

# Tele-Tıp Destekli Evde Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Boyutu: Finansmanı ve Maliyetleri Üzerine Bir İnceleme

(Araştırma Makalesi)

*Economic Dimension of Tele-Medicine Supported Home Health Services: A Review on Finance and Costs*

Doi: 10.29023/alanyaakademik.1114701

**Nihal KALAYCI OFLAZ**

Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi,  
Uluslararası Ticaret ve Finansman Bölümü

nkalayci@medipol.edu.tr

Orcid No: 0000-0002-8252-5868

**Bu makaleye atıfta bulunmak için:** Kalaycı Oflaz, N. (2023). *Tele-Tıp Destekli Evde Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Boyutu: Finansmanı ve Maliyetleri Üzerine Bir İnceleme*. Alanya Akademik Bakış, 7(1), Sayfa No.311-335.

## ÖZET

**Anahtar kelimeler:**  
Sağlık Ekonomisi,  
Evde Sağlık  
Hizmetleri, Tele-Tıp,  
Maliyetler, Finansman

Makale Geliş Tarihi:  
10.05.2022  
Kabul Tarihi:  
05.12.2022

Türk Sağlık Sistemi Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında aile hekimliği uygulamasına geçmiş ve buna bağlı olarak evde bakım hizmetleri düşük maliyetlerle sağlanabildiğinden alternatif bir hizmet sunum şekli olarak önem kazanmıştır. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri için yürütülen genel kapsamlı maliyet analizi çalışmaları sınırlı olmasına rağmen, farklı ülkelerde yapılan çalışmalar özellikle tele-tıp destekli evde sağlık hizmeti sisteminin sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürdüğünü göstermektedir. Bu çalışmanın amacı sağlık ekonomisi perspektifinden, tele-tıp destekli evde sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutuna, finansman yöntemine ve maliyetlerine ilişkin bir analiz yapmaktır. Bu amaçla, alandaki eksikliğe katkı sağlamak için hem dünya genelinde hem Türkiye’de nüfus ve epidemiyolojik yapıya ilişkin veriler ve yapılmış bilimsel çalışmalar çerçevesinde tele-tıp destekli evde sağlık hizmetlerine yönelik bir değerlendirme sunulmuştur. Tele-tıp destekli evde sağlık hizmetleri kurulum aşamasında yüksek maliyetlere neden olabilmektedir. Ancak hastanede sunulan sağlık bakım hizmetine göre daha uygun maliyetlerle hizmet sunumu olanağı sağlamaktadır.

## Keywords:

Health Economics,  
Home Health Services,  
Tele-Medicine, Costs,  
Financing

## ABSTRACT

Within the scope of the Turkish Health System Health Transformation Project, family medicine practice has been implemented, and accordingly, home care services have gained prominence as an alternative form of service delivery as they can be provided at low costs. Although the comprehensive cost analysis studies for home health services in Turkey are limited, studies conducted in different countries show that especially telemedicine-supported home health care system reduces the costs of health services. The aim of this study is to analyze the economic aspect, financing method, and costs of telemedicine-supported home health services from the perspective of health economics. For this purpose, in order to contribute to the deficiency in the field, an evaluation of tele-medicine supported home health services has been presented within the framework of the data on the population and epidemiological structure and scientific studies both in the world and in Turkey. Telemedicine-supported

*home health services might cause high costs during the establishment phase. However, it provides the opportunity to provide services at more affordable costs compared to the health care service offered in the hospital.*

## 1. GİRİŞ

2030 ve 2050 yıllarına yönelik projeksiyonlarda sağlık harcamalarının artış göstereceği beklentisi, politika yapıcılar için sağlığa ayrılan kaynakların tahsisinin eşitlik temelinde, nüfusun en yaygın sağlık ihtiyaçlarını hedef alan ve maliyet etkin yöntemler ile gerçekleştirilmesi zorunluluğunu artırmaktadır (Sundewall ve Forsberg, 2020, Micah vd., 2021). Sağlığa ayrılan kaynakların tahsisi, sağlığa ayrılan kaynakların verimliliği, sağlık hizmetlerinin bireyler ve topluma olan etkileri, sağlık hizmetlerinin arz ve talebi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında eşitlik ve adaletin sağlanması gibi alanlarda sağlık ekonomisi ve sağlığa özgü ekonomik değerlendirme ve ölçüm teknikleri bu anlamda yol gösterici olmaktadır (Tatar, 2009). Sağlık Ekonomisine ilişkin teorik çalışmaların temeli, Arrow'un "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care" isimli makalesine dayandırılabilir. Arrow (1963) bu çalışmasıyla, sağlık hizmetleri endüstrisinin normatif ekonomiye ait bir konu olduğunu vurgulamakta ve sektöre özgü özellikleri refah ekonomisine özgü normlar ile ele almaktadır. Bu bağlamda ele alınması gereken temel subjenin sağlık hizmetleri endüstrisi olduğunu belirterek sağlık hizmetleri ve sağlığı birbirinden ayıştırmaktadır. Sağlık Ekonomisi, sağlık için ayrılan kaynakların arz ve talebini, sağlık hizmetlerinin bir toplum üzerindeki etkilerini incelemektedir (Santerre ve Neun, 2012:266). Sağlığa ayrılan kıt kaynakların dağılımını inceleyen bir bilim dalı olarak sağlık ekonomisinin odak noktası sağlık harcamalarının etkin bir şekilde tahsisini sağlayacak yöntemlerin geliştirilmesidir. Sosyal içerik taşıyan harcamalar Neo-liberal iktisat politikalarının uygulanmaya başlamasıyla birlikte kesintiye uğramaya başlamış ve küresel düzeyde sağlık harcamalarının artışının bir sonucu olarak devletlerin üzerindeki mali yüklerin artması alternatif sağlık hizmeti sunum şekillerinin aranmasına neden olmuştur. Evde sağlık hizmetleri de bu tür bir arayışın sonucu olarak sağlık hizmetleri sunumunda kullanılmaya başlamıştır (Ağcasulu, 2021:169). Evde sağlık hizmetleri kavramsal açıdan; koruyucu, tedavi edici, sağlığı geliştirici ve rehabilite edici olmak üzere tüm sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanması amacıyla, ihtiyacı olan bireylere kendi yaşam alanında sağlanan sağlık hizmetidir (Hasgöl, 2016:14). Evde sağlık hizmetleri genel olarak, hastanede kalma ihtiyacını azaltan ya da öteleyen bir hizmet türü olarak değerlendirilmektedir (Yılmaz vd.,2010:125). Kurumsal sağlık hizmetlerine alternatif olarak evde sağlık hizmetleri, maliyetleri yönünden pek çok üstünlüğe sahip olup, giderek artan bir oranda talep görmektedir (Tekin, 2018:116). Bu çalışmada nüfusun giderek yaşlanması, hastalık yapısı, artan sağlık harcamaları ve sağlığa ayrılan kaynakların kıtlığı gibi faktörlere ilişkin küresel değişiklikler ve Türkiye'nin profili çıkartılarak evde sağlık hizmetlerinin sağlık harcamalarının maliyet kontrolüne etki eden bir faktör olup olmadığı ele alınmıştır. Özellikle evde sağlık hizmetlerinde tele-tıp teknolojilerinden yararlanmanın sağlık hizmetlerinde maliyetlerin düşüşüne katkısı ve evde sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri değerlendirilecektir. Evde sağlık hizmetleri kapsamında ekonomi alanında yürütülen çalışmalar sınırlı sayıda olduğundan bu çalışma ile evde sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutu değerlendirilerek literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır. Bu amaçla Dünya genel ve Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) ülkeleri için OECD, Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü gibi kurumların verilerinden yararlanılmıştır.

