



EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİNİN YILLIK GELİR- GİDER VE KÂR-ZARAR AÇISINDAN İNCELENMESİ VE BİR MODEL ÖNERİSİ

ANALYSIS OF THE HOME HEALTH CARE UNIT IN TERMS OF ANNUAL INCOME-
EXPENSE AND PROFIT-LOSS AND A MODEL PROPOSAL

Mehmet Emin KURT¹ - Ali CEYLAN² - İbrahim ÇEMBERLİTAŞ³

Öz

2010 yılından bu yana 81 ilde Sağlık Bakanlığı'na bağlı 2. ve 3. basamak evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından sunulan hizmetlerin elde edilen gelirleri noktasında mevcut hastane döner sermaye bütçelerine negatif ya da pozitif yönde olası etkileri, mevcut hastanelerin bu hizmetleri sunarken elde ettikleri gelir-gider ve kâr-zararları açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlık sektörünün sunmuş oldukları hizmetler kâr-zarar açısından değerlendirilmemesi gereken hizmet türleri iken mevcut döner sermaye ek ödemelerinden çalışanlara yapılması gereken ödemelerin aksine farklı hizmet sunum birimlerinin giderlerine harcanmış olması çalışanlar için emek-kazanç dengesini bozmaktadır. Bu durumun hastane döner sermayelerine negatif yönde etkisi ile mevcut evde sağlık hizmetlerinin sunumu noktasında iyileştirilmelerini zorunlu kılmaktadır.

Çalışmada bir kamu hastanesinin evde sağlık hizmetleri biriminin yıllık hizmet sunumunun gelir-gider dengesine göre kâr-zarar açısından durumunu incelenmiştir. Bu bağlamda birimin yıllık tüm hizmet kalemleri hesaplanacak kâr-zarar tabloları oluşturulacaktır. Hizmet sunumunda kullanılan araçların yıllık kira-yakıt harcamalarının, birim tarafından hizmet sunumu sonrası hastalardan elde edilen gelirden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sonuç itibarı ile bütçe uygulama tebliği içerisinde evde sağlık hizmetleri 112 komuta merkezleri gibi riskli birimler statüsünde ele alınıp yeniden sunmuş oldukları hizmet ücret tarifeleri gözden geçirilmelidir. Talep edilen düzenleme ile evde sağlık hizmetleri birimlerinin yeniden dizaynı sayesinde hizmet daha çok hastaya ulaştırılabilir niteliğe kavuşacak, yeniden fiyat tarifesi hastane döner sermaye üzerinde ki baskıyı azaltacak ve sağlık personelinin elde edeceği döner sermaye ek ödeme katkısı artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri, Sağlık Bakanlığı, Yıllık Gelir-Gider, Kâr-Zarar,

Abstract

The negative or positive effects of existing hospitals on budgets in terms of revenue assets obtained by services provided by secondary and tertiary level home health services units in 81 provinces since 2010, are existing hospitals in providing these services is of great importance for income - expenses and profit-loss. While the services offered by the health sector are the types of services that should not be evaluated in terms of profit and loss, the fact that the existing revenue assets additional payments are spent on the expenses of the different service units unlike the payments to be made to the employees affect the labor and earnings equilibrium for the employees. This situation necessitates in the matter of the improvement of the existing home health services in terms of the negative effect of the hospital revenue assets

The study examined the state of the annual service delivery of a public hospital's home health services unit in terms of profit-loss relative to income-expense balance. In this context, annual service items of the unit will be calculated and profit and loss tables will be created. It is determined that the annual rent-fuel expenditures of the vehicles used in the service delivery are higher than the income obtained from the patients after the service delivery. As a result, in the budget implementation communiqué, home service services such as 112 command centers should be considered as risky units and their service fee tariffs should be reviewed. The requested arrangement will enable the service to be delivered to more patients thanks to the redesign of the home health services units, the re-price tariff will reduce the pressure on hospital revolving funds and increase the additional payment contribution of the revolving funds to be obtained by the health personnel.

Keywords: Home Health Services, Ministry of Health, Annual Income-Expense, Profit-Loss,

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Dicle Üniversitesi, İİBF, mkurt1@hotmail.com, Orcid: 0000-0002-7181-8681

² Prof.Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, aliceylan06@gmail.com, Orcid: 0000-0002-3446-7640

³ Dr.Arş.Gör., Dicle Üniversitesi, İİBF, drcemberlitas@gmail.com, Orcid: 0000-0002-2489-9060

1. GİRİŞ

Evde sağlık hizmeti: Çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleridir (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2005)

Bir başka ifade ile verilen sağlık bakım hizmeti, hasta bireyin yaşamını etkileyen mevcut hastalık durumunun, hasta ve ailesinin günlük yaşamına etkisinin en aza indirilmesini ve kısa sürede en yüksek düzeyde fonksiyon görme becerisi ile bağımsızlığa ulaşmasını ve günlük yaşamdan beklenen kalitenin artırılmasını hedefleyen hizmettir (Akdemir ve ark. 2011, Demirci ve ark. 2017).

Amaç; ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlemek; bu hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır. (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2005)

2000’li yıllardan günümüze ülkemizde gerek kamu gerekse de özel hizmet kolları ile verilen evde sağlık ve bakım hizmetleri hızlı bir gelişim ve dönüşüm içindedir. Bu konunun ülkemiz ve dünya için önemli kılan durumu ise demografik farklılaşma ile birlikte artan yaşlı nüfusun sağlık ve sosyal alandaki ihtiyaçlarının önemli ölçüde bir yer tutmaya başlamasıdır (Aydın, 2017).

