektedir. [7]

### **2.3. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri**

Ülkemizde 1990 nüfus sayımına göre yaşlı nüfus oranı % 4,3 iken, 2000 yılında bu oran % 5,6'ya yükselmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre, ülkemizdeki 65 yaş ve üstü nüfus oranı 6,9'dur. [7]

Ülkemizde adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2010 yılı sonuçları % 7,2'si ise 65 ve daha yukarı yaş grubunda bulunmaktadır. [7]

Veriler incelendiğinde 20 yıl içerisinde ülkemizdeki yaşlı nüfusunun yaklaşık iki katı oranında arttığı söylenebilir.

Evde sağlık hizmetleri uygulamaları, Türkiye için yeni bir sektördür. Türkiye'de evde bakım hizmetleri, 10.3.2005 tarihli ve 2575 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile yasal düzenleme altına alınmış, bu alanda faaliyet gösteren tüm kuruluşların Sağlık Bakanlığı Uygunluk Belgesi almaları zorunlu kılınmıştır. [7]

Sağlık Bakanlığının 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı yönergesiyle ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri yatalak veya özürlü bakıma ihtiyacı olanlara hizmet vermeye başlanmıştır. 24.02.2011 tarih ve 8751 sayılı makam onayı ile yeni yönerge yürürlüğe girmiştir.

Evde sağlık hizmetine ihtiyacı olanlar Türkiye'nin her yerinden 444 38 33 (444 EV DE) numaralı telefonu arayarak koordinasyon merkezlerine ulaşabilir, toplum sağlığı merkezlerine, aile hekimlerine veya Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde kurulmuş olan evde sağlık hizmeti birimlerine telefonla sözlü veya dilekçe ile yazılı olarak müracaat edebilirler.evde sağlıkla ilgili ülkemizde 3kez farklı tarihlerde uluslar arası büyük kongreler düzenlenmiştir.hepsinde ortak payda verilen hizmetin kalitesini arttırmak amacıyla olmuş,bunun yanında hizmet daha ne kadar iyiye götürülebilir sorusuna yanıt aranmaya çalışılmıştır.

Trabzon'da Halk Sağlığı Müdürlüğü bünyesine geçen Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezine bağlı 13 birim olup, görev dağılımları aşağıdaki gibidir;

- Trabzon Merkezine; Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fatih Devlet Hastanesi, Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi,
- Akçaabat ve Düzköy İlçelerine; Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi,
- Vakfikebir, Tonya, Şalpazarı, Çarşıbaşı, Beşikdüzü İlçelerine; Vakfikebir Devlet Hastanesi,
- Araklı İlçesine; Araklı Bayram Halil Devlet Hastanesi,
- Of, Hayrat, Dernekpazarı ve Çaykara İlçelerine; Of Devlet Hastanesi,
- Sürmene ve Köprübaşı İlçelerine; Sürmene Devlet Hastanesi,
- Arsin İlçesine; Arsin Toplum Sağlığı Merkezi,

- Yomra İlçesine; Yomra Toplum Sağlığı Merkezi,
- Maçka İlçesine; Maçka Toplum Sağlığı Merkezi.

### **2.3.1. Evde Sağlık Hizmetleri**

Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik uzun süreli bakımı gerektiren yaşlı hastaların yanı sıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklardır. [10]

Evde sağlık Hizmeti, gerek teşhis ve tedavi sonrası bakım sürecinde, gerek kronik bir hastalığın takibinde yatağa tam bağımlı olan hastaların ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin ev ortamında ve bu konuda eğitilmiş personel ile sunulmasıdır. Hastaya tanı koymaktan ziyade tanısı konulmuş hastanın düzenlenmiş olan tıbbi bakım ve tedavisinin uygulanması ve eğitiminin sağlanmasıdır. [11]

TC. Sağlık bakanlığının Evde Bakım Hizmeti: resmi Gazete’de 10.03.2005 tarih ve 25751 sayı ile yayınlanan Evde Bakım; Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasını [9], diye tanımlanırken, sağlık bakanlığı bu konuyu tekrar gündeme taşımış ve daha detaylandırarak 2013 yılında resmi gazetede aşağıdaki şekilde düzenlemiştir.

Evde sağlık hizmeti;

24.03.2013 tarih ve 28597 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanarak yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nin Evde sağlık hizmetleri başlıklı 2.1.1.A maddesinde; “Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” doğrultusunda Sağlık Bakanlığınca bağlı sağlık hizmet sunucuları bünyesinde oluşturulan evde sağlık hizmeti vermek üzere kurulmuş olan birimlerce verilen sağlık hizmetleridir.” şeklinde tanımlanmıştır. [8]

Bu tanımın yanı sıra bu konuya daha detaylı değinildiğinde ise aşağıdaki bilgi bütününe ulaşılır

Evde aile bireyleriyle birlikte yaşayan veya kimsesiz, özürlü, yaşlı, felçli, yatağa bağımlı, hayatını başkalarına bağımlı olarak idame ettiren bakıma muhtaç bireylere, KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) vb. solunum sistemi hastalarına, Palyatif bakım gereken, enteral-parantral gereksinimi olan terminal dönem onkoloji hastalarına, İleri derecedeki kas hastalarına, Fototerapi ihtiyacı olan yeni doğanlara (0-1 aylık) , Nörolojik hastalıkları (ALS (Amyotrofik lateral skleroz), CVA (Cerebrovascular accident) vb.) olan bireylere, Hastanede gördüğü tedavi veya ameliyatı sonrasında taburcu edilen ve idame tedavisinin evde sağlanması gereken hastalara, Kaza geçirmiş olup kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinimi duyan hastalara verilir. [12]

Evde Sağlık Hizmetleri kapsamına alınan hastaların ihtiyaç duyduğu ağız ve diş sağlığı hizmetleri de Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri tarafından verilmektedir. [12]

Tüm bu tanımlardan yola çıkarak konuyu biraz daha açtığımızda karşımıza daha geniş boyutuyla aşağıdaki bilgilere ulaşıyoruz.

Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde yatağa bağımlı kişilere, sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere, evinde ve aile ortamında sağlık, sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene tetkik, tahlil ve tedavi, tıbbi bakım, diş tedavileri ve takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsar. Evde Sağlık Hizmetleri ilk aşamada yatağa bağımlı hastalara hizmet verecek, Hareket kabiliyetini kaybetmemiş, sağlık kuruluşuna gidebilen ve sağlık sorunları çok ağır tablolar oluşturmayan hasta grubu hizmet kapsamında değildir.

Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi hastalığın teşhisini koymak olmayıp daha önce ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında; muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, ilacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ve

hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi ve hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar. Lüzumu görülmesi halinde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak gerekli konsültasyon sağlanır.

Evde sağlık hizmeti alan kişiler, tıbbi zorunluluk hallerinde sorumlu tabibin gördüğü lüzum üzerine en uygun sağlık kurum veya kuruluşuna sevk edilir. Sevkine karar verilen hastanın sevk edildiği sağlık kurumuna veya gerektiğinde sağlık kurumundan eve nakli veya evden eve nakli evde bakım hizmetleri için tahsis edilen veya ilgili sağlık kurumuna ait hasta nakil aracı ile yapılır.

Evde sağlık hizmetleri, randevu sistemi ile ve mesai saatleri dahilinde yürütülür. Ev ziyaretlerinde verilen sağlık hizmetleri sırasında hastanın ailesinden birinin veya bir yakınının bulunması sağlanır. Yalnız sağlık bakanlığının yeni bir yapılanmaya giderek evde sağlığa Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, hizmet veren ilin Belediyesi ve sağlık müdürlüklerini de içine alan geniş kapsamlı uygulamayı Bolu ilimizde 04.06.2014 tarihinde yapmış olduğu protokolle ülkemize duyurmuş, bu konunun ülkemiz açısından hassasiyetine önemli bir katkıda bulunmuşlardır.

Dolayısıyla hizmet hastaya tam kapsamlı, donanımlı bir şekilde götürülmüş olup hastanın ev ve sosyal statüsüne bakılarak, maddi durumu asgari şartların altında olan vatandaşlarımıza, kendi yakınlarının bakımıyla görevlendirerek hasta yakınlarının da ülke ekonomisinde istihdam edilmesini sağlamıştır. Hasta yakınlarının kendi hastalarına bakarak iş sahibi olmaları, hasta açınsındansa yabancı kişilerle muhatap olmamaları yönünde önemlidir. Diğer yandan ekipte belediye personelinin bulunması hastanın diğer ev ve kişisel hijyeninde yardımcı olacaktır. Sağlık personeli ise zaten yapması gerekli müdahaleyi yapacaktır.

Evde sağlık hizmeti verilen kişilerin mevcut durumları hariç, yeni oluşan acil haller durumunda, birimindeki ekiplerin görev alanına girmez. Bu durumlarda 112 İl Ambulans Servisi ya da doğrudan sağlık kuruluşlarının acil servislerine gitmeleri gereklidir. Bakanlığın yapmış olduğu yasal düzenlemelerle ise aşağıdaki kararlar alınmış ve ödemeler konusunda bakanlık tamamen yasal bir dayanak hazırlamıştır.



Sağlık uygulama tebliğinde yer alan evde bakım hizmetleri ile ilgili düzenlemeler:

SUT'un Evde sağlık hizmetlerinde ödeme başlıklı 2.2.1-B-3 maddesi;

1- Evde sağlık hizmetleri bedelleri hizmet başına ödeme yöntemi ile SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç listeleri esas alınarak faturalandırılır.

