

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları ve Hastaneler Tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırması: Kesitsel Bir Çalışma

Comparison of Home Health Care Services Provided by Primary Health Care Organizations and Hospitals: A Cross-Sectional Study

^{id} Yavuz Selim KÜÇÜK^a, ^{id} Bayram ŞAHİN^b

^aEskişehir İl Sağlık Müdürlüğü, Eskişehir, Türkiye

^bHacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZET Amaç: Bu çalışmada, 1. basamak sağlık kuruluşlarıyla hastaneler tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetlerin miktarını ve giderini karşılaştırmak ve hizmet miktarı ve gideriyle hastaların özellikleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit etmek amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırma, Eskişehir ilinde hem 1. basamak sağlık kuruluşlarından hem de hastanelerden evde sağlık hizmeti alan 304 hastanın verilerine dayandırılmıştır. Çalışmada, evde sağlık hizmetleri verilerini karşılaştırmak için t-testi, değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için ise çok değişkenli regresyon analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Hastaneler tarafından yapılan ziyaret sayısının ($Ort_{Hst}=3,64$ karşı $Ort_{BB}=2,98$), işlem sayısının ($Ort_{Hst}=4,74$ karşı $Ort_{BB}=3,80$), tedavi giderinin ($Ort_{Hst}=48,49$ karşı $Ort_{BB}=25,39$) ve ziyaret başı tedavi giderinin ($Ort_{Hst}=13,71$ karşı $Ort_{BB}=10,14$) 1. basamak sağlık kuruluşlarına göre daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Ayrıca evde sağlık hizmetleriyle ilgili toplam ve ziyaret başı tedavi giderlerinin hastaların yaşı, cinsiyeti ve hastalıklarına göre değiştiği, toplam ziyaret sıklığı ve işlem sayısının ise sadece hastalıklarından etkilendiği bulunmuştur ($p<0,05$). **Sonuç:** Hastaneler tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri miktarını ve giderlerinin, 1. basamak sağlık kuruluşlarına göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu araştırmaya ait bulguların evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesiyle ilgili karar vericiler için önemli veri ve bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.

ABSTRACT Objective: In this study, it was aimed to compare the amount and expense of services provided by primary health care institutions and hospitals within the scope of home health services and to determine whether there is a significant relationship between the amount and cost of services and the characteristics of the patients. **Material and Methods:** The research was based on the data of 304 patients who received home health services from both primary health care institutions and hospitals in Eskişehir. In the study, t-test was used to compare home health services data, and multivariate regression analysis was used to examine the relationship between variables. **Results:** The number of hospital visits ($Avg_{Hspl}=3.64$ versus $Avg_{PC}=2.98$), the number of procedures ($Avg_{Hspl}=4.74$ versus $Avg_{PC}=3.80$), the treatment expense ($Avg_{Hspl}=48.49$ versus $Avg_{PC}=25.39$) and treatment expense per visit ($Avg_{Hspl}=13.71$ versus $Avg_{PC}=10.14$) was found to be higher and statistically significant compared to primary health care institutions ($p<0.05$). In addition, it was found that the total and per-visit treatment expenses related to home healthcare services vary according to the age, gender and diseases of the patients, and the total frequency of visits and the number of procedures were only affected by their diseases ($p<0.05$). **Conclusion:** It has been observed that the amount and expenses of home healthcare services provided by hospitals are higher than primary health care institutions. It is thought that the findings of this study will provide important data and information for decision makers regarding the development of home healthcare services.

Anahtar Kelimeler: Evde sağlık hizmetleri; birinci basamak sağlık kuruluşları; hastaneler; ziyaret başı tedavi gideri; ziyaret sayısı

Keywords: Home healthcare services; primary health care institutions; hospitals; treatment expense per visit; number of visits

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü [Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)] ülkelerinde ortalama yaşam süresinin uzaması ve doğurganlık hızının düşmesi, genel po-

pülasyon içinde yaşlı nüfusun oranını artırmaktadır.¹ Artan yaşlı nüfusun ihtiyaç duyduğu sağlık ve sosyal hizmetleri karşılamak için ise evde bakım/sağlık hizmet modelleri geliştirilmiştir.² Dünya Sağlık Örgü-

Correspondence: Yavuz Selim KÜÇÜK
Samsun Üniversitesi İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Samsun, Türkiye
E-mail: yavuzselim.kucuk@samsun.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences.