Sosyal devlet olma ilkesine sahip ülkelerin temel sağlık hizmetlerini vatandaşlarına ücretsiz sunmaları ve kişilerin en yakınına götürmek beklenen bir durum iken evde sağlık hizmetleri sunumu tamda bu ilkenin doğruluğunu kanıtlar niteliktedir. Çünkü evde bakım hizmeti hasta birey ve ailesine gerekli hizmetlerin hastane ortamında sunmak yerine hastaneye ulaşım, sıra bekleme, randevu alma zorluğu vb. durumlara katlanmaksızın kişilerin evlerinde aile içinde yaşadıkları ortamda verilmesidir.

Sağlık sistemi finansal açıdan maliyet-etkililik analizleri kapsamında ele alındığında hastane ortamlarında verilen sağlık hizmetlerinin kişinin bütçesine katkı payı, cepten harcamalar, konsültasyon vb. ekstra yükler getirmesi söz konusu iken (arzin kendi talebini yaratması) verilen sağlık hizmetlerinin aksine evde sunulmasının kişi ve devlet bütçesine ve dolayısı ile sağlığa harcanan ekstra maliyeti önleyeceğine yönelik çalışmalar mevcuttur (McCaffrey ve et al., 2013, Smith ve et al., 2014, Parker et al., 2013).

Günümüzde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar artık her ülkede sınırlı iken yöneticilerin destekleyecekleri ya da önceleyecekleri hizmet türü değişebilmektedir. Bu kaynak ayrımının doğru yapılmasında ve eldeki kaynakların verimli kullanılmasında yol gösterici olarak maliyet analizleri pek çok ülke ve sağlık sistemlerinde kullanılmaktadır. Bu yeni durum ülkelerde sağlık politikaları oluşturulur iken karar vericilerin aldıkları kararları gözden geçirmelerine ve hangi hizmetin daha etkili ve daha kazançlı olduğu konusunda belirleyici olmaktadır.

Sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında var olan çift yönlü nedensellik ilişkisi, ülkelerin sağlığın dışsallıklarını da göz önünde bulundurarak, sağlık harcamaları

konusunda daha rasyonel hareket etmelerini, sağlığa daha fazla kaynak ayırmalarını ve daha etkin sağlık politikaları uygulamalarını gerektirmektedir (Mercan, 2019).

Yöneticiler ve karar vericiler politik kararlarını bazen ihtiyaca göre bazen de siyasi olarak verebilmektedirler. Buna örnek olarak evde sağlık hizmeti uygulaması verilebilir. Ülkemizde tam anlamı ile kamu tabanlı olarak 2010 yılında uygulanmaya başlanan bu hizmetin temel mantığı sağlık bakım ihtiyacı olan bireylere sunulacak hizmetlerin onların evinde ve aile ortamında sağlanmasıdır. Ülkemizde evde sağlık hizmetleri; yaşlı nüfusumuzun artış göstermesi, kronik hastalıklarımızdaki artışlar, sağlık harcamalarımızın azaltılması, maliyetlerin kontrolü, gelişmekte olan dünyanın etkisi ve sağlığa bakış açılarımızın değişimleri gibi nedenlerle “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında ele alınıp uygulanmaya başlanmıştır (Torun, 2016).

Bu hizmeti almak isteyen kişiler ya sağlık bakanlığının 444 EVDE (3833) numarasını arayarak başvurularını tamamlamakta ve bu başvuru ilin ilgili evde sağlık hizmetleri biriminin sistemine düşmekte ve gereken değerlendirilme yapılarak hastaya randevu verilmekte ya da hasta yakınları tarafından birime gidilerek direkt başvuru ile sisteme eklenmekte olup yine birim tarafından ilgili değerlendirilmeleri yapılanlara ziyaret randevusu yapılarak her iki başvuru durumu halinde en geç 24 saat içinde gidilmektedir. Ziyaret randevusu sonrası evde sağlık hizmetleri biriminin hizmet kapsamı içinde bulunan hastalar bir sonra ki randevu için hizmet kapsamı içine alınırken diğer taraftan hasta, birim tarafında aşağıda sayılı hizmet kapsamı dışında değerlendirildiğinde hasta hizmet kapsamına alınmamaktadır. Gerekli hallerde ya aile hekimine ya da daha ileri hizmetler için hastaneye sevki yapılmaktadır.