2- Hastaya kullanılan her türlü tıbbi malzemenin sağlık hizmeti sunucusu tarafından temini zorunludur. Kurumca bedeli karşılanmayan ilaç ve tıbbi malzemeler hariç olmak üzere sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen faturalandırılabilir ilaç ve tıbbi malzeme bedelleri ilaveten faturalandırılabilir. Reçete edilmesi halinde ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilir. [8]

### **2.3.2. Evde Sağlığa Müracaatların Yapılışı**

Evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan hastalar Türkiye'nin her yerinden 444 38 33 numaralı telefonu arayıp, bulunmuş olduğu ilin plaka kodunu kodlayarak ücretsiz koordinasyon merkezlerine ulaşabilirler. Toplum sağlığı merkezlerine, aile hekimlerine veya Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri veya eğitim araştırma hastanelerinde kurulmuş olan evde sağlık hizmeti birimlerine telefonla sözlü veya dilekçe ile yazılı olarak müracaat edebilirler.

Evde sağlık hizmetleri tarafından hastaya verilen hizmet mesai saatleri içinde olup hizmet randevu sistemi ile verilir.

### **2.3.3. Evde Sağlıktan Hizmet Alan Hasta Grupları**

- 1.KOAH vb. solunum sistemi hastalıkları
- 2.Yatağa bağımlı hastalar
- 3.Terminal dönem palyatif bakım hastaları
- 4.İleri derecedeki kas hastalıkları
- 5.Evde sağlık hizmeti kapsamına alınan hastalardır. [11]

Evde bakım hizmetleri, ameliyat sonrası bakım gereksinimi olanlardan uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hasta ve yaşlılara, yeni doğum yapan annelerden tedavisi evde de sürdürülebilecek hastalara, kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyanlardan, aşılama ve laboratuvar tetkikleri gibi hizmetleri evinde veya işyerinde almak isteyenlere kadar çok geniş bir yelpazede ihtiyaç sahiplerine hitap etmektedir. Bunun yanı sıra Evde Bakım Hizmetleri alanlar arasında en büyük çoğunluğu oluşturan gruplar aşağıda sıralanmıştır. [13]

- Ameliyat sonrası bakım ihtiyacı olanlar
- Ortopedi ve Travmatoloji hastaları
- Kalp, Damar ve Hipertansiyon hastaları
- Hemipleji (Felçli) hastaları
- Onkoloji (Kanser) hastaları
- Akciğer ve Solunum hastaları
- Diyabet hastaları
- Nöroloji hastaları
- Oksijen tedavisine ihtiyacı olan diğer hastalar
- Yeni doğum yapan anne ve bebekleri
- Bakım ihtiyacı olan yaşlılar ve özürllüer
- Yara bakımı, enjeksiyon, infüzyon ve diğer kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyanlar
- Grip, Hepatit-B, Zatürre gibi hastalıklardan korunmak için aşılanmak isteyenler
- Laboratuvar tetkik ve test hizmetlerine ihtiyacı olanlar
- Evinde her türlü medikal ekipman ihtiyacı olanlar. [13]

#### **2.3.4. Evde Sağlıkta Hizmet Veren Sağlık Ve Sosyal Çalışanları**

Hastanın sakat, özürllü veya sadece yaş itibarıyla kendi bakımını yapamama durumuna göre sağlık (rehabilitasyon, fizyoterapi, post operatif bakımı) veya sosyal hizmetlere ihtiyacı olabilmektedir. Bu anlamda sağlık bakanlığı personellerinden;

- Hekimler
- Hemşireler

- Sosyal hizmet uzmanı
- Diyetisyenler
- Fizyoterapistler
- Sağlık memurları
- Psikologlar
- Sağlık teknisyenleri
- Yerel yönetimler
- Gönüllü veya özel kuruluşlar olabilir. [7]

### **2.3.5. Evde Sağlık Hastalara Sağladığı Faydalar**

Evlerde sağlık bakımının yıllardır yurt dışında da görülen en önemli iki faydası vardır. sağlık harcamalarında sağladığı düşüş ve kişinin kendi huzurlu ortamında, ailesi ve bakımına olanak vermesidir. Evde bakım kurumsal hasta bakımına alternatif bir sağlık Hizmeti sağlayarak, hasta ve ihtiyacı olan kişiye daha özgür ve kendi otonomisinde olma şansı verir. Bunların yanında bu hizmetin yararlarını şöyle sıralayabiliriz:

- 1) Sağlık servisini ayağınıza getirir.
- 2) Kişiyeye özel bir bakım sağlar.
- 3) Bakım alan aileyi bir arada tutar.
- 4) ) En üst düzeyde bağımsızlık sağlar.
- 5) Bakım maliyetlerini düşürür.
- 6) Teşhisten iyileşmeye kadar geçen süreçte kesintisiz kaliteli ve standart hizmet sağlar.
- 7) Hasta ve yakınlarına bakım konusunda eğitimi de içerir.
- 8) Hastanın ve ailesinin stresinin azaltır.
- 9) ) Son aşamada bulunan hastalar için yeğlenen bir bakım türüdür.
- 10) Yaşlıları bağımsız olarak ele almaya çalışır.

11) Ev ortamında hastanın aile içi yaşama katılması, daha etkili psikolojik destek sağlar.

12) Evde sağlık hizmetinde enfeksiyon riski hastaneye göre daha azdır.

13) Hastanın hastanede yatış süresini kısaltarak yatak işgalini azaltır.

14) Yaşam kalitesini yükseltir.

15) Zamanınızdan tasarruf sağlar.

16) Kişiyi özel bir bakım sağlayarak iyileşmeyi hızlandırır.

17) Evde bakım hizmetleri gereksiz hastane kullanımını önemli ölçüde azaltmaktadır.

18) Bazı bireylere ulaşmanın tek yoludur.

19) Ailenin ve tanıdık çevrenin varlığı, evde bakım hizmetini hasta için cazip kılar.(19)

20) Hastaların kendi kurallarına değer verilir.

21) Hastalar kendi kimliklerini hastane ortamına göre evlerinde daha iyi muhafaza ederler.

22) Hastanede kalışta hasta için her zaman bir enfeksiyon riski söz konusu iken, evde bakımda enfeksiyona yakalanma olasılığı daha azdır.

23) Hastaların evde bakım maliyetleri, kısa ve uzun süreli bakımlarında hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşüktür. Sadece hastalar ve ödeyiciler için değil, hastaneler için de bu önemli bir durumdur.

24) İleri teknolojiye sahip, kullanım kolaylığı olan ve emniyetli Aletler evde verilen hizmetlerin çeşitlenmesini sağlamaktadır. Bu tür yüksek teknolojinin kullanımı sayesinde Hastaların daha erken taburcu olarak tedavilerinin Devamı sağlanabilir. [7]

### **2.3.6. Evde Sağlık Hizmetinin Sonlandırılması**

Kişiye verilen evde sağlık hizmeti aşağıdaki hallerde sonlandırılır:

- 1) Evde sağlık hizmeti verilen hastanın uygulanan tedavi ile iyileşerek tedavi ihtiyacının ortadan kalkması,
- 2) Evde sağlık hizmeti sunulan hasta için uygulanacak sağlık bakım ve tedavinin, belli bir aşamadan sonra sağlık personeli gerektirmeden uygulanabilecek hale gelmesi,
- 3) Hastanın kendisi veya kanuni temsilcilerinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi,
- 4) Hastanın vefat etmesi,
- 5) Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde verilen hizmetin faydası sorumlu tabip veya dış tabibi tarafından sorgulanır ve hizmetin sonlandırılmasına karar verilebilir.
- 6) Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi halinde en kısa zamanda yeni ikamet bölgesindeki evde sağlık hizmet birimine devri gerçekleştirilerek sunulan hizmetin devamlılığı sağlanır. [7]

### **2.3.7. Evde Sağlık Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar**

Tüm alternatif hizmetler gibi evde sağlık hizmetleri uygulamasında da bazı sorunlarla karşılaşmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinin yeni bir alan olması yeni riskler ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir. Evde sağlık hizmetleri, detaylı bir eğitim programı ve ciddi bir kontrol mekanizması gerektiren zor organizasyonlardır. [7]

Evde sağlık hizmetlerini verecek personelin alışmış olduğu bir ortam dışında hizmet vermesi verimliliğini azaltmakta ve hizmet sunumunu zorlaştırabilmektedir. Kimi zaman da sağlık personeli, hasta ve aile arasında etkili iletişim kurulamayabilir. Aile fertlerinin sürekli bir hasta ile birlikte olmasının yarattığı gerginlik bu iletişimin kurulmasını zorlaştırabilir. [7]

Ayrıca sağlık personelinin s¼rekli hastanın yanında bulunamaması, evde sağlık hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Acil durumlarda hemen m¼dahale edecek profesyonel bir kişinin olmaması evde bakımın hastane bakımı karşısında bir dezavantajdır. [7]

İlçelerde takip edilen hastaların diş tedavileri için d¼zenleme yapılması, Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri ile aile hekimleri arasındaki koordinasyonun artırılması, Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinde takip edilen hastaların Aile Hekimleri tarafından da takip ve tedavilerinin aksatılmadan devamlılığı sağlanmalı, Evde Sağlık Hizmetlerinin kapsamlı bir şekilde y¼r¼t¼lmesi için t¼m birimlerin ve Aile Hekimlerinin de içinde olduğu bir otomasyon programının hazırlanması, evde sağlıktaki hastaların lab.ve diğer pansuman ,evde yapılabilecek girişimsel işlemlerin SGK fatura edilebilmesi hususunda gerekli tedbirlerin kısıtlılığı sahada gör¼len zorluklardır.

### **2.3.8. Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin Sorunları**

1- Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin başta doktor olmak üzere personel açığının bulunması, birimlerde çalışan personele farklı görevlerin verilmesi,

2- Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinde alışan personelin devamlılığının sağlanamaması,

3- Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinde alışan personelin ek ödemelerle teşvik edilmemesi,

4- Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin fiziki ortamlarının iyileştirilmemesi, kendilerine ait oda tahsis edilmemesi, bilgisayar, yazıcı, telefon, masa, dolap, mobil telefon, ilaç ve tıbbi malzeme gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması.