Received: 30 Mar 2021 **Received in revised form:** 04 Jun 2021 **Accepted:** 07 Jun 2021 **Available online:** 10 Jun 2021

2536-4391 / Copyright © 2022 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

tüne göre evde bakımın amacı, formal ve informal bakıcılar tarafından uygun ve kaliteli evde sağlık ve sosyal hizmetler sunularak, insanların evlerinde sağlık ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamaktır.³ Evde sağlık hizmeti, çeşitli hastalıklara bağlı olarak sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan kişilere, kendi evlerinde sosyal ve mental danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini ifade etmektedir.⁴

Uzun süreli bakıma (USB) yapılan harcamalar diğer sağlık hizmetleriyle karşılaştırıldığında, son yıllarda çok daha fazla artış gösterdiği bilinmektedir. Nüfusun yaşlanması, daha fazla insanın sağlık ve sosyal bakıma ihtiyaç duymasına yol açtığı için OECD ülkelerinin USB harcamalarında önemli artışlar öngörülmektedir. OECD ülkelerinde USB hizmetlerine yapılan harcamaların önemli bir kısmı, hükümet veya sigorta şirketleri tarafından karşılanmaktadır. OECD ülkeleri genelinde 2017 yılında USB için hükümet veya sigorta şirketlerinin harcamalarının toplamı (sağlık ve sosyal bakım bileşenleri dâhil) gayri safi yurt içi hasılanın (GSYİH) ortalama %1,7'sini oluşturmaktadır. GSYİH'nin %3,7'si ile en yüksek harcama yapan ülke Hollanda iken, onu Norveç (%3,3) ve İsveç (%3,2) takip etmektedir. Bu ülkelerde USB için yapılan kamu harcamaları OECD ortalamasının yaklaşık 2 katıdır. Diğer tarafta Macaristan, Estonya, Polonya ve Letonya GSYİH'lerin %0,5'inden daha azını USB hizmetlerinin sunumuna tahsis etmiştir. OECD ülkeleri genelinde, 2017 yılında USB için hükümet ve sigorta şirketlerinin harcamalarının yaklaşık 2/3'ü, kurumsal USB tesislerinde yatan hastalar için yapılmıştır. Ancak Polonya, Finlandiya, Danimarka, Litvanya, Avusturya ve Almanya'da, ev tabanlı USB'ye yapılan harcamalar, tüm USB harcamalarının %50'sinden fazlasını oluşturmaktadır.¹

Organizasyon türlerine göre evde sağlık kuruluşlarının hastalara sunduğu hizmet giderlerinde farklılık olduğu bilinmektedir. ABD'de, 2016 yılında USB hizmeti veren kuruluşların mülkiyete göre dağılımı incelendiğinde; evde sağlık hizmeti veren kuruluşların %80,6'sının, yatılı bakım hizmeti veren kurumların ise %81'inin kâr amacı güden kuruluşlar olduğu görülmüştür.⁵ ABD ve Kanada'nın huzurevi, evde sağlık ve "hospice" hizmetlerine 2017 yılında

yaptığı harcamalar karşılaştırıldığında, ABD'deki kişi başına düşen evde bakım maliyeti 255 \$ iken, Kanada'da kişi başına düşen evde bakım maliyetininin 123 \$ olduğu görülmüştür. ABD Ulusal Sağlık Harcama Hesapları kapsamında, evde sağlık hizmetleri için yapılan toplam harcamanın %75'inin evde bakım kuruluşları, %25'inin yatılı bakım veren kuruluşlar tarafından yapıldığı hesaplanmıştır.⁶ Kanserli hastalara, hastanede sağlanan palyatif bakım hizmetlerinin, kapsamlı palyatif bakım merkezi tarafından sunulan palyatif bakım hizmetlerinden daha az maliyetli olduğu görülürken, bu hastalara sunulan evde sağlık hizmetininin diğer 2 modele kıyasla daha uygun maliyetli olduğu bulunmuştur.⁷ ABD'de kâr amaçlı özel evde sağlık kuruluşlarının hasta başı giderlerinin, kâr amacı gütmeyen kuruluşlara göre daha yüksek (4.827 \$ karşı 4.075 \$) olduğu görülmüştür.⁸

Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve sunumuyla ilgili gelişmiş ülke örnekleri incelendiğinde, bu hizmetlerin genellikle 1. basamak sağlık hizmetleri kapsamında verildiği görülmektedir.⁹⁻¹³ Türkiye'de ise evde sağlık hizmetiyle ilgili sağlık kuruluşlarının görev, yetki ve sorumlulukları, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik'te tanımlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşra teşkilatı tarafından yapılmakta iken, evde sağlık hizmetlerinin sunumu kamu hastaneleri ve toplum sağlığı merkezleri bünyesinde oluşturulan birimler tarafından verilmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından 25 Nisan 2017 tarihli ve 44063130 sayılı Bakanlık Olur'u ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve birincil hizmet sunumu Halk Sağlığı Kurumundan alınıp Kamu Hastaneleri Kurumuna devredilmiş ve böylece 15 Mayıs 2017 tarihinden itibaren evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve sunumu hastaneler tarafından yapılmaya başlanmıştır.