1.1. Evde Sağlık Hizmetlerini Gerekli Kılan Durumlar (Işık, 2016)

Evde sağlık hizmeti sunulmasını gerektiren başlıca hastalık durumları ise şunlardır;

1. Kronik Hastalar ve Özürlü Kişiler
2. Diyabet, böbrek hastalıkları, felç
3. Kanserler
4. Kardiyovasküler sorunlar (hipertansiyonlular)
5. Artiritler
6. Fiziksel ve zihinsel yetersizliği bulunanlar
7. Ameliyat geçirip bakım gereksinimleri devam edenler
8. Normal veya sezaryen doğum sonrası taburcu edilip bakımı gereksinen loğusa ve yeni doğanlar
9. İshaller, üst solunum yolu enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıkları geçirenler
10. Tedavi planı hastanede kalmalarını gerektirmeyen hastalar

Ancak evde sağlık hizmetlerini salt sağlık hizmet sunumu açısından inceleyecek olursak hizmeti 6 başlığa ayırmak mümkündür (Altuntaş ve Ark., 2010, Saruç,2013). Bunlar ise;

1. Evde Koruyucu Bakım
2. Evde Tanı Koyucu Bakım
3. Evde Tedavi Edici Bakım
4. Evde Rehabilitasyon Edici Bakım
5. Evde Uzun Süreli Bakım
6. Hospis Bakım

Üzerinde durulması gereken en önemli noktalardan biri de ev odaklı sağlık hizmeti sunumu hem hastanın hastalığına ilişkin her türlü bakım planını içermekte hem de hasta bakımından sorumlu sağlam bireyin bakımının zorlu ve uzun soluklu olmasının yol açabildiği sosyal ve ruhsal rehabilitasyonunu da kapsamaktadır. Örnek olarak hastanın kardiyovasküler ya da sinir sistemi kaynaklı hastalıklarından ötürü yatağa bağımlı kalması ve kendisinin bakımından sorumlu olan 1. derecede yakınlarının uzun süreli bakım nedeni ile hastaya bağımlı olması kendisinde çeşitli ruhsal sorunların varlığını tetikleyecektir. Bu durum ayrıca başka çalışmaların konusudur.

1.2. Evde Sağlık Hizmetleri Mevzuatı

Ülkemizde Evde Bakım Hizmetleri'nin sunumu için ilk olarak 10/03/2005 tarih ve 25751 sayılı “Evde bakım hizmetleri sunumu hakkındaki yönetmelik” Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılmıştır. Bu yönetmelikte evde bakım hizmetlerini özel sağlık kuruluşlarının sunması hedeflenmiştir. O zaman evde bakım hizmet bedellerinin ödemesinin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'n de karşılığı olmadığı için bu hizmetler ancak cepten ödeme yapabilen bireylerin satın aldığı bir hizmet olarak kalmış ve özel sağlık kuruları ve özel merkezler finansman sıkıntısı nedeni ile kapanmıştır (Yücel ve Ünalın, 2015).

İkinci olarak sosyal devlet anlayışı ilkesine dayanılarak hizmetin Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar tarafından verilmesine yönelik 01.02.2010 tarihinde “Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge” çıkarılmıştır. Bu yönergede hizmetin bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel/dal hastaneleri bünyesinde kurulacak Evde Sağlık Hizmeti Birimleri, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) aracılığı ile sunulması hedeflenmiş ve 2005 yılında ortaya atılan “Evde Bakım Hizmeti” kavramı “Evde Sağlık Hizmeti” olarak değiştirilmiştir. Tanımı ise: “Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri” şeklinde yapılmıştır. Diğer bir anlatımla bu yönerge ile; ülkemizde 8 yıldır özel sağlık kuruluşları tarafından sunulan hizmetin, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan ve bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimi kurmak suretiyle bu hizmetleri vermeye yetkili kılınacak yataklı tedavi kurumlarını, TSM, ASM ve buralarda çalışan personel ile verilecek hizmetin usul ve esasları belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010).

2010 yılında sağlık bakanlığı tarafından alt yapı hazırlanmadan evde sağlık hizmetlerine hızlı giriş yapılmış ancak eksiklikler tespit edildikçe ilki 2011 ikincisi de 2012'de olmak üzere 2 yeni yönerge ile bu eksiklikler giderilmeye çalışılmıştır. 2011 yönergesi; hizmet uygulanırken ortaya çıkan ihtiyaçların karşılanması ve özellikle hizmet kapsamında ki hastalardan ağız ve diş sağlığı hizmetine ihtiyaç duyanlara hizmetin verilebilmesi amacıyla hazırlanmıştır. 2012 yönergesinde ise; hasta nakil araçları olarak kullanılacak araçların bulunması gereken özellikleri belirlenirken, birimde görev alacak personellerin tek tip kıyafet giymesi konusunda standardın ne olması gerektiği belirtilmiştir.

Son olarak ciddi revizyona ihtiyaç duyulan yönerge 2015 yılında çıkarılmış ancak bu yönergede birimlerin bağlı bulunduğu halk sağlığı kurumunun kapatılması ve mevcut birimlerin il sağlık müdürlüğüne bağlanması nedeniyle yönerge Şubat 2016 tarihinde tekrardan revize edilmiştir.

1.3. Evde Sağlık Hizmetleri Ödeme Fiyatlandırılması ve Bir Örnek Model (112 Acil ve Ambulans Hizmetlerinin Fiyatlandırılması)

Sağlık Bakanlığı tarafından çeşitli yıllarda döner sermaye ek ödemesinde özellik arz eden birimleri (Riskli Birim) şu şekilde sınıflandırmıştır; “Ameliyathane, anjiyo üniteleri, yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, doğumhane, yenidoğan, süt çocuğu, yanık ünitesi/merkezi, diyaliz, acil servis/poliklinik, kapalı psikiyatri servisleri, çocuk izleme merkezleri, izolasyon odaları, organ ve doku nakli ile kemik iliği nakil üniteleri”. Burada adı geçen birimlerde fiilen görev yapan personele özellik arz eden birimler için öngörülen katsayılar üzerinden döner sermaye ek ödemesi yapılır (Sağlık personeline ek ödeme yapılmasına dair yönetmelik, 2014).