5- Her birimin kendine ait telefon hattının olmaması,

6- Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinde alışan personele gerekli kıyafet temin edilememesi,

7- Evde Sağlık Hizmetlerinde kullanılan araçların modernizasyonunun sağlanamaması, araç eksikliklerin giderilmesi ve araçlara navigasyon cihazı temin edilmemesi,

8- Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinde çalışan personele geniş kapsamlı eğitim düzenlenmemesi ve katılımların iş yükü nedeniyle az olması,

9- Takip edilen hastaların konsültasyonlarında özellikle ilçe hastanelerinde uzman hekimlerin tek olmasından dolayı yaşanan sıkıntıların giderilememesi, il içerisindeki tüm hastalara dış ile ilgili sağlık sorunlarında hizmetin sağlıklı bir şekilde verilmesinin sağlanmış olması, diye özetleyebiliriz.

#### **2.4. Kronik Hastalıklar**

Kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından kalıcı sekeller bırakan, geri dönüşümsüz patolojik değişimlerin sebep olduğu, hastanın rehabilitasyonu için özel hasta eğitimine gereksinim duyulan, uzun süreli takip ve bakım gerektiren süregelen hastalıklar olarak tanımlanmıştır.

Bu hastalıklar, önemli bir mortalite ve morbidite kaynağı olup, sağlık harcamalarında önemli bir yer tutmaları nedeniyle Dünya ve Türkiye’de önemleri giderek artmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların azalması, yaşam süresinin uzaması, sanayileşme, çevre kirliliği gibi çeşitli faktörler nedeniyle kronik hastalıkların sıklığı giderek artmaktadır.

En sık görülen kronik hastalıklar arasında, kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler olay, pulmoner hastalıklar, diyabet, depresyon ve bilişsel durumu bozan demans ve Alzheimer hastalığı yer alır. Hastaların büyük çoğunluğu ileri yaş grubundadır. Altmış beş yaş üstündeki her üç bireyin birinde kronik hastalık varlığı söz konusudur. [14]

Sağlık Bakanlığının TSİM’ de kronik hastalıkları;

- Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar,
- Hematolojik ve onkolojik hastalıklar,
- Akciğer ve solunum sistemi hastalıkları,

- Ortopedi ve travmatoloji hastalıkları,
- Kardiyo vasküler hastalıklar,
- Kronik ve endokrin hastalıklar,
- Kas hastalıkları (yatağa bağımlı),

olarak yedi grupta toplamıştır.

**Tablo 1. Nörolojik ve Psikiyatrik Hastalıklar.**

Sıra No	Nörolojik ve Psikiyatrik Hastalıklar
1	Parkinson
2	Alzheimer hastalığı
3	Demans
4	Senil Demans/Serilite
5	Epilepsi
6	Hidrocefali
7	Ensefalopati
8	SVO
9	SSPE
10	Demiyelizan MSS
11	Miyelit
12	ALS
13	Motor nöron hastalığı
14	Multipl skleröz
15	Nöropatik ağrı
16	Kuadripleji
17	Hemipleji
18	Parapleji
19	Tetrapleji
20	Mental retardasyon
21	Polio sekeli
22	Depresyon
23	Psikoz
24	Atipik psikoz
25	Şizofreni
26	Diğer



**Tablo 2. Hematolojik ve Onkolojik Hastalıklar.**

<b>Sıra No</b>	<b>Hematolojik ve Onkolojik Hastalıklar</b>
1	Anemi
2	ITP
3	Cilt kanseri
4	Meme kanseri
5	Gliablastoma
6	Farinks kanseri
7	Trakea kanseri
8	Akciğer kanseri
9	Özefagus kanseri
10	Mide kanseri
11	İnce barsak kanseri
12	Kolon kanseri
13	Karaciğer kanseri
14	Pankreas kanseri
15	Safra yolu/ kesesi kanseri
16	Prostat kanseri
17	Tiroid kanseri
18	Hipofiz kanseri
19	Böbrek kanseri
20	Surrenal bez kanseri
21	Over kanseri
22	Uterus kanseri
23	Kemik kanseri
24	Beyin tümörü
25	Multipl myeloma
26	Hematolojik kanserler (lökozlar)
27	Diğer

**Tablo 3. Akciğer ve Solunum Sistemi Hastalıkları.**

<b>Sıra No</b>	<b>Akciğer ve Solunum Sistemi Hastalıkları</b>
1	KOAH
2	Akciğer transplantasyonu
3	BOOP (Bronchiolitis obliterans)
4	Bronşial astma
5	Bronşiektazi
6	Göğüs duvarı deformiteleri
7	İAH (İatrojenik akciğer hastalığı)
8	Kistik fibrozis
9	Obezite hipoventilasyon
10	Plörezi
11	Pmömokonyoz
12	Posttorakotomi
13	Pulmoner hipertansiyon
14	Santral hipoventilasyon
15	TBC sekelleri
16	Diğer

**Tablo 4. Ortopedi ve Travmatoloji Hastalıkları.**

<b>Sıra No</b>	<b>Ortopedi ve Travmatoloji Hastalıkları</b>
1	Dekübitus ülseri
2	Diskopati
3	Ekstremitelerde Apmutasyon
4	Ekstremitelerde Gonatroz
5	Kalça Fraktürü
6	Koks Artroz
7	Osteomyelit
8	Opere edilmiş veya mobilizasyonu kısıtlayan kırıklar
9	Ostreoporoz
10	Omurga Fraktürü
11	Diğer

**Tablo 5. Kardiyo Vasküler Hastalıklar.**

<b>Sıra No</b>	<b>Kardiyo Vasküler Hastalıklar</b>
1	Aritmi
2	ASKH
3	Hipertansiyon
4	Kalp kapak hastalığı
5	Koroner arter hastalığı
6	MI
7	Venöz dolaşım bozukluğu
8	Venöz ve lenfatik drenaj bozukluğuna bağlı ileri derece ödem
9	Diğer

**Tablo 6. Kronik ve Endokrin Hastalıklar.**

<b>Sıra No</b>	<b>Kronik ve Endokrin Hastalıklar</b>
1	Diyabet
2	Hiperlipidemi
3	Hipertroidi
4	Obezite
5	Diğer

**Tablo 7. Kas Hastalıkları (Yatağa Bağımlı).**

<b>Sıra No</b>	<b>Kas Hastalıkları (yatağa bağımlı)</b>
1	Kas atrofisi
2	Ataksi
3	Müsküler distrofi
4	Spastik ve flask tip özürllüer
5	diğer

## 2.5. Maliyet Analizi Kavramı

İşletme yöneticilerini işletmenin varolan maliyetleri ve maliyetlerin olası değişim yönü hakkında bilgilendirmek olduğu açıklanabilir. Maliyet analizi, tüm ekonomik değerlendirme tekniklerinin önemli bir bileşenidir. Maliyet analizi, bir işletmenin kendisini değerlendirmesi ve işletmenin planlama yapması için yararlı bir araçtır. [15]

Maliyet kavramı, genel olarak, belirli bir amaca ulaşmak için katlanılan özverilerin (fedakârlıkların) parasal olarak ölçüsü olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak, analiz; bir bütünün parçalarının ve bu parçaların bütünü oluştururken kendi aralarında oluşturdukları ilişkilerin incelenmesi, değerlendirilmesidir. Bir başka ifade ile, analiz kavramı, kısaca, “inceleme, tahlil” anlamındadır. Maliyet analizi; sistemli olarak bir mamulün veya hizmetin maliyetlerinin toplanmasını, sınıflandırılmasını ve incelenmesini sağlayan ekonomik bir değerlendirme yöntemidir. Maliyet analizi; karar alıcılara önemli bir olay veya karar noktasında gerekli kaynakları değerlendirmesinde yardımcı olmak için kullanılan bir yönetim aracıdır. Bir başka ifade ile, maliyet analizi, karar alıcıların seçenekler arasından seçim yapabilmesi sürecinde bir basamaktır. Maliyet analizi sırasında kullanılan çözümlenmeli (analitik) yaklaşımlar ve teknikler yoluyla maliyet tahminleri geliştirilir. [15]

Maliyet analizi de bir malın veya hizmetin maliyetinin belirlenmesini, incelenmesini sağlayan bir analiz, hesaplama işlemidir. [15]

Maliyet, kurumun işletilebilmesi için belirli bir zaman dilimi içinde kullanılan ve tüketilen mal ve hizmetlerin değer olarak tutarındır.

Daha kısa ve öz bir tanımla maliyet mal ve hizmet üretimi için değer kullanımındır.

Tanımdan da anlaşılacağı gibi maliyet, muhasebedeki gider hesaplarında yer alan ve kurumun işletilebilmesi için katlanılan üretim giderlerine çok yakın bir kavramdır. Kimi durumlar dikkate alınmayacak olursa üretim giderleri eşittir maliyet denilebilir.