## 2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

İstanbul'u fetheden Fatih Sultan Mehmet'in vasiyetinde geçen: "...10 cerrah, 10 tabip ve 3 de yara sarıcı tayin ve nasp eyledim. Bunlar ki, ayın belli günlerinde İstanbul'a çıkalar bilâistisna

*her kapuyu vuralar ve o evde hasta olup olmadığını soralar; var ise şifası, ya da mümkün ise şifayab olalar. Değilse kendilerinden hiçbir karşılık beklemezsin Darülacezeye kaldırılarak orada salâh bulduralar”* sözleri sağlığa muhtaç kişilere sağlık hizmeti ulaştırmanın gerekliliğini ve bugün tanımlamaya çalıştığımız hastane destekli evde sağlık hizmetlerinin karşılanmasında devlet otoritelerine düşen rolü betimler niteliktedir. Bu vecizeden hareketle artan sağlık harcamalarını kontrol edebilmek için alternatif yöntemler geliştirilmesinin nihai hedefi ülkeler için sürdürülebilir bir sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin sağlanmasıdır.

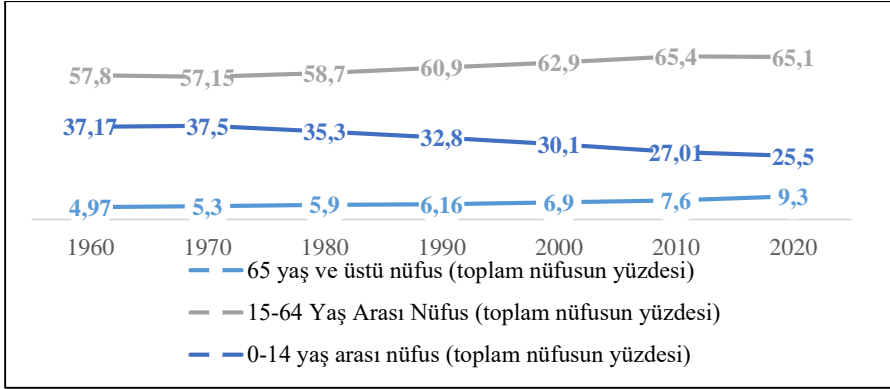
Evde bakım ya da evde sağlık hizmetleri sosyal refah devletinin sosyal politika alanlarından biridir (Ağcasulu, 2021:169). Evde bakım hizmeti, evde sağlık hizmeti, evde sağlık ve sosyal bakım gibi kavramlar literatürde sıklıkla birbiri yerine kullanılmakla birlikte evde bakım hizmetleri; evde sağlık hizmetleri ve evde sosyal bakım ve destek hizmetleri şeklinde iki temel gruba ayrılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015:45).

OECD, evde sağlık hizmetlerini uzun dönemli bakım içerisinde tanımlamaktadır. Uzun dönemli bakım içerisinde sağlık hizmetlerine yönelik bakım, evde sağlık bakımı, kurumsal sağlık bakımı gibi hizmetler yer almaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 49). Evde sağlık hizmetleri kavramı Dünya Sağlık Örgütü tarafından; “*Profesyonel sağlık çalışanları gibi formal ya da hasta bakıcı gibi informal tarzda yetişmiş bireylerin hastaya kendi ev ortamında sağlık hizmeti verilmesidir*” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2008). Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (2005) ise bu tanımdan farklı bir yaklaşımla evde bakım hizmetini hekimler tarafından verilen öneriler doğrultusunda yürütülen sağlık hizmetleri olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlardan hareketle evde sağlık hizmetleri; hekim önerileri doğrultusunda, uzman kişilerce, hastanın kendi yaşam alanında verilen bir sağlık hizmeti türü olarak tanımlanabilir.

Evde sağlık hizmetlerinin amacı; hastanede kalış süresinin azalmasına bağlı olarak olası hastane nedeni enfeksiyon riskinden kaçınmak, yatak devir hızını artırmak, sağlık hizmetinin hastanın yaşadığı aile ortamında verilmesi yoluyla hem sosyal hem psikolojik anlamda hastayı desteklemek, yaşam kalitesini artırmak, sağlık harcamalarını düşürerek ülke ekonomisine katkı sağlamaktır (Merih vd., 2021:77). Bununla birlikte; hastanın günlük yaşam aktivitelerini etkilemeden en etkin tedaviyi uygulamak ve hastalıktan kaynaklanan etkileri minimize ederek bireylerin yaşam kalitesini artırmak yanında bireyin ve ailenin işlevselliğinin artırılmasıdır (Sarsılmaz vd., 2015: 13).

Evde sağlık hizmetlerinden kimlerin yararlanabileceği ise ameliyat sonrasında bakım hizmetine ihtiyaç duyan hastalar, ortopedi ve travmatoloji hastaları, kronik hastalığı olanlar, felçli hastalar, solunum yolu ve akciğer rahatsızlığı olanlar, nöroloji hastaları, yeni doğum yapan anneler ve bebekleri, yaşlılar ve engelliler, hemşirelik hizmeti ihtiyacı duyanlar, bulaşıcı hastalıklardan korunmak isteyenler ve evinde medikal ekipman kullanımına ihtiyacı olanlar şeklinde kategorize edilebilir (Özer ve Şantaş, 2012: 98). Bu tür hastaların evde sağlık hizmetini tercih etmeleri sonucunda hastaneye gidiş sıklığı ve yatış sürelerinde azalma görülmekte ve hastanelerdeki yoğunluğun ve maliyetlerin azaltılmasına da katkı sağlanmaktadır (TÜSEB, 2021:35).

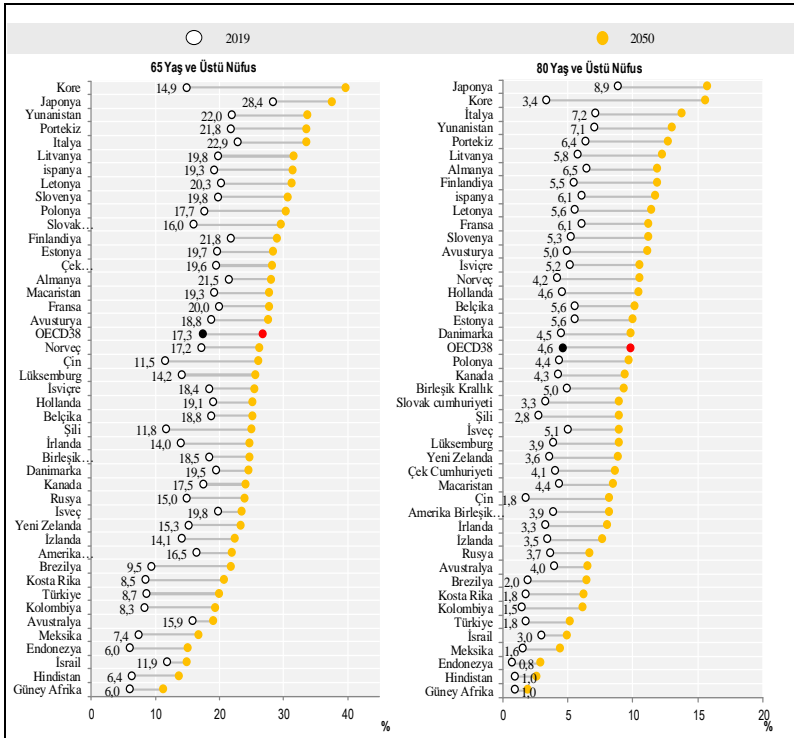
Evde sağlık hizmetlerine olan talebi artıran başlıca faktörler arasında nüfusun yaşlanması, artan sağlık harcamaları ve kaynakların kıt olması gibi küresel sorunları değerlendirmek mümkündür. Bu bağlamda nüfus, epidemiyolojik yapı ve sağlık harcamalarına ilişkin verilere değinmek gerekmektedir. Grafik 1’de Dünya Bankasının 1960-2020 yıllarına ilişkin verileri doğrultusunda 0-14 yaş, 15-64 yaş ve 65 yaş ve üstü kategorilerinde dünya nüfusunun yaş dağılımına yer verilmiştir.