Evde sağlık hizmetleri hasta girişleri bakanlık tarafından riskli birim dışında kabul edilmekte, hastalara sunulan hizmetlerin girişleri ise hastanelerin riskli olmayan birimleri gibi mevcut tarifeler üzerinden yapılmaktadır ancak buna karşın hasta girişleri yani faturalandırılması acil polikliniği gibi riskli birim üzerinden yapılmaktadır. Bunun yanında evde sağlık hizmetleri birimleri hizmet sundukları hasta girişlerini acil polikliniği üzerinden yapmış olmaları ve yine aşağıda belirteceğimiz gibi 112 acil servisler gibi enfeksiyon riski, hasta yakını uyumsuzluğu, ekibin kaza geçirme riski vb. nedenlerden ötürü birimin riskli birimlerden sayılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

2013’ de resmî gazetede yayınlanan Sosyal Güvenlik Kurumunun SUT genel hükümleri daha sonra 2017’de değişiklik yapılmasına dair tebliği ile revize edilerek “Evde sağlık hizmetlerinde ödeme; Evde sağlık hizmetleri bedelleri hizmet başına ödeme yöntemi ile SUT eki EK-8 ve EK-7 Listeleri esas alınarak faturalandırılır” şeklinde yayınlanmıştır (Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 2017). Yani ilk defa evde sağlık hizmetleri bedellerinin hizmet başına ödeme yöntemi ile kamu bütçesinden ödeneceği belirtilmiş oldu. Evde sağlık hizmetleri alan hastalara yapılacak olan medikal harcamalar (idrâr sondası uygulamaları, serum uygulama, ilaç verilmesi, enjeksiyon uygulamaları, yara pansumanları, pansuman malzemeleri vb.) SGK tarafından ödenmektedir. SUT’ a göre mevcut geri ödemelerin aksine hastanelerde mevcut MEDULA (Medula Sistemi Hakkında Tebliğ, 2006) sisteminde gerekli değişiklikler yapılmamış olup hasta girişleri acilden yapıp faturalandırma acil girişleri üzerinden yapılmaktadır ki ilerde ki tablolarda görüleceği üzere verilen hizmetlerin fatura bedelleri çok düşük kalmaktadır. Yani hastanenin hasta başına elde edeceği fatura bedelleri zarar yönündedir.

Sağlık bakanlığı tarafından Ocak 2018’de çıkarılan Sağlık Hizmeti Fiyat Tarifeleri kapsamında 112 acil hizmetleri çeşitli başlıklar altında sınıflandırılmıştır. Bu faturalandırmalara örnek olarak 112 acil ve evde sağlık hizmetleri faturalandırmalarında; 112 Acil ambulans görevlendirme fiyatı 198 TL iken, Evde sağlık hizmetleri birimi araç görevlendirme fiyatı 34 TL, 112 acil hizmetlerinde şehir içi ve dışı kilometre ambulans görevlendirme ücreti 2 TL iken evde sağlık birimi şehir içi kilometre başı araç görevlendirme ücreti 2 TL şeklinde fatura edilmektedir ancak bu husus evde sağlık hizmetleri birimin hastane faturalandırılma listesinde tespit edilememiştir (Sağlık Bakanlığı, Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi, 2018).

Bu iki örnek arasındaki temel fark; 112 aciller riskli birim olarak kabul edilirken evde sağlık hizmetleri birimleri bu kabulün dışındadır. Bu durumun varlığı fiyat tarifelerini farklı kılmaktadır. Bu farklılık hasta başına elde edilen ücreti farklılaştırırken evde sağlık hizmetleri biriminin giderleri hastane döner sermayesine fazladan yük bindirmekte aynı zamanda çalışanlara verilen performans ödemelerinde düşmelere yol açmaktadır.

Yukarda ifade edilen tüm mali hususların ve riskli birim mevcudiyetlerinin göz önüne alınarak evde sağlık hizmetleri birimlerinin hastane ana bütçelerine (döner sermayelerine) ne oranda katkı ya da zarar oluşturdukları çalışılması gereken konular içerisinde. Dolayısı ile Sağlık Bakanlığına bağlı daha çok 2. ve 3. basamaklarda oluşturulmuş olan evde sağlık birimlerinin yıllık araç kira-yakıt giderleri, personel giderleri (çalışanların maaş-döner sermaye net gelirleri), su-elektrik giderleri, hastalar için kullanılan tüm malzemelerin giderleri vb. pek çok başlıkta evde sağlık hizmetleri birimlerinin gider-gelir denge ya da dengesizliğine bakmak mevcut hizmeti sunan hastanelerin kendi öz kaynakları üzerinde ki yükün ne ölçüde olduğunu ortaya koymamızda fayda sağlayacaktır.

Evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılından bu yana 81 ilde 720 sağlık tesisine bağlı birimler tarafından sosyal devlet anlayışı ilkesine uygun isabetli hizmetlerinden biri olarak varlığını sürdürmektedir. Bu hizmetlerin daha ileri seviyelere taşınabilmesi için Sosyal Güvenlik Kurumu ile hizmet sunan Sağlık Bakanlığı arasında evde sağlık hizmetleri birimlerine özel farklı bir ödeme bütçe kaleminin ya da programının hayata geçirilmesi elzemdir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri biriminin son bir yılda verdiği evde bakım hizmetleri sırasında yapılan ve harcamaya esas kabul edilen parametreler değerlendirilmiştir. Hastane başhekimliğinden gerekli izinler alınmış olup veriler son 1 yıl içindeki kayıtlardan elde edilmiştir. Bu parametrelerden; birimde hasta ziyareti için kullanılan 3 aracın giderleri (yıllık araç kiralama bedeli ve kullanılan yakıt ücretleri), Evde bakım hizmetleri biriminde çalışan personelin aylık maliyetleri (maaş ve döner sermaye net tutarları) gider olarak hesaplanmıştır. Ocak-Aralık 2018 aylarında evde sağlık hizmeti alan 650 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Birimin hastaneye katmış olduğu hasta başına SGK tarafından yapılan ödemeler ise gelir olarak hesaplanmıştır.

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences, version 22.0) programı kullanıldı. Her parametrenin aylık ve yıllık oranları tablolar halinde frekans, ortalama, standart sapmaları şeklinde verilmiştir.

3. BULGULAR

Birime başvuru yapıp hizmet alan yıl içindeki toplam aktif hasta sayısı 650 kişi olup aylara göre hizmet sunulan hasta sayıları değişkenlik gösterebilmektedir. Günde yaklaşık 15 ile 25 arasında hastaya gidilebilmektedir. Bu değişkenlik birimin mevcut hastalarına verdikleri günlük randevu ile bakanlık sisteminden kendi sistemlerine düşen hasta sayılarının farklılığından kaynaklanmaktadır. Ayrıca hastaların sağlık bakım durumlarına ek olarak ta aylık gidilen hasta sayıları değişebilmektedir.

Tablo 1. Hizmet Sunulan Hasta Sayısı ve Ortalama Gelirleri (Aylık)-2018

Dönem	Hasta Sayısı	Tutar
Ocak	285	6.794
Şubat	274	6.544
Mart	270	7.230
Nisan	259	5.593
Mayıs	279	6.355
Haziran	294	7.213
Temmuz	203	7.612
Ağustos	214	8.315
Eylül	292	6.715
Ekim	337	7.988
Kasım	325	7.601
Aralık	295	6.819
TOPLAM		84.779

Tablo 1’de evde sağlık hizmetleri biriminin ortalama aylık muayene edilen hasta sayıları ile bunlar için SGK tarafından ödenen aylık tutar görülmektedir. Sisteme kayıtlı 650 hasta bir yıl boyunca toplam 3207 kere muayene edilmiş ve buna karşılık SGK tarafından hastaneye yıllık 84.779 TL’lik bir ücret ödemesi gerçekleşmiştir. Bu elde edilen ücret; hasta muayene ücretleri, yapılan tahlil/tetkik ücretleri, yapılan IM (İntramüsküler)-IV (intravenöz) enjeksiyon ücretleri, mesane sonda uygulaması ücretleri, yara pansuman ücretleri, fizyoterapist uygulamaları, aile eğitim programları vb. uygulamalardan elde edilen ücretlerin toplamıdır.

Tablo 2. Sunulan Hizmetlerin Fiyatları-2018

HİZMET TÜRÜ	FİYATI (TL)
Muayene	15.5
Dekübit Yara Pansumanı	4.45
Yara Pansumanı	3.15
Ev Programı/Aile Eğitimi	0.0
Germe Egzersizi	0.0
Nörolojik rehabilitasyon/Fizyoterapist eğitimleri	0.0
Sonda takılması	6.68
Foley Sonda	1.495
İdrar Torbası Musluklu	0.9376
Tüm Kan Parametleri	0 ile 3 TL arası fiyatlandırılmakta

Tablo 2’de evde sağlık hizmetleri biriminin vermiş oldukları hizmetlerin ücretleri görülmektedir. Tabloda görüldüğü üzere aileye eğitim verilmesi, fizyoterapi eğitimleri, nörolojik rehabilitasyon gibi hizmetler 0 tl ücrete tabi iken, muayene 15,5 tl, dekübit yara pansumanı 4.45 tl olarak fiyatlandırılmaktadır.

Tablo 3. Hizmete Sunulan Araçların (3 Araç) Yakıt Gideri (Aylık)-2018

Dönem	Dizel Fiyatı	3 Araç İçin Harcanan Tutar (TL)
Ocak	5.35	2.207
Şubat	5.34	2.203
Mart	5.77	2.380
Nisan	5.86	2.418
Mayıs	5.90	2.434
Haziran	5.90	2.434
Temmuz	5.87	2.422
Ağustos	6.81	2.810
Eylül	6.51	2.686
Ekim	6.59	2.719
Kasım	6.63	2.735
Aralık	6.19	2.554
TOPLAM		30.002

(Hastanenin anlaşmalı olduğu yakıt şirketinin aylık ortalama litre fiyatları-2018)

Tablo 3’de 2018 yılı aylık ortalama dizel yakıt fiyatları ile 3 araç için harcanan toplam yakıt giderleri verilmiştir. Bir aracın aylık ortalama 1600 km yol gittiği, araç başına aylık 2,5 depo dizel yakıt harcandığı ve bir yakıt deposunun 55 litre yakıt aldığı düşünülerek 3 araç için yıllık toplam 30.002 TL yakıt ücreti ödendiği tespit edilmiştir. Hastanenin anlaşmış olduğu yakıt istasyonunun verileri internet sitesinden alınmış olup hastane tarafından veri alınır iken istasyon ismi için izin alınamamıştır. Yani firmanın adı saklı tutulmuş olup yıllık yakıt ortalama fiyatı verilmiştir.