Maliyetler de giderler gibi çeşitli açılardan değişik şekillerde sınıflandırılabilir. Yasal işlem açısından maliyetler, temel maliyet ve ek maliyet diye ikiye ayrılırlar. Doğal nitelik açısından maliyetler malzeme, işçilik, dışedim, sermaye ve başka maliyetler diye Beşe

ayrılır. Kapasiteden yararlanma açısından maliyetler, değişken ve sabit maliyet ikiye ayrılırlar. Üretilen mamullere yükletilebilme açısından maliyetler, ayrık(dolaysız) ve ortak(dolaylı) maliyet diye ikiye ayrılırlar. İşlevler açısından maliyetler, alış maliyeti, dış alış maliyeti, işleme maliyeti, üretim maliyeti ve satış maliyeti diye beşe ayrılabilirler. Maliyetler bunların dışında daha birçok açıdan sınıflandırılabilir. Burada bu sınıflandırmaların tümü değil yalnızca yukarıda değinilen ayrımlar ele alınacaktır. [16]

### **2.5.1. Hastane İşletmelerinde Maliyetleme Yöntemleri**

Hastanelerde maliyet ve performans analizi yapılmasının temel amacı olarak maliyetlerin azaltılması, etkililik verimlilik, performans artışlarının sağlanması ve kaliteli sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi olarak görülebilir. [17] Sağlık hizmetlerinin maliyeti, hastanenin sağlık hizmeti üretebilmesi için harcadığı üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değeri olarak tanımlanabilir. Yönetim muhasebesi ve bunun alt sistemi olan maliyet muhasebesi ve maliyet analizleri Türkiye’de çoğu hastanede kullanılmamaktadır. [17]

#### **2.5.1.1. Maliyetlerin Kapsamına Göre Maliyet Yöntemleri**

Maliyet sınıflandırılması; maliyetlerin, ortak özelliklerine uygun olarak gruplara ve alt gruplara ayrılmasıdır. Maliyet sınıflandırılması, değişik yöntemlerle ve farklı nedenlerle, kullanılacak nedene bağlı olarak, yapılabilir. Devlet kurumlarında, kâr amaçlı, kâr amacı olmayan, üretim, ticaret ve hizmet türlerindeki tüm işletmelerde maliyetler oluşur. Genellikle, oluşan maliyetlerin çeşitleri ve bu maliyetlerin sınıflandırılması işletmenin türüne bağlıdır. Bu nedenle, farklı işletme türleri-üretim, ticaret ve hizmet dikkate alınarak yürütülmelidir. Maliyet sınıflandırılması daha çok üretim işletmeleri dikkate alınarak yapılır. Bunun da nedeni, üretim işletmelerinin birçok temel faaliyetinin diğer işletmelerin faaliyetlerinin önemli bir kısmını içine almasıdır. Arçelik, Eti Bisküvi gibi üretim işletmeleri, ilk madde ve malzeme satın alımı, mamul üretimi, pazarlama, dağıtım, faturalama gibi, neredeyse tüm işletme faaliyetlerini yerine getirmektedir.

Bu nedenle, üretim işletmelerindeki maliyet sınıflandırılmasının anlaşılması diğer işletme türlerindeki maliyetlerin anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Elbette, diğer işletme türlerinde kullanılan kavramların bazıları üretim işletmelerinde kullanılanlarla tam

anlamda aynı olmayabilir. Ancak, temel kavramlar çok farklı değildir. Bazı küçük değişikliklerle bu temel kavramlar ticaret işletmelerine uygulanabilir. Bunlar dikkate alınarak, işletmelerde oluşan maliyetler aşağıda farklı ölçütlere göre sınıflandırılmıştır. [15]

#### **2.5.1.1.1. Tam Maliyet Yöntemi**

Tam Maliyet Yöntemi Geleneksel maliyet yöntemi olarak kabul edilen tam maliyet yöntemi uygulamada en çok kullanılan yöntemdir. Bu yöntemde üretimle ilgili tüm maliyetler yani direkt hammadde, direkt işçilik ve genel üretim giderleri sabit ve değişken olmasına bakılmaksızın üretilen mamul maliyetine aktarılarak stoklarda gösterilir. Üretim faaliyeti dışında kalan tüm giderler ise (araştırma geliştirme, pazarlama, genel yönetim) mamul maliyetine aktarılmayıp doğrudan doğruya dönem gideri olarak kabul edilir ve gelir tablosu hesaplarına aktarılır. [18]

#### **2.5.1.1.2. Değişken Maliyet Yöntemi**

Maliyet hesaplaması yapılırken sadece değişken giderler dikkate alınır. Bunun için öncelikle giderleri değişken ve sabit olmak üzere ayırmak ve sadece değişken giderleri dikkate almak gerekmektedir. Dolayısıyla maliyetler tam maliyet yöntemine göre daha düşük olmaktadır.

Yöntemin avantajı, kara geçiş noktasının belirlenmesinde ve yönetim kararlarında etkili olmasıdır. [17]

Değişken bir maliyet, toplam tutar açısından, faaliyet düzeyindeki değişiklikler ile doğru orantılı olarak hareket eden maliyettir. Bu davranış içindeki maliyetler, faaliyet hacmi artarsa toplam olarak artarlar, faaliyet hacmi azalırsa toplam olarak azalır.

Değişken maliyet davranışı içindeki maliyetler, faaliyet hacmi değiştiğinde toplam olarak değişirken, birim temelinde ele alınırlarsa değişmeyerek sabit kalırlar. Bir başka ifade ile, birim temelinde değişken maliyetler faaliyet hacmindeki artış ya da azalışa bağlı olarak artmaz ya da azalmazlar, sabit kalırlar. Değişken maliyetlere en iyi örnek, direkt ilk madde ve malzeme maliyetleridir. Bir dönemde kullanılan direkt ilk madde ve malzeme maliyeti, üretilen mamul miktarı ile doğru orantılı olarak değişecektir. [15]

### **2.5.1.1.3. Normal Maliyet Yöntemi**

Maliyet kavramı, genellikle, bir özveriyi açıklar ve işletmeler açısından ele alındığında, bu özverinin parayla ölçülmesi esastır. Maliyet; belirli bir amaca ulaşmak için katlanılan özverilerin (fedakârlıkların) parasal olarak ölçüsüdür. Bir başka açıdan ele alındığında, maliyet; bir fayda veya çıkar elde edebilmek için katlanılan özverilerin ya da bir mamul karşılığında elden çıkarılanların belirli bir parasal tutarı olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; bir madde veya malzemenin satın alınması sırasında; o madde veya malzemenin bedelini, varsa komisyonunu, nakliyesini ve sigortasını karşılayabilmek için katlanılan özveriler, satın alınan maliyetini açıklar. Bir mamul veya hizmet üretilirken katlanılan; madde ve malzeme, işçilik ve genel üretim gibi, üretim unsurlarının kullanılması ile ortaya çıkan özverilerin parasal tutarı da, üretim faaliyetinin maliyetlerini ortaya koyar. 6322 sayılı Kanun ve Tebliğ ile değişik halinde 213 sayılı Vergi Usul Kanunu'nun 262. maddesinde; "maliyet bedeli, iktisadi bir kıymetin iktisap edilmesi veyahut değerinin artırılması münasebetiyle yapılan ödemelerle bunlara müteferri bilimum giderlerin toplamını ifade eder" hükmü yer almaktadır. Bu maddedeki tanım, vergi matrahının hesaplanması ile ilgili ekonomik değerlerin takdir ve tespiti ile ilgili değerlendirme ölçülerinden birisi olan maliyet bedeline ilişkindir. [15]

### **2.5.1.1.4. Asal (Direkt) Maliyet Yöntemi**

Bu yöntemde sadece direkt giderler dikkate alınmaktadır. Direkt ilk madde ve malzeme giderleri, direkt işçilik giderleri maliyetlere yüklenmekte ancak genel üretim giderleri yüklenmemektedir.

Yöntem, genel yönetim giderlerinin çok az olması durumunda uygulanabilir. Maliyetler düşük çıkacağından stok değerlerini düşük göstermek isteyen muhasebeciler için avantajlıdır. Uygulama olanağı çok azdır. [17]

## **2.5.2. Maliyetlerin Saptanma Zamanına Göre Maliyet Yöntemleri**

### **2.5.2.1. Fiili Maliyet Yöntemi**

İşletmenin belirli bir dönemde ürettiği mamullere ait gerçekleşen tüm giderler o dönemde üretilen mamullerin maliyetine aktarılır. İşletmenin elde ettiği fiili maliyetler,

gerçek durumu göstermesi bakımından, yönetimin her zaman ihtiyaç duyduğu maliyetlerdir.

Ancak bu yöntem ile elde edilen maliyetlerin kontrolü mümkün değildir. Çünkü bu yöntemde maliyetlerin karşılaştırılmasında kullanılacak veriler yoktur. [18]

### **2.5.2.2. Tahmini Maliyet Yöntemi**

Maliyetler, sadece geçmiş dönemlerin sonuçlarına ve gelecekteki olası gelişmelere göre istatistiksel bazı verilerden faydalanarak dönem sonunda gerçekleşecek maliyetlerin tahmin edilmesidir. Bu yöntemde maliyetler, bilimsel olmayan bir biçimde geçmiş verilerden yararlanılarak tahmin edilir. [18]

### **2.5.2.3. Standart Maliyet Yöntemi**

Üretilen mamul maliyetlerinin üretim yapılmadan önce, giderlerin bilimsel esaslarla belirlenmiş tutarlar esas alınarak saptandığı bir yöntemdir. Bu yöntemde maliyet sistemi içerisinde ortaya çıkan giderler gerçekleşmiş tutarları ile izlenirken üretime standart tutarları ile yansıtılırlar. Fiili ve standart tutarlar arasında sapma adı verilen farklar, fark hesaplarına aktarılırlar. Dönem sonunda vergi kanunları karın fiili değere göre hesaplanmasını istediği için fark hesapları kapatılarak, standart değerler fiili değerlere çevrilir. (Üstün-1997) Standart maliyetler; mamul maliyetinin belirlenmesi, mamul fiyatlarının saptanması, bütçelerin düzenlenmesi, başarı ölçüsü, planlama ve maliyet kontrolüne ilişkin kararların alınmasında fiili maliyetlere göre kesin olarak üstünlük sağlarlar. [18]

Standart maliyetleme, mal ve hizmet üretimi için kullanılacak değerlerin belli bir işlem düzeyinde ve belli koşullar altında ne kadar olması gerektiğini gösteren öngörüye standart maliyet denir. Standart maliyetler belli bir işlem düzeyinde ve belli koşullar temel alınarak belirlenir. Bu durumda farklı koşullar için farklı standart maliyetler söz konusu olabilir. Maliyeti hesaplamada standart maliyetler, kuramsal standart maliyetler, temel standart maliyetler ve ulaşılabilir geçerli standart maliyetler diye üçe ayrılır.