Ancak geçen süre içinde, ülkemizde evde sağlık hizmetlerinin 1. basamak sağlık kuruluşlarından hastanelere devredilmesi sonucunda, gerek sunulan hizmetin hacminde gerekse hizmet giderlerinde farklılık olup olmadığını değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmada, 1. basamak sağlık kuruluşları ve hastaneler tarafından sunulan evde sağ-

lık hizmetlerinin miktarını ve giderlerini karşılaştırmak, sunulan hizmetin miktarı ve gideriyle hastaların özellikleri arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, 1. basamak sağlık kuruluşlarında sunulan evde sağlık hizmetleriyle hastanelerde sunulan evde sağlık hizmetlerinin, toplam tedavi gideri ve ziyaret başı tedavi gideriyle toplam ziyaret sayısı ve işlem sayısı arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı ve evde sağlık hizmetlerini alan hastaların özellikleri (cinsiyet, yaş ve hastalık sınıfı) ile hizmet miktarı (toplam ziyaret sayısı ve toplam işlem sayısı) ve gideri (toplam tedavi gideri ve ziyaret başı tedavi gideri) arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına ilişkin hipotezler test edilecektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (tarih: 11 Aralık 2018, no: 16969557-2191) tarafından onaylanmıştır. Aynı zamanda bu çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yürütülmüştür.

EVREN VE ÖRNEKLEM

Çalışma, Eskişehir ilinde evde sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde yapılmıştır. Çalışma evreni belirlerken, evde sağlık hizmetlerinin 1. basamak sağlık kuruluşlarından (toplum sağlığı merkezleri) hastanelere devredildiği 15 Mayıs 2017 tarihi milat olarak alınmış ve hem devirden önce 6 ay boyunca 1. basamak sağlık kuruluşlarından hem de devirden sonra 6 ay boyunca hastanelerden evde sağlık hizmeti alan hastaların araştırma kapsamına alınmasına dikkat edilmiştir. Mülga Halk Sağlığı Müdürlüğü verilerine göre söz konusu tarih aralığında (15 Kasım 2016-14 Kasım 2017) evde sağlık hizmetlerinden yararlanan kayıtlı hasta sayısı 730 olup, %95 güven düzeyinde %5 birimlik hata ile ulaşılması gereken hasta sayısı 304 olarak hesaplanmıştır. Belirlenen örneklem sayısı ise basit rastgele örnekleme yöntemine dayalı olarak seçilmiştir.

VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ

Seçilen örnekleme, sunulan hizmetlere ve yapılan işlemlere ait veriler Mülga Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Yunus Emre Devlet Hastanesine ait veri tabanlarından alınmıştır. Evde sağlık hizmetleriyle ilgili ikincil verilerin erişimine ait gerekli izin

Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğünden alınmış olup, 17.01.2019 tarihinde protokol imzalanmıştır.

Veri tabanından, 1. basamak sağlık kuruluşlarından ve hastanelerden evde sağlık hizmeti alan 304 hastanın cinsiyeti, yaşı, hastalığı, ziyaret tarihleri, ziyaretlerin hangi sağlık hizmet sunucusu tarafından gerçekleştirildiği, ziyaretlerde verilen hizmet ve yapılan işlemlerle ilgili veriler alınmıştır. Hastalara verilen hizmetler kapsamında muayene, pansuman, sonda, tahlil, sağlık raporları, eğitim ve diğer işlemlerin (enjeksiyon, sütür alınması, diş çekimi vb.) yapıldığı görülmüştür.

Evde sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler ve yapılan işlemlerin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) karşılığı fiyatları çıkarılarak, her bir hizmet kullanımına ilişkin giderler hesaplanmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada veri girişi ve analizi için SPSS 21 programı kullanılmış, verilerinin analizinde tanımlayıcı ve analitik çözümlene yöntemlerinden yararlanılmıştır. Çalışmada 1. basamak sağlık kuruluşları ve hastaneler tarafından verilen evde sağlık hizmetleri miktarı ve giderleri arasında fark olup olmadığını belirlemek için t-testi, hastaların özellikleriyle verilen hizmet miktarı ve giderleri arasındaki ilişkiyi incelemek için ise çok değişkenli regresyon analizi kullanılmıştır.

KISITLILIKLAR

Araştırmada sunulan evde sağlık hizmetlerinin giderleri, SUT fiyatları üzerinden hesaplanmıştır. Ancak, SUT fiyatlarına dayalı hizmet giderleri altında hizmetin üretilmesiyle ilgili personel, tıbbi malzeme ve genel üretim gibi maliyetleri yansıtmamaktadır. Ayrıca araştırmanın Türkiye genelinde, tüm illerde ve Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında yapılamamış olması sonuçların genellenmesi açısından önemli bir kısıtlılıktır.

BULGULAR

TANIMLAYICI BULGULAR

Evde sağlık hizmetlerini hem 1. basamak sağlık kuruluşlarından hem de hastanelerden alan 304 hastanın kişisel özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1'e göre hastaların %55,9'unu kadınlar oluştururken, %52,3'ü 81 yaş ve üzerindedir. En çok görülen hastalık grubu, %35,2 oranında serebrovas-küler olay, multipl skleroz, Alzheimer, Parkinson, demans, mental retardasyon, felç gibi nörolojik sistem hastalıkları grubudur. İncelenen dönemde 304 hasta için yapılan ziyaretlerin %56,3'ü hastaneler tarafından gerçekleştirilirken, en çok verilen hizmet %40,2 ile hasta muayenesi olmuştur.

HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR

Aşağıda önce ilgili hipotez, daha sonra o hipoteze ilişkin bulgular verilmiştir.

Hipotez 1: Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastaneler tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri arasında (hizmet miktarı ve gideri açısından) anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 2'de, 1. basamak sağlık kuruluşları ve hastaneler tarafından sunulan evde sağlık hizmetleriyle bu hizmetlerin giderlerine ilişkin karşılaştırmalar yer almaktadır. Evde sağlık hizmetleri kapsamında hastanelerin 1. basamak sağlık kuruluşlarına göre daha fazla hasta ziyareti yaptıkları ($Ort_{Hst}=3,64$ karşı $Ort_{BB}=2,98$), toplam işlem sayısının ($Ort_{Hst}=4,74$ karşı $Ort_{BB}=3,80$) dolayısıyla toplam tedavi giderinin ($Ort_{Hst}=48,49$ karşı $Ort_{BB}=25,39$) ve ziyaret başı tedavi giderinin ($Ort_{Hst}=13,71$ karşı $Ort_{BB}=10,14$) daha fazla olduğu ve bu farklılıkların istatistiksel olarak da anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmüş ve hipotez 1 kabul edilmiştir.

Hipotez 2: Hastaların özellikleri (cinsiyet, yaş ve hastalık türü) ile sunulan evde sağlık hizmetleri arasında (hizmet miktarı ve gideri açısından) anlamlı bir ilişki vardır.

Evde sağlık hizmetleri alan hastalara yapılan işlem sayılarının kişisel özelliklerine (cinsiyet, yaş,

TABLO 1: Araştırma kapsamındaki hastalara ilişkin tanımlayıcı bulgular.		
Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	134	44,1
Kadın	170	55,9
Yaş		
3-65 yaş	41	13,5
66-80 yaş	104	34,2
81-104 yaş	159	52,3
Hastalık sınıfı		
Nörolojik sistem hastalıkları	107	35,2
Kardiyolojik sistem hastalıkları	30	9,9
Ortopedik sistem hastalıkları	12	4,0
Solunum sistem hastalıkları	11	3,6
Kanser ve diğer hastalıklar	22	7,2
Cevap yok	122	40,1
Yapılan ziyaretler		
Birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından	853	43,7
Hastaneler tarafından	1.098	56,3
Sunulan hizmetler		
Hasta muayenesi	998	40,2
Yara pansumanı	577	23,2
Mesane sonda uygulaması	445	17,9
Kan tahlili	225	9,0
Diğer işlemler*	240	9,7

*Hastalara verilen eğitim, sağlık kurulu raporu, enjeksiyon, ağız diş sağlığı hizmetleri, lavman gibi işlemler.

teşhis) göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. **Tablo 3'te** görüldüğü gibi yapılan analiz sonucunda, bağımlı değişkenlerdeki varyasyonu tahminleyen anlamlı modellere ulaşılmış ($p<0,001$) olup, cinsiyet, yaş ve hastalık sınıfına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

TABLO 2: Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastaneler tarafından verilen evde sağlık hizmetlerinin karşılaştırması (n=304).						
	Birinci basamak sağlık kuruluşları		Hastaneler		t değeri	p değeri
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Toplam ziyaret sayısı	2,98	3,48	3,64	3,39	-2,67	0,008
Toplam işlem sayısı	3,80	4,18	4,74	4,62	-2,76	0,006
Toplam tedavi gideri	25,39	20,60	48,49	47,36	-7,22	<0,001
Ziyaret başı tedavi gideri	10,14	3,64	13,71	6,21	-9,19	<0,001

SS: Standart sapma.

TABLO 3: Hastaların özelliklerinin sunulan evde sağlık hizmeti miktarı ve gideri üzerindeki etkisine ilişkin bulgular.

Değişkenler	Standardize β katsayısı			
	Toplam tedavi gideri	Ziyaret başı tedavi gideri	Toplam işlem sayısı	Toplam ziyaret sayısı
Cinsiyet	-0,256*	-0,259*	-0,054	0,029
Yaş	-0,176*	-0,229*	-0,025	0,035
Nörolojik sistem hastalıkları	-0,030	0,121*	-0,150*	-0,184*
Kardiyolojik sistem hastalıkları	0,005	0,019	0,002	0,005
Ortopedik sistem hastalıkları	-0,124*	-0,101*	0,009	0,055
Solunum sistem hastalıkları	-0,014	0,095*	-0,133*	-0,147*
R ²	0,084	0,118	0,033	0,052

*p<0,05. R²= Açıklayıcılık Katsayısı.

Bulgulara göre; kadın hastaların toplam tedavi giderinin ($\beta=-0,259$; $t=-8,588$; $p<0,001$) ve ziyaret başı tedavi giderinin ($\beta=-0,256$; $t=-8,870$; $p<0,001$) erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür.