**Grafik 1. Nüfusun Yaş Ortalaması, Dünya (1960-2020)**

Kaynak: World Bank, (2022).

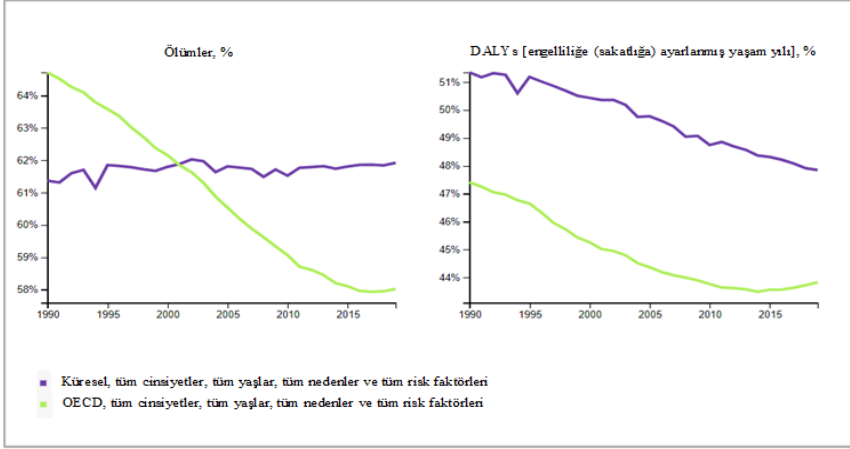
Dünya Bankasının 1960-2020 yıllarına ilişkin verileri incelendiğinde dünya genelinde 0-14 arasında yer alan nüfusun genel (toplam) nüfus içindeki payı giderek azalırken, 65 yaş üstü nüfusunun artış gösterdiği görülmektedir. Bu durum global ölçekte nüfusun yaşlandığını göstermektedir. Benzer şekilde, OECD'nin 2019 yılı ve 2050 yılına ilişkin projeksiyonları da bu bulguyu desteklemektedir (OECD, 2021a). OECD ülkelerinin 65 yaş üstü ve 80 yaş üstü nüfusa ilişkin verilerine Grafik 2'de yer verilmiştir.



**Grafik 2. 65 ve 80 Yaş Üstü Nüfusun Payı, 2019 ve 2050**

Kaynak: OECD, (2021a).

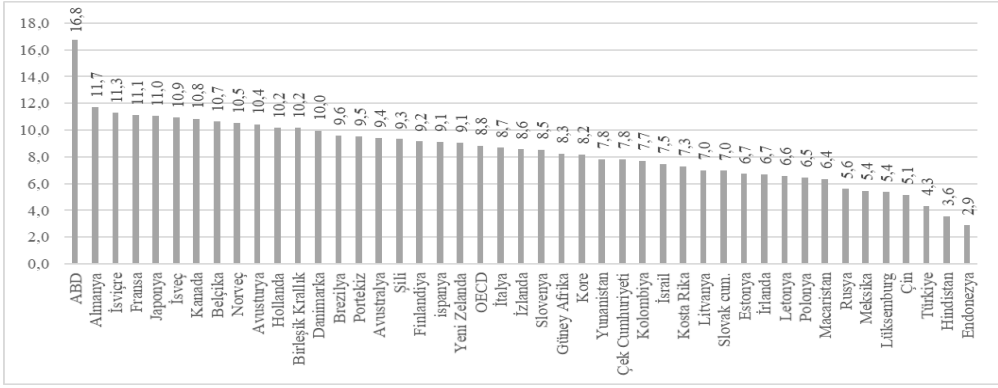
Grafik-2 incelendiğinde hem 65 yaş üstü hem de 80 yaş üstü nüfusun 2019-2050 yılları arasında artış göstereceği söylenebilmektedir. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte küresel ölüm ve hastalık yükü verileri açısından da bir değerlendirme yapmak gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün önde gelen ölüm nedenlerine ilişkin verilerine göre kronik hastalıklar giderek artış göstermekte olup, toplam ölümlerin %16'sının nedeni 2000 yılından bu yana gerçekleşen ölümlerdeki en yüksek paya sahip olan iskemik kalp hastalığıdır. 2000-2019 arasında 2 milyondan fazla artış göstererek 8,9 milyona yükselmiştir. İnme (yaklaşık 1 milyon artış) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı sırasıyla toplam ölümlerin yaklaşık %11 ve 6'dan sorumlu olup, 2. ve 3. önde gelen ölüm nedenleri arasındadır. Alt solunum yolu enfeksiyonları önde gelen 4. ölüm nedenlerindedir. Yeni doğan koşulları 5. sırada yer almaktadır. Trakea, bronş ve akciğer kanserlerinden ölümler 1,2 milyondan 1,8 milyona yükselmiş olup, 6. sırada yer almaktadır. Kadınların daha fazla etkilendiği alzheimer hastalığı ve diğer bunama türleri 1 milyonun üzerinde artış ile 7. önde gelen ölüm nedenidir. Diyabet, 2000 yılından bu yana %70'lik bir artış ile ilk 10 ölüm nedeni arasına girmiştir. Böbrek hastalıkları ise daha önce 13. sıradayken 10. sıraya yükselmiştir (WHO, 2020). Küresel ölümlerin nedenlerinin küresel hastalık yükü ile olan ilişkisine ise Grafik 3'te yer verilmiştir. 1990-2019 yılları arasında küresel ölümlerin ve OECD ülkelerindeki ölümlerin yüzdesi ile hastalık yükünün yüzdesine yer verilmiştir.