Kurumsal standart maliyetler herhangi bir verimsizlik ve aksaklığın bulunmadığı ideal koşullar altında olması gereken değer kullanımlarını gösterirler. Söz konusu ideal



koşullar uygulamada hiçbir zaman sağlanamayacağına göre bu tür standart maliyetler maliyetlerin düşebileceği en düşük sınırı göstermenin ötesinde bir anlam ifade etmezler. bu nedenle de fiili maliyetleri değerlemede bir ölçü olarak kullanılamaz. [16]

### **2.5.3. Maliyetlerin Saptanma Şekline Göre Maliyet Yöntemleri**

#### **2.5.3.1. Sipariş Maliyet Yöntemi**

Belirli bir mal ya da mamul kümesinin maliyetini hesaplamak için bunlarla ilgili değer kullanımları özel bir şekilde izlenmelidir. Maliyetleri izlemek için bir mamul ya da mamul kümesi için yapılan hammadde ve dolaysız işçilik maliyetlerini üretimin yapıldığı anda saptamak gerekir. Bu izleme hammadde ve işçilik kullanımlarını belli biçimde belgelerle miktar ve değer olarak kaydetmekle gerçekleştirilir. Elde edilen bu hammadde ve işçilik maliyetlerine genel üretim giderleri katılarak tüm maliyet hesaplanır. Maliyeti bu şekilde hesaplamayı sağlayan yöntem sipariş maliyeti denir. [16]

#### **2.5.3.2. Evre (Safha) Maliyet Yöntemi**

Sipariş maliyeti yönteminde bir sipariş yada o siparişe ilgili mamullerin maliyetinin bulunmasında maliyetler özel bir şekilde izlenmekte, sipariş maliyeti tablolarında biriktirilerek mamul maliyeti hesaplanmaktaydı. bu yöntemde maliyetlerin toplanmasında zamandan çok üretimin önemi vardı. birçok sanayi kolunda üretim bir akış halindedir ve mamuller ile ilgili maliyetleri saptamak için özel bir izlemeye gerek yoktur. kaldı ki sürekli bir akış içinde olan üretimde maliyetleri özel olarak izlemek zor hatta olanaksızdır. bu üretim biçiminde (yani sürekli üretimde)maliyetleri zaman ve yer olarak toplamak, bunları bu zaman ve yerde üretilen mamullerle ilişkilendirerek maliyetleri hesaplamak daha kolaydır. işte üretimle ilgili olarak kullanılan değerlerin zaman ve yer olarak toplanması ve üretim miktarı ile ilişkilendirerek maliyetlerin hesaplamasına safha maliyeti yöntemi denir. [16]

### **2.5.4. Bölümlerin Maliyetlendirilmesi**

Bölümler düzeyinde maliyet yönetimi için işletmeye uygun maliyet muhasebesi sisteminin geliştirilmesi gerekir. Bu da ancak standartların geliştirilmesiyle mümkün olur. Standartların geliştirilmesi ise esnek bütçelerin ve üretkenliğin denetiminin (performans

denetimi) geliştirilmesine katkı sağlar. Bu bütçeler ve denetim araçları, hasta hizmetlerine ve ücretlerin yönetimine yardım eder. [19]

Bölüm maliyetlemesi yaklaşımı bazı nedenlerden dolayı eleştirilmektedir. Bu eleştirilerin en önemlilerinden biri, yöntemin, üretilen ürün yerine, bölüm üzerine odaklanmasıdır. Çünkü çoğu endüstride bilginin en önemli kısmı ürünün maliyetidir ve ürünün fiyatı ile maliyeti arasındaki ilişkinin finansal etkisini anlamak için bu bilgi gereklidir. Bölüm maliyetlemesi yönteminde bu iki farklı hasta tipinin göğüs filmi maliyetleri aynı olur. [20]

### **2.5.5. Hasta Maliyetlendirme**

Hastanelerde bölümlerden ziyade hastaların maliyetlenmesinin daha önemli olduğu söylenebilir. Hastane yönetiminin alacağı birçok kararda bu bilgiye ihtiyaç bulunmaktadır. [21] Hastaya hangi hizmetlerin sunulduğu, bu hizmetlerin rakiplerden daha uygun bir fiyatla sunulup sunulamayacağı, eğer mevcut fiyat işletmeye makul bir kar sağlıyor ise kabul edebilecek en düşük fiyatın ne olduğu sorularının cevaplanması gerekir. Yatay maliyetlemenin aksine nihai ürünü veya çıktıyı maliyetlemeyi esas alan yaklaşıma ise dikey maliyetleme (Vertical cost finding) denilmektedir.

### **2.5.6. Melez Maliyetlendirme**

Maliyet muhasebesinde toplam olarak ancak birkaç şey siyah veya beyazdır. Mamul maliyetlemesine karşı bölüm maliyetlemesi alternatif bir yöntem değildir. Bölüm maliyetlemesi her hastanın maliyetini belirlemede uygun olmayabilir. Fakat her hastanın adil bir maliyetini hesaplamak için çok sayıda verinin toplanmasının doğuracağı maliyet dikkate alındığında, bölüm maliyetlemesi uygun bir yaklaşım olarak kabul edilebilir. Hastane yönetimi sorumluluk muhasebesi için ihtiyaç duyulan bölüm maliyeti ile sağlıklı bir üretim kararı verebilmek için ihtiyaç duyduğu ürün maliyetlemesi arasında denge arayacaktır. Bu bakımdan melez maliyetleme uygun bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. [17]

Yapılan açıklamalardan da anlaşılacağı gibi, bir hastanede hasta maliyetini belirlemek için sadece sipariş maliyetlemesi ya da safha maliyetlemesi kullanmak çok nadir bir durumdur. O halde her iki maliyetleme yönteminin birlikte kullanıldığı melez

maliyetleme yöntemi daha uygundur. Melez maliyetleme hastanın bazı maliyetlerinin sipariş, bazılarının ise safha maliyetleme yöntemi ile hesaplanmasına dayanır. [17]

### **2.5.7. Kademeli Dağıtım Yöntemi**

Bu yöntemde genel üretim giderleri, ya doğruca yada çeşitli ölçü ve anahtarlar ile ana ve yardımcı maliyet yerlerine dağıtılırlar. Böylece genel üretim giderleri yönünden ana ve yardımcı maliyet yerlerinin kaçta mal olduğu yani 1.TOPLAM bulunur.

Bundan sonra yapılacak olan maliyet yerlerinin ikinci dağıtım yönünden nasıl sıralanacağı başka bir deyişle ikinci dağıtım yönünden nasıl sıralanacağı başka bir deyişle ikinci dağıtıma hangi maliyet yerinden başlanacağı belirlemektir.

Bunun için iki kural vardır.

#### **KURAL 1.**

Yardımcı maliyet yerleri en çok hizmet sunandan en az hizmet sunana doğru sıralanırlar. Bunun doğal sonucu olarak diğer maliyet yerlerine en fazla hizmet sunan yardımcı maliyet yeri ilk önce dağıtılır. Eğer yardımcı maliyet yerleri eşit sayıda maliyet yerine hizmet sunmuş iseler o zaman 1.TOPLAM genel üretim gideri yüksek olan maliyet yeri ilk önce dağıtılır.

#### **KURAL 2.**

Dağıtılan Yardımcı maliyet yerinin kendisi pay almaz. Kendi 1.toplam genel üretim gideri dağıtılır. Ve dağıtımdan çekilir. Dağıtımdan çekilen maliyet yerine daha sonraki dağıtımdan pay verilmez.

Böylece elde edilen 2.TOPLAM'DAN sonra her ana maliyet yeri için belirlenmiş yükleme verileri ile yükleme oranı hesaplanır. [16]

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Evren ve Örneklem**

Araştırma, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden alınan 11.03.2014 tarih ve 20 sayılı onayı ile Trabzon Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 26.03.2014 tarih ve 55 sayılı Olur ile Trabzon Fatih Devlet Hastanesinde uygulaması şeklinde yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır. Evren seçiminde Trabzon ilinde Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı faaliyet gösteren 13 hastane içerisinde devlet hastanesi statüsünde evde sağlık hizmeti veren bir hastanenin bulunması amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini ise evreni oluşturan Fatih Devlet Hastanesinin 2013 yılına ait finansal verileri ve istatistikleri oluşturmaktadır.

2013 yılı finansal verileri fiili rakamlar üzerinden alınmıştır. Finansal verilerin vaka başı maliyet hesaplaması yapıldığından araştırma kapsamını ilgilendirmeyen giderleri maliyet hesaplamaları dışında tutulmuştur.

#### **3.2. Veri Kaynakları**

Hastane, 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun gereği Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı iken 19 Şubat 2005 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Devirden önce Trabzon SSK Hastanesi adı altında faaliyet gösteren hastanenin adı devirden sonra Fatih Devlet Hastanesi olarak değiştirilmiştir. Hastane 252 fiili yatak kapasitesine sahiptir.