Hastaların yaşları ilerledikçe, toplam tedavi giderinin ($\beta=-0,176$; $t=-5,749$; $p<0,001$) ve ziyaret başı tedavi giderinin ($\beta=-0,229$; $t=-7,654$; $p<0,001$) azaldığı görülmüştür.

Nörolojik sistem hastalıkları olan hastaların toplam ziyaret sayısının ($\beta=-0,184$; $t=-4,125$; $p<0,001$) ve toplam işlem sayısının ($\beta=-0,150$; $t=-3,347$; $p=0,001$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu görülürken, ziyaret başı tedavi giderinin ($\beta=0,121$; $t=2,809$; $p=0,005$) ise daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Solunum sistem hastalıkları olan hastaların toplam ziyaret sayısının ($\beta=-0,147$; $t=-4,387$; $p<0,001$) ve toplam işlem sayısının ($\beta=-0,133$; $t=-3,929$; $p<0,001$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu görülürken, ziyaret başı tedavi giderinin ($\beta=0,095$; $t=2,948$; $p=0,003$) ise daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Ortopedik sistem hastalıkları olan hastaların toplam tedavi giderinin ($\beta=-0,124$; $t=-3,651$; $p<0,001$) ve ziyaret başı tedavi giderinin ($\beta=-0,101$; $t=-3,040$; $p=0,002$) diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu anlaşılmaktadır.

Bu bulgulara göre, hastalara evde sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetin miktarı (toplam ziyaret sayısı ve toplam işlem sayısı) ve hizmete ilişkin giderin (toplam tedavi gideri ve ziyaret başı tedavi gideri) hastaların yaşı, cinsiyeti ve hastalığına göre farklılaştığını öne süren hipotez 2 kabul edilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, evde sağlık hizmetlerinin 1. basamak sağlık kuruluşlarından hastanelere devredilmesiyle daha fazla hasta ziyareti yapıldığı, yapılan işlem sayısının, toplam tedavi giderinin ve ziyaret başı tedavi giderinin arttığı görülmüştür. Strand ve ark., 1. basamak düzeyinde hemşireler tarafından verilen evde bakımın, hastane düzeyinde hekimler tarafından sunulan evde bakıma kıyasla daha güvenli ve uygun maliyetli olduğunu ve aynı seviyede hasta memnuniyetinin sağlandığını ifade etmişlerdir.¹⁴ Birinci basamağa dayalı olarak hemşireler tarafından sunulan evde bakımın, hastalar için güvenli, verimli, düşük maliyetli ve tatmin edici bir model olduğunu gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır.¹⁵⁻¹⁷ Wattchow ve ark. ile Augestad ve ark.'nın çalışmalarında da pratisyen hekimlerin liderliğindeki 1. basamak sağlık kuruluşlarında sunulan evde bakım hizmetlerinin, hastanelere göre daha uygun maliyetle sunulduğu ifade edilmiştir.^{18,19} Bu sonuca, 1. basamağa dayalı evde bakımı inceleyen başka bir çalışmada da ulaşılmıştır.²⁰

Bu çalışmada, hastanelerin evde sağlık hizmetleri kapsamındaki ziyaret başı tedavi gideri 13,71 TL olurken, 1. basamak sağlık kuruluşlarının ziyaret başı tedavi giderinin 10,14 TL olduğu görülmüştür. Finkelstein ve ark.'nın ABD'nin Minnesota eyaletinde yaptığı çalışmada, evde sağlık hizmetlerindeki ortalama ziyaret maliyetinin 48,27 \$ olduğu görülmüştür.²¹ Bohnenkamp ve ark.'nın ABD'nin Güney Batı'sında yaptığı çalışmada, evde sağlık ziyaretinin ortalama maliyetinin 63 \$ olduğu ifade edilmiştir.²² Brettschneider ve ark.'nın Almanya'da yaptığı çalış-

mada, evde sağlık ziyaretinin ortalama maliyeti 18,69 € olarak hesaplanmıştır.²³ Bu çalışmanın diğer önemli bulgusu ise hastanelerin evde sağlık hizmetleri kapsamında bir hastaya yaptığı ortalama ziyaret sayısı 3,64 iken, 1. basamak sağlık kuruluşlarının bir hastaya yaptığı ortalama ziyaret sayısının 2,98 olduğu görülmüştür. Alexy ve ark.nın yaptığı çalışmada, evde sağlık hastalarına ortalama 16,94 kez evde sağlık ziyaretinin yapıldığı görülmüştür.²⁴ Hoskins ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise yaşlı evde bakım hastalarına ortalama 13 kez evde sağlık ziyareti yapıldığı ifade edilmiştir.²⁵