**Grafik 3. Tüm Nedenlere Bağlı Ölümler ve DALYs, (Dünya ve OECD, 1990-2019)**

**Kaynak:** Global Health Data Exchange, (2022).

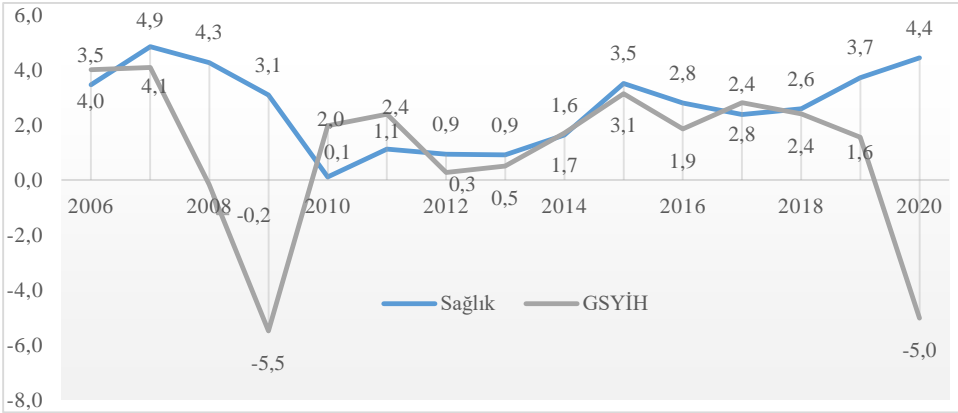
Engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılı (DALY) ölçütü üzerinden 1990 yılından bu yana küresel hastalık yükünün azaldığı, başka bir deyişle küresel sağlıkta büyük ölçüde kazanımlar elde edildiği söylenebilmektedir. OECD ülkelerindeki ölüm yüzdeleri tüm risk faktörleri için hastalık yükündeki azalmaya paralel bir şekilde azalma göstermiştir. Nitekim, 204 ülkede 369 hastalık ve yaralanma çeşidinin küresel yükünün analiz edildiği bir çalışmada da sağlığın küresel düzeyde iyileşmeye devam ettiği, bununla birlikte hastalıkların mutlak yükü ve bununla bağlantılı olarak sağlık sistemleri üzerindeki etkisinin sabit kaldığına, diyabet ve alzheimer gibi hastalıklardan kaynaklanan DALY'lerin artış gösterdiğine dair bulgular söz konusudur (Vos vd., 2020). Küresel hastalık yükünün sağlık sistemleri üzerindeki etkisi sağlık harcamaları ile olan ilişkisi açısından da değerlendirilebilir. Grafik 4'te OECD ülkelerinin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)'larından sağlık harcamalarına ayırdığı pay yer almaktadır.



**Grafik 4. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, 2019**

Kaynak: OECD, (2021b:189).

OECD'nin verilerine göre OECD ülkelerinin GSYİH'den sağlık harcamaları için ayırdığı pay ortalama %8,8'dir. Ancak, 2020 yılında OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranında önemli bir artış söz konusu olmuş hem Covid pandemisi nedeniyle hem de ekonomik faaliyetlerdeki daralma nedeniyle sağlığa ayrılan kaynakların GSYİH'ye oranı %9,7'ye yükselmiştir (OECD, 2021b:188). Sağlık harcamalarında ve kişi başına GSYİH'de yaşanan artışın karşılaştırıldığı Grafik 5 tarih aralığı olarak daha geniş bir perspektifle ele alınmış olup, 2008'deki ekonomik kriz ve Covid-19 pandemisinin 2020 yılında GSYİH'ye olan etkisi belirgin bir şekilde görülebilmektedir.



**Grafik 5. Sağlık Harcamalarında Artış ve Kişi Başına GSYİH'de Yıllık Büyüme (23 OECD Ülkesinin Ortalaması)**

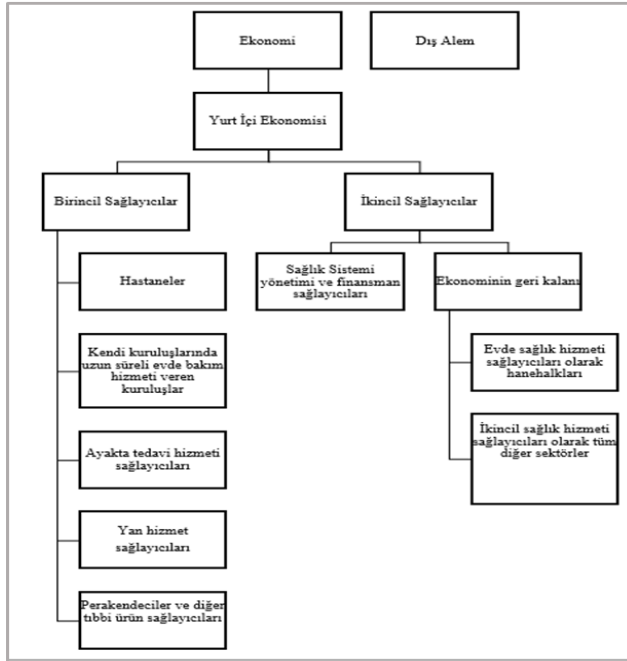
Kaynak: OECD, (2021b:189).

OECD ekonomilerinde krizin etkisiyle 2008 ve 2009 yıllarında kişi başına GSYİH keskin bir şekilde küçülürken, sağlık harcamaları da paralel olarak azalmış, özellikle 2010-2013 arasında %1'in altında seyretmiştir. 2010 yılından sonra OECD ülkelerindeki ortalama sağlık harcaması artış oranının, kişi başına GSYİH'deki büyüme ile paralellik gösterdiğini söylemek mümkündür. 2019'dan sonra Covid-19 pandemisi nedeniyle sağlık harcamaları artmıştır. Uygulanan karantina tedbirleri ve halk sağlığı önlemlerinin sonucunda tüketici harcamaları ciddi bir şekilde kısıtlanırken, ekonomik çıktı azalmış ve birçok OECD ekonomisi 2020 yılında

küçülmüştür. Bu nedenle sağlık harcamalarında Kişi Başına GSYİH'ye nazaran daha güçlü bir artış yaşandığı görülmektedir (OECD, 2021b:188).

## 2.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Hastalara kendi yaşam alanlarında sağlıklarını geliştirmek ve tedavi etmek amacıyla sunulan sağlık hizmetleri ve sağlık araç gereçlerinin sunulması olarak tanımlayabileceğimiz evde sağlık hizmetleri, kronik hastalıkların takibi ve tedavisinde, fizik tedavi, akciğer ve solunum yolu tedavilerinde ve ameliyat sonrası bakım hizmetlerinde kolaylık sağlamaktadır (Sayan, 2004: 91). Oldukça geniş bir hizmet alanı olan evde sağlık hizmetlerini sunan sağlık personelleri; pratisyen hekim ve aile hekimi gibi hekimler, hemşireler, psikologlar, diyetisyenler, fizyoterapistler, sosyal hizmet personelleri ve ev ekonomistleri gibi uzmanlardan oluşmaktadır. Evde sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar ise; Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, hastaneler, belediyeler, sağlık odaklı meslek kuruluşları, gönüllü hizmet veren kurum ve kuruluşlar, sigorta şirketleri, ilaç ve tıbbi malzeme firmaları, özel sağlık ve hemşirelik kuruluşlarından oluşmaktadır (Sayan, 2004:93). Sağlık Bakanlığınca tanımlanan evde sağlık hizmetleri sistemi, Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren ve evde sağlık hizmetleri birimi kurarak sağlık hizmeti sunan hastaneleri ya da yataklı sağlık kurumlarını, toplum sağlığına yönelik merkezleri, aile hekimlikleri ile aile sağlığı merkezlerini ve aile sağlığı çalışanlarını kapsamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Evde sağlık hizmetlerinin genel sağlık hizmetleri sunumuna içkin olarak ekonomi ile olan ilişkisi ise Şekil 1'de ifade edilmiştir.



Şekil 1. Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları Evreni: Birincil ve İkincil Sağlayıcılar

Kaynak: OECD/Eurostat/WHO, (2017:124).