Araştırmada kullanılan finansal ve istatistik veri kaynakları:

- Tek Düzen Muhasebe Sistemi'nde (TDMS) yer alan 2013 yılı döner sermaye kesin mizanı, A-8 Kurumun Sabit-Değişken Gider Gerçekleşme Raporu, GBD1-Gider/Gelir Gerçekleştirme Raporu ve Merkezi Kaynak Yönetim Sistemi (MKYS) ve MEDULA kayıtları,

- Araç görevlendirme defteri kayıtları,

• Sağlık hizmeti performans ölçütlerinin tespitinde Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM), Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) kayıtları kullanılmıştır.

Ayrıca, gerekli görülen durumlarda hastane yöneticilerinin görüşlerine de veri kaynağı olarak başvurulmuştur.

### **3.3. Yöntem**

Araştırmada maliyet hesaplamaları, Tam ve Fiili Maliyet Yöntemi ile kademeli dağıtım (step down) yöntemine göre dağıtım anahtarları kullanılmak suretiyle yapılmıştır.

Bütün veriler Hastane Bilgi Yönetim Sistemi hizmeti satın alınan firma görevlileri, TSİM, MEDULA, TDMS ve MKYS girişlerini yapan sorumlu memurlar ile yüz yüze görüşülmek ve kayıtlı verilerinin çıktıları alınmak suretiyle elde edilmiş ve bilgisayar desteğı ile kayıt edildikten sonra Microsoft Windows, Office 2007 Excel programı aracılığıyla analiz edilmiştir.

### **3.4. Sınırlamalar**

Çalışmada hastane ortamında ve evde sağlık birimince yapılan tedavi giderlerinin tespitinde kronik hastalıklardan hasta yoğunluğu en fazla olan ve genel bilgilerde verilen kronik hastalık türlerinin maliyetlerini ayrı olarak yansıtan hastalık türleri olan Hemipleji, KOAH, yatak yarası, Diabet ve Hipertansiyon hastalıkları seçilmiştir. Diğer kronik hastalıklar seçilen hastalıklar ile benzer maliyet giderleri oluşturduğundan değerlendirme dışı bırakılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Demografik Veriler

Trabzon il merkezi sınırlarını oluşturan merkez ilçenin, Trabzon ilinin 30.03.2014 tarihinden itibaren büyükşehir belediyesi olması ve il merkezinin Ortahisar adıyla ilçe kurulması ile 30 Mart 2014 'ten itibaren Ortahisar İlçesi olarak adlandırılmaktadır. Ortahisar İlçesinin İl Sağlık Müdürlüğü verilerine dayalı oluşturulan çocuk, yaşlı gibi hasta sayılarının dağılımı ve toplamı Tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 8. 2013 Yılı Trabzon İl Sınırları İçerisindeki Hasta Sayıları.**

İl	İlçe	Gebe Sayısı	Bebek Sayısı	Çocuk Sayısı	Yaşlı Sayısı	Diğer Hasta Sayısı	Toplam Hasta Sayısı
TRABZON	Ortahisar	2.612	4.698	18.230	26.794	281.796	334.130

**Tablo 9. 2013 Yılı Trabzon Evde Sağlık Hizmetleri Verileri.**

Birim Adı	Yıllık Hedef Nüfus	Başvuran Hasta Sayısı	Takibe Alınan Hasta Sayısı	Aktif Hasta Sayısı	Uygun Araç Sayısı	Toplam Ziyaret Sayısı
ARAKLI DEV.HAS	96.978	146	236	90	1	477
HAÇKALIBABA DH	257.442	695	1.084	389	1	1087
<b>FATİH DEV.HAS.</b>	<b>306</b>	<b>641</b>	<b>927</b>	<b>286</b>	<b>1</b>	<b>1.999</b>
KANUNİ.EĞT.AR. H.	306	626	1.130	504	1	1.688
OF DH	134.676	473	571	98	1	797
SÜRMENE DH	63.410	188	341	153	1	679
VAKFIKEBİR DH	182.108	280	729	312	1	732
YOMRA TSM	63.492	73	107	34	1	302
ARSİN TSM	55.854	63	93	30	1	278
MAÇKA TSM	49.942	65	108	43	0	101
AHİEVREN AR. HST		77	81	4	1	61
KEMİK HASTANESİ		55	176	121	1	296
ADSM						201
TOPLAM	904.514	3.382	5.583	2.064	11	8.698

Trabzon il genelinde evde sağlık birimleri hizmet verileri Tablo 9’da gösterilmiştir. Fatih Devlet Hastanesi evde sağlık biriminde çalışan personel nitelik ve sayıları Tablo 10’da gösterilmiştir.

**Tablo 10. Fatih Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi Personel Durumu.**

PERSONEL										
DOKTOR	UZMAN DOKTOR	HEMŞİRE / SAĞLIK MEMURU	EBE	TIBBİ SEKRETER	FİZYOTERAPİST	DIŞ TEKNİSYENİ	ATT	HİZMETLİ	ŐOFÖR	TOPLAM
1		2		1					1	5

#### 4.2. Uygulama

Çalışmamızda maliyet analizi; tek düzen muhasebe sisteminden alınan 2013 yılı kesin mizan ve GBD1-Gider/Gelir Gerçekleştirme raporundan alınan sabit maliyetlerin, hastane istatistikleri kullanılmak suretiyle günlük yatak maliyetinin hesaplaması yapılmış ve seçilen evde sağlık hizmeti kapsamındaki hastalıkların birim maliyetleri hesaplanarak karşılaştırılması yapılmıştır.

İlk nce Fatih Devlet Hastanesi 2013 yılı giderleri esas alınmak suretiyle günlük yatak maliyeti bulunmuştur.

Günlük yatak maliyetinin tespiti amacıyla Fatih Devlet Hastanesi 2013 yılı fiili sabit maliyetleri belirlenmiş, sabit maliyetlerin yatan ve ayaktan hasta maliyetine yansıması, hastanenin 2013 yılı gelirler oranlarının dağılımına göre belirlendikten sonra fiili yıllık yatak kullanım oranına göre belirlenen maliyetler bu oran ile çarpılmak suretiyle günlük yatak maliyeti bulunmuştur.

Fatih Devlet Hastanesi’nin 2013 yılı gerçekleşen sabit maliyetleri Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11. Fatih Devlet Hastanesi 2013 Yılı Sabit Giderleri.**

<b>SABİT GİDERLER</b>	<b>TUTAR (TL)</b>
Temizlik Hizmet Alım Giderleri	1.834.800,54
Temizlik Malzeme Alım Giderleri	1.288,89
Yemek Hizmet Alım Giderleri	1.798.703,84
Güvenlik Hizmet Alım Giderleri	754.408,70
Veri Hazırlama Hizmet Alım Giderleri	2.043.478,00
Laboratuvar Hizmet Alım Giderleri	18.777,31
Görüntüleme Hizmet Alım Giderleri	1.243.113,48
Diğer Hizmet Alım Giderleri	695.371,23
<b>TOPLAM HİZMET ALIM GİDERLERİ</b>	<b>8.389.941,99</b>
Ek Ödeme	13.232.589,26
Nöbet Ücretleri	442.413,97
Maaş, Tedavi, Yolluk Giderleri	1.482.325,37
<b>TOPLAM PERSONEL GİDERLERİ</b>	<b>15.157.328,80</b>
Ödenecek Hazine Payı	358.112,44
Sağlık Bakanlığı Merkez Hissesi	1.790.562,11
SHÇEK Payı	358.112,42
Diğer Yükümlülükler	14.787,25
<b>TOPLAM KANUNİ YÜKÜMLÜLÜKLER</b>	<b>2.521.574,22</b>
Yakacak Alım Gideri	603.003,63
Akaryakıt Alım Gideri	160.292,11
Elektrik Giderleri	607.001,76
Su Giderleri	344.240,00
Ulaştırma-Haberleşme Giderleri	37.151,93
Kira Giderleri	260.598,30
<b>TOPLAM SABİT İŞLETME GİDERLERİ</b>	<b>2.012.287,73</b>
<b>TOPLAM SABİT GİDERLER</b>	<b>28.081.132,74</b>

Fatih Devlet Hastanesinin 2013 yılı içerisinde ürettiği hizmet karşılığı elde ettiği ayaktan ve yatan hasta gelirleri Tablo 12’de gösterilmiştir.



**Tablo 12. Fatih Devlet Hastanesi 2013 Yılı Ayaktan ve Yatan Hasta Gelirleri.**

GELİR TÜRÜ	YILLIK GELİR	ORTALAMA AYLIK GELİR	ORAN %
AYAKTAN HASTA GELİRİ	17.388.012,37	1.449.001,03	50,05
YATAN HASTA GELİRİ	17.352.951,65	1.446.079,30	49,95
TOPLAM GELİR	34.740.964,02	2.895.080,34	100

Fatih Devlet Hastanesi'nin 2013 yılı içerisinde elde ettiği ayaktan ve yatan hasta gelirleri, toplam gelir üzerinden oranlaması yapılmış, ve hastanenin istatistiki verileri kullanılmak suretiyle günlük yatak maliyeti bulunmuştur. Günlük yatak maliyeti Tablo13'de gösterilmiştir.

**Tablo 13. Fatih Devlet Hastanesi 2013 Yılı Günlük Yatak Maliyeti.**

(A) YATAK SAYISI	(B) YILLIK YATAK SAYISI (Ax365)	(C) YATAK DOLULUK ORANI %	(D) YILLIK KULLANILAN YATAK SAYISI (BxC)	(E) ZORUNLU GİDERLER (28.081.132,74TL)		(F) GÜNLÜK YATAK MALİYETİ TL (EYatan/D)
				Ayaktan % 50,05	Yatan % 49,95	
250	91.250	80,5	73.456,25	14.054.606,94	14.026.525,80	190,95

Hemipleji, KOAH, yatak yarası, Diabet ve Hipertansiyon hastası 10'ar vaka seçilerek bunların hastane ortamında tedavi giderleri ortalaması alınmıştır. Hemipleji ve Hipertansiyon hastalarının ortalama kalış gün süresi 15 gün, diğer hastalarının ise 12 gündür. Hemipleji, KOAH, yatak yarası, Diabet ve Hipertansiyon hastalarının hastane ortamındaki toplam hizmet maliyetleri Tablo 14'de gösterilmiştir.