Bu çalışmanın önemli bulgularından bir diğeri de evde sağlık hizmetleri kapsamında verilen hizmetlerin, hastaların cinsiyetlerine göre farklılık göstermesidir. Kadın hastaların, toplam tedavi giderinin ve ziyaret başı tedavi giderinin erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür. Zielinski ve Halling'in çalışmasında da kadınların, özellikle 80 yaşın üzerindeyse evde sağlık hizmeti alma olasılığının önemli derecede yüksek olduğu ve kadınların, yaş ayarlaması yapıldıktan sonra bile evde sağlık hizmeti alma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.²⁶ Başka bir çalışmada, yaşlı kadınların erkeklerden daha çok kronik hastalıklarının olduğunu, daha çok hastaneye yatışlarını ve daha uzun süre hizmet aldıklarını göstermiştir.²⁷ Kadınların 1. basamak teşhis ve tedavi hizmetlerine ortalama başvuru sayıları erkeklere göre anlamlı derecede yüksektir. Bu nedenle kadınların 1. basamak, özel bakım, acil teşhis ve tedavi hizmetleriyle ilgili yıllık ortalama giderlerinin, erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.²⁸ Benzer şekilde ABD'de 2002-2011 yılları arasında cep-ten yapılan sağlık harcamaları cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında, kadınlar tarafından evde sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların (752 \$ karşı 397 \$) erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.²⁹ Bu nedenle evde sağlık hizmeti alan kadın hastaların tedavi giderlerinin, erkek hastalara göre daha yüksek olduğunu ortaya koyan literatürdeki çalışma sonuçlarıyla bu çalışma sonucu benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmanın ortaya koyduğu bir diğer bulguya göre ise evde sağlık hizmetleri alan hastaların yaşları ilerledikçe, toplam tedavi giderinin ve ziyaret başı tedavi giderinin azaldığı görülmüştür. Aslında konuyla ilgili literatürde, artan yaşla birlikte sağlık hizmetle-

rinin kullanımının arttığına dikkat çekilmektedir.³⁰ Zielinski ve Halling'in çalışmasında, daha yüksek yaş ve daha yüksek multimorbidite düzeyinin, hem erkekler hem de kadınlar için daha fazla evde sağlık hizmeti kullanma olasılığıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir.²⁶ Plaisier ve ark. tarafından yapılan çalışmada da ileri yaştaki insanların, toplum temelli bakımı kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.³¹ Bu çalışmadaki hastaların yaşları ilerledikçe toplam tedavi giderinin ve ziyaret başı tedavi giderinin beklenenin aksine daha düşük bulunmasının nedeninin, ileri yaşlı hastaların daha kronik ve stabil hastalıklara sahip olduğu için onlara genellikle evde sağlık kapsamında daha az işlemler ve daha az maliyetli ziyaretlerin yapılmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların hastalıklarıyla ilgili aldıkları hizmet miktarı ve gideri arasındaki ilişki incelendiğinde ise nörolojik sistem hastalıkları olan hastaların veya solunum sistem hastalıkları olan hastaların ziyaret başı tedavi giderinin, diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha fazla olduğu görülürken, toplam ziyaret sayısının ve toplam işlem sayısının diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu anlaşılmaktadır. Vu ve ark.nın çalışmasında demans ve diğer nörolojik durumları olan hastalarda, sağlık hizmeti kullanımının daha düşük olduğu gösterilmiştir.³² Bu çalışmadaki toplam ziyaret sayısı ve toplam işlem sayısı daha az olduğu için Vu ve ark.nın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Ayrıca çalışmada ortopedik sistem hastalıkları olan hastaların toplam tedavi giderinin ve ziyaret başı tedavi giderinin, diğer sistem hastalıkları olan hastalara göre daha az olduğu görülmüştür. Aslında çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar osteoporotik kalça kırıklarının toplumlara yüksek bir mali yük getirdiğini göstermesine karşın, bu çalışmada ortopedi hastalarının toplam ve ziyaret başı tedavi giderinin daha az olması, bu hastalara evde sağlık hizmetleri kapsamında daha çok pansuman gibi düşük maliyetli işlemler yapılmasından kaynaklanmış olabilir.³³⁻³⁵

SONUÇ

Sonuç olarak ikincil verilere dayalı olarak elde edilen bulgulara göre; evde sağlık hizmetleri kapsamında hastanelerin 1. basamak sağlık kuruluşlarına göre

daha fazla hasta ziyareti gerçekleştirdiği ve bu ziyaretler sırasında daha fazla tıbbi işlemler yaptıkları, dolayısıyla toplam tedavi giderinin ve ziyaret başı tedavi giderinin 1. basamak sağlık kuruluşlarına göre daha fazla olduğu görülmüştür. Toplam ve ziyaret başı tedavi giderleri en çok hastaların yaş, cinsiyet ve hastalığına göre değişirken ve bu değişkenler arasında da en çok yaştan etkilenirken, ziyaret sayısı ve işlem sayısının ise sadece hastalığa bağlı olarak değiştiği dikkat çekmektedir. Erkek hastaların ve daha yaşlı hastaların toplam ve ziyaret başı tedavi giderlerinin, nörolojik veya solunum sistem hastalıkları olan hastaların ise toplam ziyaret sayısının daha az olduğu söylenebilir. Bu çalışmayla Türkiye’deki evde sağlık hizmetlerinin ziyaret başı ortalama maliyetlerinin, gelişmiş ülkelerdeki evde sağlık hizmetlerinin ziyaret başı ortalama maliyetlerinden daha düşük olduğu görülmüştür. Türkiye’de bir hastaya yapılan ortalama ziyaret sayısının, gelişmiş ülkelerde bir hastaya yapılan ortalama ziyaret sayısından daha az olduğu söylenebilir.