Buna göre yurt içi ekonomideki kurumların birçoğu sağlık hizmeti sunabilmektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları bu nedenle ulusal sağlık hesapları sisteminde birincil ve ikincil sağlayıcılar olarak kategorize edilmiştir. Birincil sağlayıcıların temel görevi sağlık ürün ve hizmetlerini sunmaktır. OECD'nin tanımladığı şekilde birincil sağlayıcılar; genel ve

uzmanlaşmış hekimlerin muayenehaneleri, acil ambulans hizmetleri üniteleri, akut ve psikiyatrik hastaneler, sağlık merkezleri, laboratuvarlar, bakım tesisleri, eczanelerdir. İkincil sağlayıcılar ise; kısmen sağlıkla ilgili olan veya hiç ilgili olmayan temel faaliyetlerine ek olarak sağlık bakım hizmetleri sunan sağlayıcıları ifade etmektedir. İkincil faaliyet olarak hemşirelik denetimine ek olarak, evde bakım hizmeti veren kurumlar, reçetesiz ilaçlar satan süpermarketler, iş yeri hekimliği veya hapisane sağlık bakım hizmetleri gibi sınırlı gruba sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşları/çalışanlarından oluşmaktadır (OECD, 2017:124).

## 2.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi, Dünyadaki Uygulamaları ve Finansmanı

Evde sağlık hizmetlerinin geçmişini, doğum sürecinin evde gerçekleştirilip gerçekleştirilmemesi yönündeki fikirsel ayrılıkların yaşandığı Hititler ve sonrasında Roma dönemine kadar götürmek mümkündür (Çoban ve Esatoğlu, 2004:109). Daha yakın tarihteki veriler değerlendirildiğinde Amerika Birleşik Devletleri (ABD) evde sağlık hizmetleri alanında en gelişmiş ülkelerden biri olup, ülkede evde sağlık hizmeti veren ilk kurumun 1796 yılında kurulan Boston Dispanseri olduğu bilinmektedir (TÜSEB, 2021:41). 1900'lü yıllarda ABD sosyal güvence sistemleri, evde sağlık hizmetlerini ödeme kapsamına almıştır (Tekin, 2018:115). Özellikle 1965 yılında Medicare ve Medicaid sigorta sisteminin yaygınlaşması ile ekonomik ve mali anlamda evde bakım hizmeti sunan kuruluşların hakimiyetinin baskınlığı ABD'yi bu alanda öne çıkarmıştır (Özer ve Şantaş, 2012:96).

1970'li yıllarda ise evde sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin daha düşük olması nedeniyle özel sağlık sigortalarının da hizmet alanına girmeye başlamıştır (Alnıgeniş, 2009). Avrupa'da evde sağlık hizmetlerini de kapsayan evde bakım hizmetleri kronolojik açıdan ele alındığında; aile içinde verilen hizmetler, kiliseler tarafından verilen hizmetler ve gönüllüler tarafından verilen hizmetlerden oluşmaktadır. 19. yüzyılda devletlerin giderek büyümesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin kapsam olarak sosyal refah ile ilgili alanın içine dahil olması evde sağlık hizmetleri uygulamalarını artırmış, 20. yüzyılda ise daha büyük ölçekli kurum/kuruluşlar ve hastaneler, yaşlılara, çocuklara, fiziksel ve zihinsel engelli bireylere destek vermeye başlamıştır (Tarricone, R. ve Tsouros, A.D., 2013). Evde sağlık hizmetlerinin dünyada özellikle 1990'lı yıllardan itibaren gelişimini sağlayan faktörler; teknolojideki ilerlemeler, evde sağlık hizmetlerinin maliyet yararını ortaya koyan araştırmalardaki artış, bireylerin hastane hizmetlerine bir alternatif olarak evde sağlık hizmetlerini tercih etmeleri, evde sağlık hizmetini sunan kurumların sayılarındaki artış ve sigorta kurumlarının evde sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamaya başlaması şeklinde sıralanabilir (Gölbaşı, 2003:18). Bu noktada evde sağlık hizmetlerinin finansmanı da artan sağlık giderlerinin finansmanının nereden sağlanacağı kadar önemli bir sorun teşkil etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında temel olarak üç yöntemden faydalanılmaktadır. Bu yöntemler; genel bütçeden finanse edilen ve kamunun mali kaynaklarından beslenen sosyal güvenlik modeli olan Beveridge modeli, prim gelirlerinden yararlanarak uygulanan sosyal sağlık sigorta modeli olan Bismarck modeli, özel sigorta modeli ya da cepten yapılan sağlık harcamalarıdır (Özer ve Şantaş, 2012:100). Avrupa'da evde sağlık hizmetlerinin organizasyonuna ilişkin bilgiler Tablo 1'de paylaşılmıştır.

**Tablo 1. Avrupa Birliği Ülkelerinin Bazılarında Evde Sağlık Hizmetleri Sunumu**

Ülke	Evde Sağlık Hizmeti
Belçika	Merkezi veya bölgesel yönetim
Danimarka	Yerel yönetimler veya belediyeler
Finlandiya	Yerel yönetimler veya belediyeler
Fransa	Sosyal güvenlik ve Yerel yönetim veya belediye
Almanya	Sosyal güvenlik

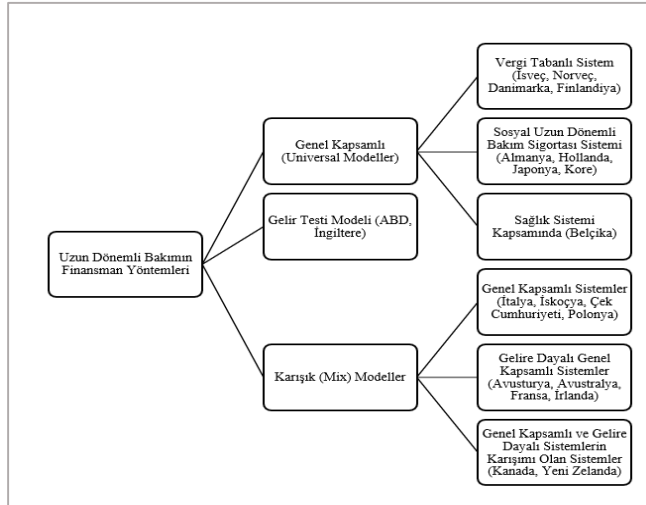


Ülke	Evde Sağlık Hizmeti
İrlanda	Merkezi veya bölgesel yönetim
İtalya	Merkezi veya bölgesel yönetim
Hollanda	Sosyal güvenlik
Portekiz	Merkezi veya bölgesel yönetim
İspanya	Sosyal güvenlik
İsveç	Yerel yönetimler veya belediyeler
Birleşik Krallık	Merkezi veya bölgesel yönetim

**Kaynak:** Tarricone ve Tsouros, (2013:13).

Tablo 1'e göre evde sağlık hizmetlerinin Avrupa'da merkezi ve bölgesel yönetim, yerel yönetimler, belediyeler veya sosyal güvenlik kurumları tarafından sunulmaktadır. Finansmanın sağlanma şekli açısından örneğin İrlanda'da evde sağlık hizmetlerinin tamamı devlet tarafından karşılanmaktadır. İsveç'te belediyeler bu tür hizmetlerin geri ödeme mekanizmasını sağlayarak, tıbbi hizmetleri sunmaktadır. Hollanda'da sunulan evde sağlık hizmetleri sosyal güvenlik kapsamında yer almaktadır. Kanada, İngiltere, İtalya ve Fransa'da da yine evde bakım hizmetleri geri ödeme kapsamında yer almaktadır. Danimarka'da ise evlere yapılan sağlık amaçlı ziyaretler ödeme kapsamında yer almaktadır (Memişoğlu ve Kalkan, 2016: 654).