**Tablo 14. Hemipleji, KOAH, yatak yarası, Diabet ve Hipertansiyon Hastalarının Tedavilerinin Fatih Devlet Hastanesindeki Toplam Hizmet Maliyetleri.**

Vaka	Ortalama Hizmet Maliyetleri						Toplam Hizmet Maliyeti
	İlaç	Tıbbi Sarf	Laboratuvar	Görüntüleme	Girişimsel İşlemler	Yatak Ücreti	
Hemipleji	124,82	40,66	124,74	65,10	1.893,69	450,00	2.699,00
KOAH	188,44	11,29	175,82	16,62	162,37	360,00	914,54
Yatak Yarası	136,00	14,80	23,90	0,00	57,50	360,00	592,20
Diabet	204,60	27,10	112,38	0,00	22,70	360,00	626,78
Hiper tansiyon	236,40	4,20	112,36	0,00	22,70	450,00	825,66

Fatih Devlet Hastanesi Evde Sağlık Biriminde Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından yapılan ihale dışarıdan hizmet satın alımı yoluyla tedarik edilen bir evde sağlık hizmeti aracı ile hizmet görülmektedir. Hizmet için KDV dahil aylık 986,48 TL, yıllık 11.837,76 TL ödenmektedir. Araca ait bakım onarım giderleri, ceza ve amortisman giderleri hizmet bedeline dahil olduğundan ayrıca bir ücret ödenmemektedir. Vaka başına maliyet 2013 yılı için 5,92 TL'dir.

Birimde beş personel görev yapmakta olup, bu personellere sadece sabit ve performansa dayalı ek ödeme ödenmektedir. Personele ödenen toplam ek ödeme tutarı aylık 9.192 TL, yıllık 110.304,00 TL'dir. Personelin evde sağlık hizmetine özel kıyafetleri mevcut olup, tedariği hastane tarafından yapılmaktadır. 2013 yılı için evde sağlık hizmeti personeline ödenen yıllık giyim bedeli 938,00 TL'dir. Giyim bedeli ve ek ödeme yıllık tutarlarının vaka başı maliyeti 55,65 TL'dir. Evde sağlık birimi aracı için ödenen yıllık yakıt tutarı yıllık 3.090,96 TL ödenmiştir. 2013 yılı vaka başı yakıt maliyeti 1,55 TL'dir.

Evde sağlık biriminde görev yapan personele ödenen bedelin vaka başı maliyeti Tablo 15'de gösterilmiştir.

**Tablo 15. Fatih Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi Personel Maliyetleri.**

Yıllık Vaka Sayısı	Personel Sayısı	Yıllık Giyim Bedeli	Yıllık Ek Ödeme Tutarı	Toplam Personel Maliyeti	Vaka Başı Personel Maliyeti
1.999	5	938,00	110.304,00	111.242,00	55,65

Evde sağlık biriminde bulunan aracın kiralama ve yakıtına 3denen vaka başı maliyet Tablo 16'da g3sterilmiştir.

**Tablo 16. Fatih Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi Araç Maliyeti.**

Yıllık Vaka Sayısı	Araç Sayısı	Yıllık Araç Hizmet Bedeli	Yıllık Akaryakıt Tutarı	Toplam Araç Maliyeti	Vaka Başı Araç Maliyeti
1.999	1	11.837,76	3.090,96	14.928,72	7,47

Fatih Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi tarafından tedavi edilen hastalardan seçilen 10'ar Hemipleji, KOAH, yatak yarası, Diabet ve Hipertansiyon hastalarının toplam hizmet maliyetleri Tablo 15'de g3sterilmiştir.

**Tablo 17. Hemipleji, KOAH, Yatak Yarası, Diabet ve Hipertansiyon Hastalarının Tedavilerinin Fatih Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi Toplam Hizmet Maliyetleri.**

Vaka	Ortalama Hizmet Maliyetleri							Toplam Hizmet Maliyeti
	İlaç	Tıbbi Sarf	Laboratuvar	G3r3nt3leme	Girişimsel İşlemler	Yatak Ücreti	İlaç	
Hemipleji	3,92	0,71	5,50	0,00	19,70	55,65	7,47	73,25
KOAH	13,60	3,74	25,90	0,00	24,40	55,65	7,47	130,76
Yatak Yarası	13,60	1,48	23,90	0,00	19,70	55,65	7,47	121,80
Diabet	204,60	2,25	6,80	0,00	22,70	55,65	7,47	249,47
Hipertansiyon	65,40	4,20	0,00	0,00	22,70	55,65	7,47	96,56

Hemipleji hastalarının evde sağlık birimince tedavi edilmeleri halinde toplam hizmet maliyeti 73,25 TL, KOAH hastalarının 130,76 TL, yatak yarası hastalarının 121,80 TL, Diabet hastalarının 249,47 TL ve Hipertansiyon hastalarının ise 96,56 TL olarak bulunmuştur.

## 5. TARTIŞMA

Kronik hastalıklar, uzun süreli tedavi gerektirmeleri ve hastalarda kalıcı sekeller bırakabilmeleri özelliklerinden dolayı aynı oranda yüksek maliyetlere yol açmaktadırlar. Ülkemizde bu tür hastalıkların tedavileri yataklı tedavi kurumları ile bu kurumların bünyesinde oluşturulan evde sağlık birimleri vasıtasıyla hastaların ev ortamlarında yapılmaktadır. Her iki tedavi yerinin kendilerine özgü tedavi giderleri mevcuttur. Bu tedavi yerleri giderlerinin bugüne kadar maliyet karşılaştırmaları yapılmamıştır. Bu amaca yönelik hazırlanan çalışmada her iki tedavi yerlerinde oluşan maliyetlerin karşılaştırılması yapılmak suretiyle bir sonuca ulaşılmaya çalışılmıştır.

Yataklı tedavi kurumları olan hastaneler ile ayaktan tedavi kurumları olan ADSM ve rehabilitasyon merkezlerinin yapımları çok büyük maliyetlere yol açmakta, ayrıca bina amortismanlarına büyük paylar ayrılmaktadır. Bu nedenle kronik hastalıkların tedavilerinde hastaneler ve diğer tedavi kurumları laboratuvar, görüntüleme gibi hizmetler ile teşhis amacıyla kullanılmalıdır.

Kronik hastalıkların evde sağlık hizmeti kapsamında tedavilerinin yapılması ile tedavi kurumlarının iş yükü azaltılacak ve buna bağlı olarak personel istihdamında önemli ölçüde düşüş yaşanacaktır.

Kronik hastalıklardan hemipleji ve parapleji hastalıklarının tedavisinde kullanılan yürüme robotu çok yüksek maliyete sahip olduğundan ve teknik olarak evlere montajı ve kurulumu mümkün olmadığından, bu tedavi metodu hastaneler veya rehabilitasyon merkezlerinde yapılmalıdır.

Yürüme robotu dışında kronik hastaların yaşam aktivitelerini düzenlemek amacıyla yönelik tıbbi cihazların kullanımında bakım onarım, yedek parça gibi maliyetler ortaya çıkacağından, evde sağlık hizmetlerinde kullanılanların SGK tarafından temininde bakım onarım ve yedek parça giderleri tedarikçi firmaya ait olduklarından bu maliyetlere katlanmak zorunda kalınmayacaktır.

Tedavi kurumlarında ısınma, elektrik gibi enerji giderleri ile temizlik, yemek, su giderleri kurum tarafından karşılanmakta, buna karşın evde sağlık hizmeti sunumunda bu giderler hasta tarafından karşılanmaktadır.

Çalışmamızda tespit ettiğimiz gibi kronik hastalıkların tedavi kurumunda tedavi edilmeleri durumunda bir günlük yatak maliyeti 190,95 TL olmasına karşın evde sağlık hizmeti olarak verilmesi halinde günlük ziyaret başına 55,65 TL personel gideri ve 7,47 TL araç gideri olmak üzere toplam 63,12 TL maliyet oluşacaktır. Bu maliyet tedavi kurumu günlük yatak maliyetinin % 33'ü oranındadır.

Çalışmada kronik hastalıklardan Hemipleji; hastanede 2.699,00 TL, evde 73,25 TL, KOAH; hastanede , evde 130,76 TL, yatak yarası; hastanede 592,20 TL, evde 121,80 TL, Diabet; hastanede 626,78 TL, evde 249,47 TL, Hipertansiyon; hastanede 825,66 TL, evde 96,56 TL maliyet tespit edilmiştir. Tespit edilen maliyetler değerlendirildiğinde evde sağlık birimlerince yürütülen tedavi hizmetlerinin hastane ortamında yapılanlara oranla daha ekonomik olduğu ortaya çıkmıştır.

Kronik hastaların tedavi kurumunda tedavileri sonucu sevklerinde yasal düzenlemelere göre nakil ambulans aracılığıyla evlerine gönderilmeleri gerektiğinden, bu tür nakil ambulanslarının ise kurumların demirbaşlarında yer alması; sigorta, bakım onarım, arıza, trafik cezası, amortisman gibi giderleri kurumlar karşılamak zorunda kalmaktadır. Oysa evde sağlık hizmeti kapsamında araç kiralama yoluyla tedarik edilen araçların bu tür giderleri yüklenici firma tarafından karşılanmaktadır.