Çalışmada evde sağlık hizmetleri kullanım miktarı ve giderlerini açıklamak için kullanılan modeller veri tabanında yer alan yaş, cinsiyet ve hastalık türü değişkenleriyle sınırlı olduğu için bağımlı değişkenlerdeki varyasyonun sadece %3,3 ila %11,8’i kadar düşük bir kısmı açıklanabilmektedir. Daha yüksek açıklanabilirlik katsayılarına ulaşmak için daha fazla değişkenlerin dikkate alınabildiği çalışmaların yapılması gerekmektedir. Ayrıca çalışma, sadece Eskişehir ilindeki evde sağlık hizmetlerine ilişkin verilerle sınırlı

olduğundan, dışsal geçerliliği daha yüksek sonuçlara ulaşabilmek için daha geniş ölçekli çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu sınırlılıklara rağmen evde sağlık hizmetlerinin, 1. basamak sağlık kuruluşları ve hastaneler tarafından sunulmasını hizmet miktarı ve giderleri açısından değerlendiren bu çalışmanın evde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yönünde geliştirilecek politikalar için önemli veri ve bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Yavuz Selim Küçük, Bayram Şahin; **Tasarım:** Yavuz Selim Küçük, Bayram Şahin; **Denetleme/Danışmanlık:** Bayram Şahin; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Yavuz Selim Küçük; **Analiz ve/veya Yorum:** Yavuz Selim Küçük, Bayram Şahin; **Kaynak Taraması:** Yavuz Selim Küçük; **Makalenin Yazımı:** Yavuz Selim Küçük; **Eleştirel İnceleme:** Bayram Şahin; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Yavuz Selim Küçük; **Malzemeler:** Yavuz Selim Küçük.

KAYNAKLAR

1. OECD. Health at a Glance 2019; OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2019. [Link]
2. DePalma JA. Evidence needed to support home care in the future. Home Health Care Management & Practice. 2008;20(2):186-8. [Crossref]
3. Tarricone R, Tsouros AD. Home Care in Europe: The Solid Facts. Milan, Italy: World Health Organization; 2008. [Link]
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. [Link]
5. Harris-Kojetin L, Sengupta M, Lendon JP, Rome V, Valverde R, Caffrey C. Long-term care providers and services users in the United States, 2015-2016. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat. 2019;3(43):1-28. [Link]
6. Himmelstein DU, Campbell T, woolhandler S. Health care administrative costs in the United States and Canada, 2017. Ann Intern Med. 2020;21;172(2):134-42. Erratum in: Ann Intern Med. 2020;1;173(5):415. [Crossref] [PubMed]
7. Saygılı M, Çelik Y. An evaluation of the cost-effectiveness of the different palliative care models available to cancer patients in Turkey. Eur J Cancer Care (Engl). 2019;28(5):e13110. [Crossref] [PubMed]
8. Cabin W, Himmelstein DU, Siman ML, woolhandler S. For-profit medicare home health agencies' costs appear higher and quality appears lower compared to nonprofit agencies. Health Aff (Millwood). 2014;33(8):1460-5. [Crossref] [PubMed]
9. Cohan J. Relationship of the patient-centered medical home to patient satisfaction/experience and quality of care [Doktora tezi]. Colorado: Administration of Jones International University; [Link]