Evde sağlık hizmetleri finansman açısından "evde bakım hizmetleri" kapsamında ele alınabilmektedir. OECD evde sağlık hizmetlerini uzun dönemli bakım içerisinde tanımlamakta olup, uzun dönemli bakım ise hastaneler tarafından sunulanlar dışındaki evde sağlık bakım hizmetleri; zeka geriliği, ruh sağlığı hastalıkları bulunan veya madde bağımlısı çocuklar ve yetişkinler için evde sağlık bakım hizmetleri, hastaneler tarafından sunulanlar dışındaki evde sağlık bakım hizmetleri, hemşirelik hizmetleri şeklinde sağlık işlevlerine göre sınıflandırılmaktadır (OECD/Eurostat/WHO, 2017:399). OECD ülkelerinde uzun dönemli bakımın finansman yöntemlerine Şekil 2'de yer verilmiştir.

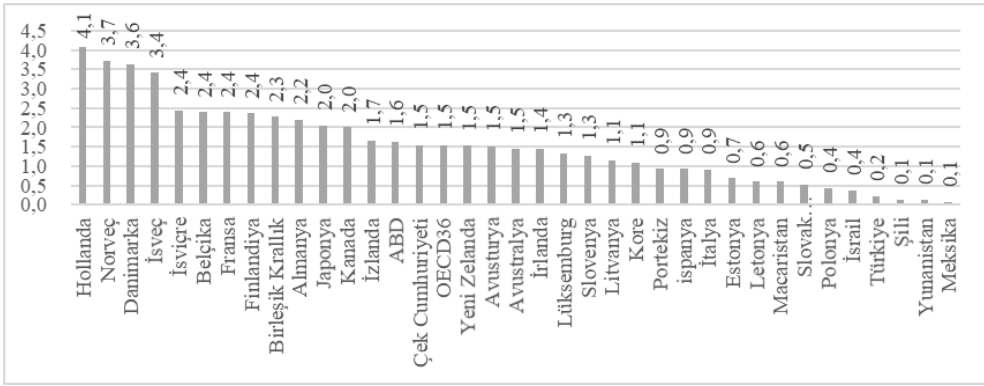


**Şekil 2. Uzun Dönemli Bakımın Finansman Yöntemleri**

**Kaynak:** Bal, (2016:173).

Uzun dönemli bakımın finansmanı; genel kapsamlı model, gelir testi modeli ve karma model olmak üzere üç temel finansman modelinden yararlanarak gerçekleştirilmektedir. Genel

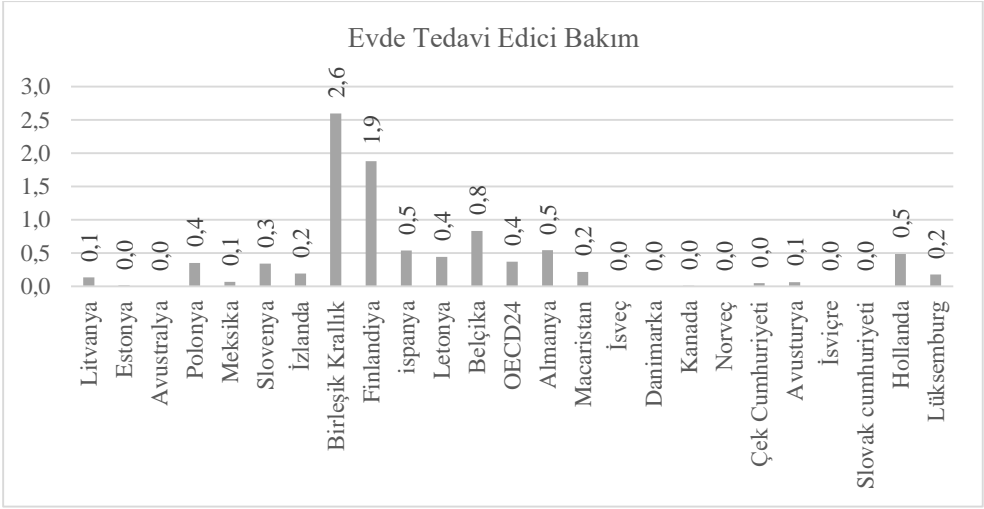
kapsamlı modelde; İsveç, Norveç, Danimarka ve Finlandiya gibi ülkelerde uzun dönemli bakımın finansmanı için kullanılan vergi tabanlı sistem; Almanya, Hollanda, Japonya ve Kore gibi ülkelerin yararlandığı sosyal uzun dönemli bakım sigortası sistemi ve Belçika'da olduğu gibi sağlık sisteminin içerisinde finansman söz konusudur. ABD ve İngiltere'de uzun dönemli bakım gelir testi modelinden yararlanarak finanse edilmektedir. Karışık finansman modeli ise; İtalya, İskoçya, Çek Cumhuriyeti ve Polonya'da olduğu gibi genel kapsamlı sistemler; Avusturya, Avustralya, Fransa ve İrlanda'da olduğu gibi gelire dayalı genel kapsamlı sistemler ve Kanada ve Yeni Zelanda'da olduğu gibi genel kapsamlı ve gelire dayalı sistemlerin karışımı olan sistemlerden oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ise evde uzun süreli bakımın finansmanını; genel vergilendirme, sosyal sağlık sigortası, hizmet içeriğine göre cepten veya hizmet değişimi şeklinde ödeme yapılması, özel sigorta ve gönüllüler tarafından ücretsiz sunulan hizmetler şeklinde sınıflandırmaktadır (Özer ve Şantaş, 2012:100). Uzun dönemli bakımın ekonomik boyutunu ifade etmek üzere GSYİH içindeki payı açısından ele alınmış olup, Grafik 6'da sunulmuştur.



**Grafik 6. Uzun Dönemli Bakımın GSYİH İçindeki Payı, (%)**

**Kaynak:** OECD Health Statistics (2021); OECD (2020).

Uzun dönemli bakımın GSYİH içindeki payı OECD ülkelerinin ortalaması açısından %1,5 düzeyindedir. GSYİH'den en büyük payı ayıran ülkeler Hollanda (%4,1), Norveç (%3,7), Danimarka (%3,6) ve İsveç (%3,4)'tir. Evde sağlık hizmetlerinin kamu gelirleri ile finanse edilmesi; sağlık giderlerini kontrol altında tutmak, yatarak tedavi hizmetlerine ayrılan giderlerin azaltılması ve bireyleri katastrofik sağlık harcaması yüküne karşı koruma sağlamak gibi açılardan önem taşımaktadır (Özer ve Şantaş, 2012:102). Evde sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutunu istatistiksel olarak ifade etmek veri kısıtı nedeniyle oldukça güçtür. Yalnızca uzun dönemli bakımın ekonomik boyutuna ilişkin verileri paylaşmanın yanıltıcı olacağı kanaatiyle evde sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutunu ifade etmek üzere OECD ülkelerinde cari sağlık harcamaları içinde evde tedavi edici bakıma ayrılan pay ulaşılabilen veriler doğrultusunda Grafik 7'de sunulmuştur. Türkiye dahil pek çok ülke için veri temin edebilmek son derece güçtür.