Bulgularda yer alan veriler, bu konuda yapılmış başka bir araştırma mevcut bulunmadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

## 6. SONUÇ

Kronik hastalıkların, yaşlı nüfusunun artmasına paralel olarak artış göstermeleri, uzun süreli sekeller bırakan, uzun süreli takip ve bakım gerektiren süreğen hastalıklar olmaları, tedavilerinde aşırı maliyetlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Ülkemizde tedavi ücretlerinin hizmet sunan kurum veya kuruluşlarda hizmetin ifasında meydana gelen maliyete göre değil de devlet tarafından belirlenmesi resmi sağlık kurum ve kuruluşlarını maliyetlerin azaltılması amacına yönelik arayışlara itmektedir.

Sağlık Bakanlığı kronik hastalıkların tedavilerinin yataklı tedavi kurumları dışında evde de tedavilerinin yapılabilmesi amacıyla yasal düzenlemeler yapmıştır. Bu amaçla 2005 yılında Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik çıkartılmış ve uygulamada yataklı tedavi kurumları bünyesinde evde sağlık birimleri oluşturulmuştur. Bu birimler kronik hastalıkların tedavilerini hastalığın seyrine göre kurumda ya da evde yapılması kararı ve sunumunda görevlendirilmiştir.

Kronik hastalıkların tedavilerinde yataklı tedavi kurumu veya evde tedavi şeklinde ortaya çıkan alternatif tedavi yollarının bu tür hastalıklar için ödenmekte olan tedavi giderlerinin azaltılması amacıyla hangi uygulamanın daha ekonomik olduğu konusunda bizi araştırma yapmaya sevk etmiştir.

Bu amaca yönelik yaptığımız bu çalışmada hastalığın seyri ve ileri derecede tedavi gerektiren durumlar hariç olmak üzere evde sağlık hizmeti sunumunun yataklı tedavi kurumunda yapılan sunuma göre daha az harcama yapılacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu bağlamda evde sağlık hizmeti sunumunun tüm yaşlı, yatalak ve kronik hastalara ulaşılabilir şekilde gerekli alt yapısı tamamlanmalı (yeterli ekipler oluşturulmalı, sağlık bakanlığından evde sağlığa ait ayrı bütçenin oluşturulması sağlanmalı, yönetsel anlamdaki kavram kargaşaları giderilmeli, il sağlık müdürlüğü çatısı altında hizmet verilmesi sağlanmalı, il içerisindeki aile hekimleri mutlaka hizmet sunumuna aktif olarak katılması sağlanmalı ayrıca, çalışanların motivasyonunun artırılması için ücret artışlarıyla desteklenmesinin sağlanması), sunumu yaygınlaştıracak ve kolaylaştıracak yasal düzenlemeler bir an önce yapılmalıdır.

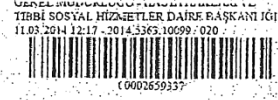
## 7. KAYNAKÇA

1. Turan ÖS (2008). İzlemi Yapılan kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması Uzmanlık Tezi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Ankara. s.4
2. Arslantaş D, Özbalık D, Naçar M, Aslan D, Çetinkaya F, Erol K, Sayın D, Demirtaş N. (2013). Temel Sağlık Hizmetleri. Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri . Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2903 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1860 .Sf.3
3. Şimşek Z. Sağlık Kavramları Sağlığın Belirleyicileri. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı (Slayt 5). Sağlık Kavramları Sağlığın Belirleyicileri-Tıp Fakültesi [tip.harran.edu.tr/ogrenci/ders\\_notlari/halk\\_sagligi/saglik\\_kavramlari.ppt](http://tip.harran.edu.tr/ogrenci/ders_notlari/halk_sagligi/saglik_kavramlari.ppt).
4. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayınları, Ankara.109
5. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. (1983). *T.C. Resmi Gazete*, 17927 Mükerrer, 13 Ocak 1983.
6. Özel Hastaneler Yönetmeliği. (2008). *T.C. Resmi Gazete*, 26788, 15 Şubat 2008.
7. Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge.(2011). 8751, 24 Şubat 2011.
8. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. (2013). *T.C. Resmi Gazete*, 28597, 24 Mart 2013.
9. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. (2005). *T.C. Resmi Gazete*, 25751, 10 Mart 2005.
10. Demir M. ve Ünsar S. Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008;3(8):122
11. Evde Sağlık Hakkında Her Şey. (2012). [Http://Www.Bolusaglik.Gov.Tr/Evde-Saglik-Hizmetleri.Html](http://www.bolusaglik.gov.tr/evde-saglik-hizmetleri.html).Bolu İl Sağlık Müd.
12. Başgül Ç, Keskin İ, Kara H, Aksoy M (2012). Sağlık Alanında Yeni Bir Hizmet: Evde Sağlık Hizmetleri. Ankara. Sağlık Alanında Yeni Bir Hizmet: Evde Sağlık .[www.Asm.Gov.Tr/Uploadgeneldosyalar](http://www.asm.gov.tr/uploadgeneldosyalar)
13. Özer Ö, Şantaş F .Nisan (2012). • Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri Ve Finansmanı .Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. Cilt: 3 • Sayı: 2.sf.98
14. Turan ÖS. (2008). İzlemi Yapılan kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması Uzmanlık Tezi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Ankara. 4.
15. Gündüz HE, Gürdal K, Elmac O. (2013). Maliyet Analizleri. Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri.Eskişehir. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 3033.
16. Haftacı V (2011). Maliyet Muhasebesi . Kocaeli Üniversitesi. Umuttepe Yayınları. 8. Baskı. 37-318.
- 17 . Eminsoy MG. (2008). Paket Ameliyatlardan Laparoskopik Kolesistektominin Hizmet Maliyetlerinin Belirlenmesi Ve But-Sut Fiyatlarıyla Karşılaştırılması.Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı. Ankara.

18. Boyar E, Gngrm AH (2006) Eylül.Sayı 33 . Özel (Yap-Sat) İaat Firmalarında Maliyet Sisteminin Oluşturulması. Lebib Yalkın Mevzuat Dergisi.
19. Toso, M. E. (1989). Reader's Forum: The value of a cost accounting system. *Hospital Cost Management and Accounting*, 1 (4): 5-7.
20. Finkler, S. A. (1994). *Essentials of Cost Accounting for Healthcare Organizations*. Gaithersburg-Maryland: Aspen Publication Inc.
21. Cleverly, O.W. (1987). Product costing for health care firms. *Health Care Management Review*, 12 (4): 39-48.



## 8. EKLER



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 64047795/020  
Konu : İzin

TRABZON VALİLİĞİNE  
(İl Sağlık Müdürlüğü).

İlgi: 03.02.2014 tarihli ve 10575184-775/26-878 sayılı yazınız.

Avrasya Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği bölümü yüksek lisans öğrencisi Sultan AŞIK' ın kronik yatalak hastaların evde sağlık hizmetinde veya rehabilitasyon merkezinde tedavi maliyetlerinin karşılaştırılması konulu tez çalışması için görev yaptığı kurumdaki tanı, tedavi maliyetleri konusundaki istatistikî verileri kullanma talebine ilişkin izin talep eden yazınız ve ekleri incelenmiştir.

Yapılacak çalışmada her türlü hukukî sorumluluk araştırmacıya ait olmak üzere hasta haklarına riayetini sağlanarak mahremiyet ihlal edecek hasta bilgilerinin kullanılmaması, çalışmanın sonucundan bir suretinin Bakanlığımıza gönderilmesi ve Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla söz konusu istatistikî verilerin kullanılmasında sakınca görülmediği hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN  
Bakan a.  
Genel Müdür V.

Belgenin Asli Çekildiği Tarih: 12.03.2014  
Hastahakları Genel Müdürlüğü

Sayı: 16051  
İl Sağlık Müdürlüğü  
21 MART 2014  
Trabzon Valisi a.

Arşiv  
Sist.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı Mithatpaşa  
Cad. No:2 Sıhhiye/Ankara Tel: 0 (312) 324 38 07 Belgegeçer: 0 (312) 324 55 15 Elektronik-posta:  
hastahaklari@saglik.gov.tr  
Ayrıntı için: Ersin KAYAALTI

21 Mart 2014

02281

T.C.  
TRABZON VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı: 10575184-789-55

Konu: İzin

26.03.2014 02673

Sn.Sultan AŞIK

29.01.2014 tarih ve 743 sayılı Kronik yatacak hastaların Evde Sağlık Hizmetlerinde veya Rehabilitasyon Merkezlerinde tedavi maliyetlerinin karşılaştırılması konulu tez çalışması için görev yaptığımız kurumdaki tanı, tedavi maliyetleri konusundaki verileri kullanma talebinizle ilgili Bakanlık görüşünü bildiren 11.03.2014 tarih ve 20 sayılı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Osman GÜNER  
Müdür a.  
Sağlık Müdür Yardımcısı

*uygun görülür*

*Gereği için*

*→ diğer izin birimi*

*→ İktisadi birimi*

EK:  
1-Yazı (1 Adet-1 Sayfa)

29.03.2014

## ÖZGEÇMİŞ

1969 yılında Ankara Gdl ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Afyon'da tamamladı. 19 Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünden 2011 yılında mezun oldu. 1987 yılında Bitlis Devlet Hastanesi dhiliye ve koroner yoğun bakım ünitesinde hemşire olarak göreve başladı. 1989 yılında Denizli Tavas Devlet Hastanesi acil serviste çalıştı. 1992 yılında Isparta Keçiborlu devlet hastanesi acil serviste çalıştı. 1994 yılından 2012 yılına kadar Trabzon doğum ve ocuk Hastalıkları Hastanesi ameliyathane sorumlu hemşiresi olarak çalıştı. 2012 yılından itibaren Trabzon Halk Sağlığı Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezinde görev yapmaktadır. Evli ve 2 ocuk sahibidir. İngilizce bilmektedir.