Ayrıca hastane yönetimi tarafından evde sağlık hizmetleri biriminde kullanılmak üzere özel bir firmadan 3 adet araç kiralamıştır. Araç başına aylık 1500TL+ (%18 KDV); toplam 1770 TL kira bedeli ödemiştir. Üç araç için bu fiyat 5310 TL olup araçların yıllık toplam kira bedeli (5310x12) 63.720 TL’dir.

Sonuç olarak Evde sağlık hizmeti için kullanılan araçların yıllık yakıt + kira maliyeti (30.002 TL+63.720 TL) 93.722 TL olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4. Birim Çalışanlarının Birime Maliyetleri (Aylık)-2018

ÇALIŞAN-UNVAN	AYLIK DÖNER SERMAYE GİDERLERİ ORTALAMASI (TL)	AYLIK NET MAAŞLARININ ORTALAMASI (TL)
2 UZMAN DOKTOR	2000x2=4000	8600x2= 17.200
1 PRATİSYEN HEKİM	300	8455
3 SAĞLIK MEMURU	100x3= 300	4350x3= 13050
2 HEMŞİRE	100x2= 200	4475x2= 8.950
1 MEMUR	75	3500
1 TIBBİ SEKRETER	75	4000
3 ŞÖFÖR	-	3500x3= 10.500
	YILSONU DÖNER SERMAYE TOPLAM GİDER	YILSONU MAAŞ TOPLAM GİDER
13 KİŞİ	4.950x12=59.400	65.655x12=787.860

Tablo 4’de görüldüğü gibi Evde sağlık hizmeti biriminde toplam 13 sağlık personeli çalışmaktadır. Aylık kişi başına; uzman hekimlerde, ortalama 2000’er TL, pratisyen hekimlerde; ortalama 300 TL, sağlık memurlarında ve hemşirelerde; ortalama 100’er TL, memur ve tıbbi sekreterlerde; ortalama 75’er TL, performans ödemesi yapılmaktadır. Şoförlere ise döner sermaye ödemesi yapılmamaktadır. Tabloya göre Evde Sağlık Hizmeti biriminde çalışan sağlık personellerine aylık toplam 4.950 TL ve yıllık ise toplam 59.400TL performans ödemesi yapılmaktadır. Bu birimde çalışanların maaş tutarları ise aylık 65.655TL ve yıllık ise toplam 787.860 TL’dir.

Tablo 5. Birimin Tüm Parametrelerde ki Gelir Gider Tablosu (Yıllık)-2018

	GELİR	GİDER
ÇALIŞANLARIN DÖNER SERMAYEYE MALİYETLERİ	-	59.400
ÇALIŞANLARIN MAAŞ MALİYETLERİ	-	787.860
ARAÇLARIN KİRA GİDERLERİ	-	63.720
ARAÇLARIN YAKIT GİDERLERİ	-	30.002
GİDİLEN HASTALARDAN ELDE EDİLEN GELİRLER TOPLAMI	84.779	-

Tablo 5’te evde sağlık hizmetleri biriminin yıllık tüm gelir ve gider kalemleri verilmiştir. Bu tablo göz önüne alındığında; Gider-Gelir Farkının (940.982-84.779=856.203 TL) 856.203 TL olduğu görülmektedir. Ancak memur maaşlarının genel bütçeden karşılandığı düşünülerek yıllık maaş gideri olan 787.860 TL hastanenin gideri olarak düşünülmez ise, aradaki gider farkının; 153.122-84.779= 68.343 TL olduğu görülmektedir. Yani evde sağlık hizmetleri biriminden maaş ödemeleri bu gelir gidere katılmadığında dahi yıllık 153.122TL gideri hastane bütçesinden karşılanmakta buna karşın elde edilen gelir 84.779 TL olup hastane adına yılda 68.343 TL’lik bir kayıp söz konusudur.

4. TARTIŞMA

Evde sağlık hizmeti sunumu, sosyal devlet olma ilkesine sahip ülkelerin temel sağlık hizmetlerini kişilerin en yakınına kadar götürmesi gerekir anlayışına uygun bir hizmet türüdür. Ancak bu hizmeti sunan kurumların maliyetlerini kendi bütçelerinden karşılamak durumunda kalmaları hizmet sunumunu olumsuz etkileyebilir. Bu çalışmada bir kamu hastanesinde evde sağlık hizmeti kapsamında 1 yılda 650 hasta toplam 3207 kez muayene edilmiş ve bu hizmet karşılığında SGK tarafından kuruma 84.779 TL’lik bir ücret ödemesi yapılmıştır. Bu elde edilen ücretler aylık; hasta muayene ücretleri, yapılan tahlil/tetkik ücretleri, yapılan IM-IV enjeksiyon ücretleri, mesane sonda uygulaması ücretleri, yara pansuman ücretleri, fizyoterapist uygulamaları, aile eğitim programları vb. uygulamalardan elde edilen ücretlerin toplamını kapsamaktadır. Ancak fiyatlandırılmalar acil sistemi üzerinden girişlere tabi olduğundan elde edilen ücretler çok düşük kalmaktadır ve hatta fizyoterapist ve aile eğitim programları gibi başlıklarda 0,0 TL ücret olarak raporlandırılmaktadır. Örneğin Tablo 1’de ocak ayında toplam hizmet verilen hasta sayısı 285 iken Tablo 2’de muayene ücreti 15,5 TL olmasına karşın toplamda elde edilen gelir sadece muayene başlığı ile $285 \times 15,5 = 4.417$ TL’dir, totalde ocak ayı muayene geliri 6.794 TL iken fark; $6.794 - 4.417 = 2.377$ TL’dir. Dolayısı ile buradan çıkan sonuç evde sağlık hizmetlerinden elde edilen gelirin muayenenin yanında her hastaya yapılan en az 2 müdahaleye rağmen elde edilen gelirin çok düşük kaldığını göstermektedir, yani acilden yapılan girişler nedeni ile fatura edilen ücretler düşük kalmaktadır.