**Grafik-7. Cari Sağlık Harcamalarının Payı Olarak Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Harcamalarının İçinde Evde Tedavi Edici Bakım Harcamaları 2019 (veya en yakın yıl), (%)**  
**Kaynak: OECD (2021a:201)**

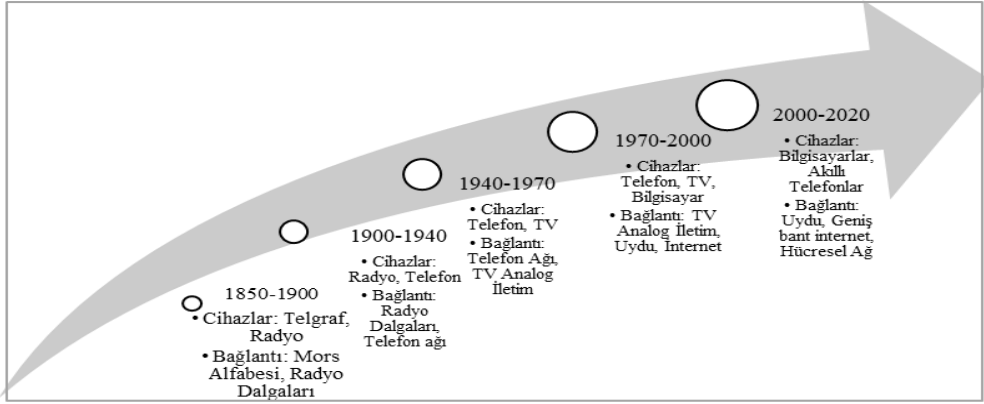
Grafik 7’den de izlenebildiği gibi birçok OECD ülkesinde evde tedavi edici bakım için ayrılan pay 0 ya da 0’a yakın değerler almaktadır. Nitekim OECD ülkelerinin ortalaması da birinci basamak sağlık hizmetleri içinde evde tedavi edici bakıma ayrılan pay açısından %0,4’tür. En yüksek payın ayrıldığı Birleşik Krallık ve Finlandiya’da ise sırasıyla %2,6 ve %1,9 oranındadır. Evde sağlık hizmetlerinin kamu gelirleri ile finanse edilmesi; sağlık giderlerini kontrol altında tutmak, yatarak tedavi hizmetlerine ayrılan giderlerin azaltılması ve bireylerin katastrofik sağlık harcaması yüküne karşı korunması gibi açılardan önem taşımaktadır (Özer ve Şantaş, 2012:102). Bu nedenlerle GSYİH’den evde bakım hizmetleri için ayrılan payın artırılması gerekmektedir.

### 2.3. Evde Sağlık Hizmetlerinde Tele-Tıp

Yaşlı, engelli ve kronik hastalıkları olan bireyler için bakım ve sosyal destek hizmetlerinden faydalanmalarına olanak veren evde sağlık hizmetleri 2019 yılından bu yana Dünyada yaşanmakta olan pandeminin etkisiyle farklı bir boyut kazanmıştır. Farklı bir boyut kazanmasının nedeni, sosyal izolasyonun sağlanması yanında, evde sağlık hizmeti alması gereken bireylere hizmetlerin gerektiğince ve aksatılmadan verilmesi ve hem bireylerin hem de ailelerinin enfeksiyondan korunmasıyla birlikte hizmet sunan tıbbi personelin de enfekte olmasının önlenmesi açısındandır (Balcı ve Koçatakan, 2021:190). Bu durum evde sağlık hizmetlerinde teknolojik imkanlardan yararlanmanın önemini artırmaktadır. Bu kapsamda yararlanılabilecek ve teknoloji ile ilişkili yöntemlerden biri de tele-tıptir.

Tele-tıp, birbirinden uzak birimler arasında bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanarak tanı, tedavi, takip ve değerlendirmeye yönelik amaçlarla hastalara ilişkin fizyolojik bilgilerin paylaşılması, arşivlenmesi ve sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır (Işık ve Güler, 2010). Tele-tıp uygulaması ile bilgisayar yazılım programlarından ya da akıllı telefon uygulamalarından yararlanarak hastaya ilişkin hayati bulgular hekime anında iletilebilmektedir (Korkmaz ve Hoşman, 2018:253).

Dünyadaki ilk tele-tıp uygulamalarına bakıldığında “Victoria Dönemi İnterneti” olarak da bilinen telgraf uzaktan tıbbi bakımın sağlanmasında kullanılan ilk cihazlardan biri olup, yaralı askerlerle ilgili mesajların bekleyen sağlık ekiplerine iletilmesi için kullanılmıştır (Jagarapu ve Savani, 2021). Bununla birlikte 1920’li yıllarda kıyadaki doktorların denizdekilere tıbbi bilgileri iletmek amacıyla radyo kullanması ve Nebraska Üniversitesi Tıp Fakültesi Nebraska Psikiyatri Enstitüsü’nün Eyalet Ruh Hastalıkları Hastanesi ile kapalı devre televizyon sistemi ile iletişimi gibi tarihi örnekler bulunmaktadır (Moore, 1999:247). Tele-tıp teknolojisinin evrimi Şekil-3’te görülebileceği gibi beş farklı aşamada ele alınabilir.



Şekil 3. Tele-Tıp Teknolojisinin Evrimi

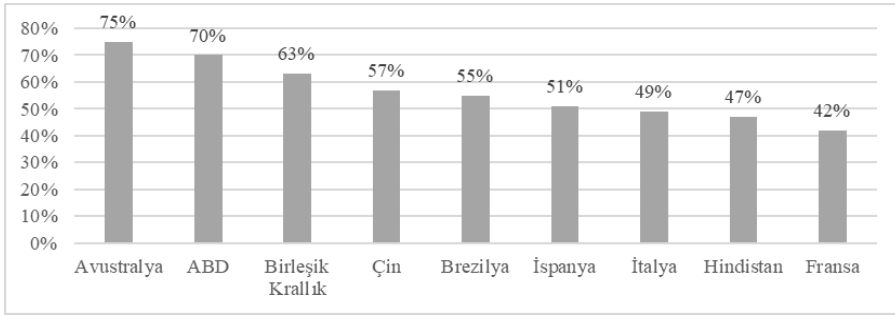
**Kaynak:** Jagarapu ve Savani, (2021).

Tele-tıp’ın tarihsel gelişimine bakıldığında teknolojideki dönüşüme bağlı olarak farklı kullanım alanları bulunduğu görülmektedir. Tele-tıp araçlarının son dönemde, giderek evde bakıma odaklanan sağlık bakım modellerinde değişimin kolaylaştırıcısı olduğu, hastanede kalış maliyetlerinden tasarruf elde edilmesini ve dolayısıyla maliyetlerin azalmasına katkı sağladığı düşünülmektedir (Mas vd., 2022).

#### 2.4. Tele-Tıp Destekli Evde Sağlık Hizmetlerinin Maliyetlerinin Karşılaştırılması

Sağlık ekonomisi alanında yürütülen maliyet analizi çalışmaları bu tür projelerin ekonomiye olan kazanımlarını/kayıplarını analiz etmenin bir yoludur. Evde sağlık hizmetleri raporu (2021)’nda da sağlık projeleri için yürütülen maliyet analizleri çalışmalarının ev tabanlı e-Sağlık uygulamaları için yapılacak olan tele-tıp gibi projeler için maliyetlerinin belirlenmesi, ödeme prensipleri ve geri ödeme için politika yapıcılara karar vermede yol gösterici olacağı vurgulanmıştır (TÜSEB, 2021:51). 1960-70’li yıllarda Amerika ve Kanada’da tele-tıp projeleri ile ilgili maliyet-etkinliği konusunda yürütülen çalışmalarda, tele-tıp’ın sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürdüğü ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırdığı görülmüştür (Preston vd.,1992). Daha yeni araştırmalar incelendiğinde örneğin Udsen ve diğerlerinin (2014), kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalar için tele-tıp maliyetleri ve maliyet etkinliği hakkındaki kanıtların sistematik bir incelemesini yaptıkları çalışmaları sonucunda tek başına olağan bakıma kıyasla, tele-tıp’ın artı olağan bakım alan hasta başına daha düşük bir ortalama maliyet bildirdiği bulunmuştur. Bu çalışma Kuzey Amerika ve Avrupa’da temel alınan altı çalışmanın birleşimi olan ve 281’i tele-tıp için randomize edilen toplam 559 KOAH hastasını içeren bir çalışmadır.