10. Conrad PA. Do regional models matter? Resource allocation to home care in the Canadian provinces of prince Edward Island, Nova Scotia & New Brunswick [Doktora tezi]. Kanada: Toronto Üniversitesi; 2008. [Link]
11. Evers IA. Meeting the needs of older people? A comparative study of care home staff in England and Germany [Doktora tezi]. İngiltere: Surrey Üniversitesi; 2003. [Link]
12. Mubangizi DB. Use of learning collaborative in the implementation of patient-centered medical home model in the state of Maryland: what are the facilitators and barriers? [Doktora tezi]. ABD: Kuzey Karolina Üniversitesi; 2015. [Link]
13. Ogawa K. Workload of home health care nurses in Japan [Doktora tezi]. ABD: Case Western Reserve Üniversitesi; 2008. [Link]
14. Strand E, Nygren I, Bergkvist L, Smedh K. Nurse or surgeon follow-up after rectal cancer: a randomized trial. *Colorectal Dis.* 2011;13(9):999-1003. [Crossref] [PubMed]
15. Batehup L, Porter K, Gage H, Williams P, Simmonds P, Lowson E, et al. Follow-up after curative treatment for colorectal cancer: longitudinal evaluation of patient initiated follow-up in the first 12 months. *Support Care Cancer.* 2017;25(7):2063-73. [Crossref] [PubMed] [PMC]
16. Knowles G, Sherwood L, Dunlop MG, Dean G, Jodrell D, McLean C, et al. Developing and piloting a nurse-led model of follow-up in the multidisciplinary management of colorectal cancer. *Eur J Oncol Nurs.* 2007;11(3):212-23; discussion 224-7. [Crossref] [PubMed]
17. McFarlane K, Dixon L, Wakeman CJ, Robertson GM, Eglinton TW, Frizelle FA. The process and outcomes of a nurse-led colorectal cancer follow-up clinic. *Colorectal Dis.* 2012;14(5):e245-9. [Crossref] [PubMed]
18. Augestad KM, Norum J, Dehof S, Aspevik R, Ringberg U, Nestvold T, et al. Cost-effectiveness and quality of life in surgeon versus general practitioner-organised colon cancer surveillance: a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2013;4(3(4)):e002391. [Crossref] [PubMed] [PMC]
19. Wattchow DA, Weller DP, Esterman A, Pilotto LS, McGorm K, Hammett Z, et al. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. *Br J Cancer.* 2006;24;94(8):1116-21. [Crossref] [PubMed] [PMC]
20. Gall CA, Weller D, Esterman A, Pilotto L, McGorm K, Hammett Z, et al. Patient satisfaction and health-related quality of life after treatment for colon cancer. *Dis Colon Rectum.* 2007;50(6):801-9. [Crossref] [PubMed]
21. Finkelstein SM, Speedie SM, Potthoff S. Home telehealth improves clinical outcomes at lower cost for home healthcare. *Telemed J E Health.* 2006;12(2):128-36. [Crossref] [PubMed]
22. Bohnenkamp SK, McDonald P, Lopez AM, Krupinski E, Blackett A. Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. *Oncol Nurs Forum.* 2004;17;31(5):1005-10. [Crossref] [PubMed]
23. Bretschneider C, Luck T, Fleischer S, Roling G, Beutner K, Lupp M, et al. Cost-utility analysis of a preventive home visit program for older adults in Germany. *BMC Health Serv Res.* 2015;3;15:141. [Crossref] [PubMed] [PMC]
24. Alexy B, Benjamin-Coleman R, Brown S. Home healthcare and client outcomes. *Home Healthc Nurse.* 2001;19(4):233-9. [Crossref] [PubMed]
25. Hoskins LM, Walton-Moss B, Clark HM, Schroeder MA, Thiel L Sr. Predictors of hospital readmission among the elderly with congestive heart failure. *Home Healthc Nurse.* 1999;17(6):373-81. [Crossref] [PubMed]
26. Zielinski A, Halling A. Association between age, gender and multimorbidity level and receiving home health care: a population-based Swedish study. *BMC Res Notes.* 2015;24;8:714. [Crossref] [PubMed] [PMC]
27. Gruneir A, Forrester J, Camacho X, Gill SS, Bronskill SE. Gender differences in home care clients and admission to long-term care in Ontario, Canada: a population-based retrospective cohort study. *BMC Geriatr.* 2013;16;13:48. [Crossref] [PubMed] [PMC]
28. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract.* 2000;49(2):147-52. [PubMed]
29. Williams JS, Bishu K, Dismuke CE, Egede LE. Sex differences in health-care expenditures among adults with diabetes: evidence from the medical expenditure panel survey, 2002-2011. *BMC Health Serv Res.* 2017;11;17(1):259. [Crossref] [PubMed] [PMC]
30. Vegda K, Nie JX, Wang L, Tracy CS, Moineddin R, Upshur RE. Trends in health services utilization, medication use, and health conditions among older adults: a 2-year retrospective chart review in a primary care practice. *BMC Health Serv Res.* 2009;30;9:217. [Crossref] [PubMed] [PMC]
31. Plaisier I, Verbeek-Oudijk D, de Klerk M. Developments in home-care use. Policy and changing community-based care use by independent community-dwelling adults in the Netherlands. *Health Policy.* 2017;121(1):82-9. [Crossref] [PubMed]
32. Vu M, Hogan DB, Patten SB, Jetté N, Bronskill SE, Heckman G, et al. A comprehensive profile of the sociodemographic, psychosocial and health characteristics of Ontario home care clients with dementia. *Chronic Dis Inj Can.* 2014;34(2-3):132-44. [Crossref] [PubMed]
33. Autier P, Haentjens P, Bentin J, Baillon JM, Grivegnée AR, Closon MC, et al. Costs induced by hip fractures: a prospective controlled study in Belgium. *Belgian Hip Fracture Study Group. Osteoporos Int.* 2000;11(5):373-80. [Crossref] [PubMed]
34. Bubshait D, Sadat-Ali M. Economic implications of osteoporosis-related femoral fractures in Saudi Arabian society. *Calcif Tissue Int.* 2007;81(6):455-8. [Crossref] [PubMed]
35. Clark P, Carlos F, Barrera C, Guzman J, Maetzel A, Lavielle P, et al. Direct costs of osteoporosis and hip fracture: an analysis for the Mexican healthcare system. *Osteoporos Int.* 2008;19(3):269-76. [Crossref] [PubMed]