Ayrıca bir başka önemli husus ise hastalardan elde edilen acil faturalama ücretlerinin düşük kalmasına sebep olan durumun; evde sağlık hizmetleri biriminin ziyarete gittiği hastaları konsültasyon amacıyla 112 acil ambulansları ile hastaneye sevk edildiğinden

hastaların girişleri acil girişi olarak yapılmakta bu durumda evde sağlık hizmeti biriminin aynı hastaya verdiği hizmetin girişi yapılamamaktadır. Böylece bu durum yukarıdaki tabloda görülmeyen ve aylık ortalama 4-9 hasta arasında bir ücret kaybının da ayrıca yaşanmasına yol açmaktadır.

Tablo 3’de sadece ocak ayı 3 araç yakıt gideri harcaması ve kiralanan 3 adet araç için yıllık gidere bakıldığında yıllık yakıt + kira maliyeti (30.002 TL+63.720 TL) 93.722 TL olarak hesaplanmıştır. Bu durum hastane açısından karlı gözükmemekte ancak aynı aracın 2018 güncel 0 km fiyatlarına bakıldığında aracın 60.000-90.000 TL arasında fiyata sahip olduğu dolayısı ile satın alınma yoluna gidilerek ayrıca hastaya gidilmediği zamanlarda hastanenin diğer idari ve personel işlemleri için kullanılabileceği (yöneticilerin taşınması, evrak getir-götür işlemleri vb.) bu durumun 5 yıl gibi kısa bir süre içinde bile yıllık kira bedeli ve yakıt toplamını kendi içinde konsolide etmesinin mümkün olacağı da hastane tasarrufları açısından ayrıca değerlendirilmelidir.

Yine Tablo 4’te görüldüğü üzere çalışanların aylık birime maliyetleri döner sermaye açısından toplamda 4.950 TL’lik gidere tekabül ederken, toplam tüm çalışanların maaş ödemeleri aylık 65.655 TL olarak tespit edilmiştir. Toplamda ise tüm çalışanların birime maliyetleri aylık $4.950+65.655= 70.605$ TL’dir. Ancak yıllık tüm maliyetler ise (döner ve maaş ödemeleri) 847.260 TL’dir. Bu durumun izahı ise sadece Tablo 1’de hastalardan yıllık elde edilen gelir toplamı 84.779 TL iken evde sağlık hizmetleri biriminin hizmetlerinin tamamen sosyal devlet olma ilkesi ile hizmetlerin sunulduğunun ispatı niteliğindedir. Yani devlet bu hizmet başlığı ile vatandaşın sağlığa ulaşabilirliğini maksimum düzeyde tutmaya çalışmaktadır. Ve bu durum bile çalışanlarının birime yıllık maliyetlerinin zarar oluşturmasına rağmen hizmetin devam ettirilip sunulduğunu göstermektedir. Ancak bu durum hastane döner sermaye üzerine yük bindirmektedir.

Tablo 5’te evde sağlık hizmetleri biriminin yıllık tüm çalışanları ile araç ve hasta gelir-giderleri ele alındığında personelin genel bütçeden gelen maaşları eklendiğinde Gelir-Gider Farkı= $940.982-84.779=856.203$ TL zarar olarak kendisini ortaya koymaktadır. Ancak memur maaşlarının genel bütçeden karşılandığı konusu hesaba katılır ise yani yıllık maaş gideri 787.860 TL’lik kısım gider hanesine yazılmaz ise net hesabın; $153.122-84.779= 68.343$ TL olduğu ayrıca hesaplanabilir. Yani evde sağlık hizmetleri biriminden elde edilen yıllık kâr 84.779 TL iken, maaş ödemeleri bu gelir gidere katılmadığında ise tüm harcama kalemleri karşılaştırıldığında birimin yıllık bazda 68.343 TL’lik bir zarara neden olduğu bunda hastane döner sermaye kaleminden karşılandığını söyleyebiliriz. Dolayısı ile açığa çıkan gider hastane döner sermaye gelirlerinden karşılanmakta iken bu durumun çalışanların ek ödemelerini kısıttığı ve ayrıca hastane tarafından verilebilecek farklı hizmet türlerine engel olduğu ifade edilebilir.

Ayrıca evde sağlık hizmetlerinin sundukları hizmetlerde kullana geldikleri medikal malzemeler (spanç, yara pansuman malzemeleri, enjektör, vb.) hastaneden doğrudan temin ile alınır iken mevcut zarar ile bu gider hastane döner sermaye bütçesinden karşılanmaktadır.

Çalışmanın giriş kısmında belirtildiği üzere mevcut fiyat tarifelerinde evde sağlık hizmetleri birimleri bağlı bulunduğu hastanelerin döner sermayeleri üzerinde ekstra yükler getirirken 112 komuta merkezleri gibi farklı bir fiyat tarifesi paket programına geçilmesi evde sağlık hizmetleri birimlerinin hastane döner sermayeler üzerindeki negatif etkisini ortadan kaldıracığı görülmektedir.

Bununla beraber mevcut durumda evde sağlık hizmetleri birimi tarafından yapılan hasta ziyaretleri sonrası hasta adına yapılan girişler hastanenin acil sağlık hizmetleri polikliniği üzerinden yapılmaktadır. Yani hasta aynı gün içinde acile giriş yapmış ve tüm müdahaleler acil üzerinden sağlanmaktadır gibi bir sonuç çıkmaktadır. Bu durum birim

tarafından elde edilecek gelirlerin düşmesine yol açmaktadır. Oysaki alternatif bir model önerisi olarak 112 acil komuta merkezlerinde hasta girişlerinin ayrı bir program üzerinden ayrı bir fiyat ücretine tabi uygulandığı için hizmetin SGK' dan (Sosyal Güvenlik Kurumu) kuruma geri dönüşü yüksek iken bu durumun evde sağlık hizmetleri biriminde de ayrı bir fiyat ücret programı yapılandırılarak yapılması hastanenin mevcut döner sermayesinde yaratacağı yükü kaldıracacağı bilakis hizmetin boyutu genişletilerek daha fazla hastaya hizmet etmesinin yolu açılacağı gibi döner sermayelerden çalışanlara ödenmesi gereken ek ödemelerin artacağı mümkündür ve bu durum diğer Sağlık Bakanlığı hastaneleri içinde örnek teşkil edecektir.

5. KAYNAKÇA

- Akdemir N., Bostanoğlu H., Yurtsever S., et al. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri, *Dicle Tıp Dergisi*; 38(1):57-65.
- Altuntaş M., Yılmaz T.T., Güçlü Y.A., Öngel K., (2010). Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri, *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*; 20 (3): 153-158.
- Aydın M., Dişçigil G., (2017). Evde bakım hizmeti alanlarda sosyal izolasyon, *The Journal of Turkish Family Physician*; 08 (4): 95-99. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00495.
- Demirci Şahin A. ve ark.(2017). Evde Bakım Hastalarında Bası Yaraları ve Hastaların Demografik Özellikleri, *Konuralp Tıp Dergisi*; 9(1):14-18.
- <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050310-5.htm>, Erişim Tarihi:4/02/2019
- Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Uygulanan “Medula” Sistemi Hakkında Tebliğ-2006, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/12/20061207-7.htm>, Erişim Tarihi: 02/02/2019
- <https://www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html,2016> (Güncelleme Tarihi: 16.02.2016) Erişim Tarihi: 7/12/2018
- Işık O., Kandemir A., Erişen M.A., Fidan C. (2016). Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2016; 19(2): 171-186.
- Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi-2018, <https://www.tig.saglik.gov.tr/TR,26173/kamu-saglik-hizmetleri-fiyat-tarifesi-guncellenmistir.html>, Erişim Tarihi: 01.01.2019
- Kamu Hastaneleri Ek Ödeme Yönetmeliği-2015
- <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/08/20150809-10.htm>, Erişim Tarih:3/02/2019
- Mc Caffrey, N., Agar M., Harlum, J., Karnon, J., Currow, D. and Eckermann, S. (2013). Is home-based palliative care cost-effective? An economic evaluation of the Palliative Care Extended Packages at Home (PEACH) pilot. *BMJ Support Palliat Care*, 3 (4), 431-435.
- Mercan, SŞA. (2019). The Relationship Between Health Expenditures and Economic Growth: OECD Countries (1980-2017). *Contemporary Issues in Labor, Public Finance & Administration*, IJOPEC Publication No: 2019/22. 39-48.

- Parker, G., Spiers, G., Gridley, K., Atkin, K., Birks, Y., Lowson, K. and et al. (2013). Systematic review of international evidence on the effectiveness and costs of paediatric home care for children and young people who are ill. *Child; Care Health and Development*, 39(1), 1-19.
- Saruç S. (2013), Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini Ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 24 (2), 193-207
- Smith, S., Brick, A., O'Hara, S. and Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliative Medicine*, 28(2), 130-150.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği-2013
http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/ekler/SUT/2013/SUT_revize_25.03.2017.pdf, Erişim Tarihi: 7/01/2019
- Torun N. (2016), Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Yapılan Maliyet Etkililik Çalışmalarına Genel Bir Bakış, *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 2, 12-23.
- XXX Firması Aylık Araç Yakıt Ücretleri, <https://www.xxx/pompatest/History.aspx>, Erişim Tarihi: 11/01/2019
- Yücel D., Ünal P.C. (2015). Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Sunumu Mevzuatında Güncel Durum, *The Journal of Turkish Family Physician*, Cilt: 6 Sayı: 2, 87-95