Global Markets Insights gibi araştırma şirketleri ise tele-tıp uygulamalarının sağlık sektöründeki ağırlığının artacağını ve 2026 yılına kadar küresel olarak 175 milyar dolarlık bir hacme sahip olacağını öngörmektedir (Platin Dergisi, 2021). Yine, Dünya genelinde sağlık sektöründeki yönelimleri inceleyen KPMG'nin, Sağlık Hizmetleri 2030 raporuna göre, ABD'de hastane sayısının düşüş göstereceği evde bakım ve tele-tıp hizmetlerinde artış yaşanacağı tahmin edilmektedir (KPMG, 2019). Özellikle pandemi döneminde bulaş riskinin bulunması hastane hizmetlerine olan talebi düşürdüğünden tele-tıp kullanımı yani dijital iletişim teknolojileri aracılığıyla tıbbi bakımın sağlanması uygulaması yükselişe geçmiştir. Hastaları uzaktan izleme konusunda sağlanan teknolojik ilerleme özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha uygun maliyetler ile sunulmasına izin verse de geri ödeme modellerindeki yetersizlik özellikle pandemi döneminde özel finansman modellerinin ve kalıcı ödeme değişikliklerinin düzenlenmesi gerekliliğini göstermiştir (Shrank vd., 2020:237). Grafik 8'de bazı ülkelerin tele-tıp kullanım yüzdelerine yer verilmiştir.



**Grafik 8. Tele-Tıp Kullanımı**

**Kaynak:** Middleton vd., (2021).

2021 Dijital Doktor araştırması (Middleton vd., 2021)'nin sonuçlarına göre ABD'de %70, İngiltere'de %63 ve İspanya'da %51 oranında tele-tıp kullanılmaktadır. Aynı araştırmanın sonuçlarına göre, tele-tıp kullananlardan 10'da yedisi bu teknoloji den pandemi sırasında yararlanmaya başlamıştır. Mas ve diğerlerinin (2022), hastane perspektifi altında yapılan maliyet analizi çalışması, pediatrik tele-tıp bakımın normal hastane bakımına kıyasla %9 daha düşük maliyete neden olarak sağlık sisteminin maliyetlerini düşürmeye hizmet ettiğini göstermektedir. Aynı çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda Tablo-2'de, 24 saatlik bir sürede hastane ve hastane destekli evde bakım için toplam ve ortalama harcama ile tasarrufları tahmin etmek için her ikisi arasındaki farkı ve her bir maliyet türünün toplam tasarruf miktarında temsil ettiği yüzde gösterilmektedir.

**Tablo 2. Kazanç Miktarına Göre Hastane Yatış Türü Günlük Maliyetleri**

Maliyet türü X: uygulanamaz	Genel Bakım (US \$)	Tele-Tıp Destekli Evde Bakım (US \$)	Değişim (US \$)	Toplam Değişim (%)	Toplam Tasarruflar (%)
Personel	261,51	158,67	102,83	33,52	35,50
Bakım gerektirmeyen ara ürünler	118,08	21,99	96,09	31,32	33,17
Yapısal	140,80	85,63	19,91	6,49	6,88
Ara ürünler	27,29	10,85	15,65	5,10	5,40

Maliyet türü X: uygulanamaz	Genel Bakım (US \$)	Tele-Tıp Destekli Evde Bakım (US \$)	Değişim (US \$)	Toplam Değişim (%)	Toplam Tasarruflar (%)
İşletim	26,50	10,85	15,65	5,10	5,40
Evde Uzaktan Bakım	X	17,17	-17,17	5,60	X
Toplam	574,19	301,71	272,48	100,00	100,00

**Kaynak:** Mas vd., (2022:4)

Hastanede genel bakım hizmetlerine göre tele-tıp destekli evde bakım hizmetinin özellikle personel ve bakım gerektirmeyen ara ürünler kalemleri gibi maliyet türleri için %30'un üzerinde tasarruf elde edilmesine olanak sağladığı görülmektedir. Genworth Financial'ın Bakım Maliyeti Anketi (2021)'ne göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde evde bakımın ortalama maliyeti ayda 4.957 dolardır. Evde sağlık bakımı için maliyet daha yüksek olup, ayda ortalama 5.148 dolardır. Bununla birlikte, evde sağlık bakımının hemşirelik hizmetlerini de kapsayabileceği düşünüldüğünde, ortak bir oda için aylık ortalama 7.908 ABD doları ve özel bir oda için 9.034 ABD doları tutarındaki yatılı bakım hizmetinden daha ekonomik bir seçenek olduğu görülmektedir.

Evde sağlık hizmetleri ile ilgili bazı çalışmalarda ise evde sağlık hizmetlerinin maliyetleri artırmasına rağmen sağlık sonuçlarında iyileşmeler sağladığı savunulmaktadır. Örneğin Billups ve diğerleri (2014)'nin entegre bir sağlık sisteminde sunulan olağan bakım ile evde kan basıncı izleme programının sağlık sistemine olan maliyetini karşılaştırmak amacıyla yürüttükleri maliyet-etkinlik analizinde 6 ay boyunca hasta başına medyan hipertansiyonla ilişkili maliyet, evde kan basıncı izleme programı grubunda 455\$ ve olağan bakım için 179\$ olarak bulunmuştur. Maliyetteki artışı, ek e-posta ve telefon görüşmelerine, daha fazla antihipertansiyon ilaç kullanımına, ek laboratuvar izlemesine vb. maliyetler ile ilişkilendirmişlerdir. Hasta başına medyan toplam maliyet ise, evde kan basıncı izleme programı grubu ve olağan bakım grupları için sırasıyla 1.530\$ ve 1.283\$ olarak tespit edilmiştir. Çalışmada, teknolojiye dayalı olarak eczacılar tarafından yürütülen bir evde kan basıncı izleme programı için düşürülmüş mm Hg sistolik kan basıncı başına 20,50\$ ve kazanılan yaşam yılı başına 3.300\$ yatırım yaparak sağlık sonuçlarının iyileştirilebileceği tespit edilmiştir. Deneysel bir evde sağlık programına dahil edilen beş yüz seksen üç hasta üzerinde yürütülen ekonomik bir analizde ise bir hastalık dönemi için benzer tanılar karşılaştırıldığında, evde sağlık ile hastanede tedavi arasında temelde hiçbir maliyet farkı olmadığı gözlenmiştir (Gerson ve Hughes, 1976).

### 3. TÜRKİYE'DE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye'de gelişim evreleri açısından Umumi Hıfzıssıhha Kanununa dayalı uygulamalar, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanuna bağlı uygulamalar ve 1980'den sonra verilen evde sağlık hizmetleri uygulamaları başlıca dönüm noktalarını oluşturmaktadır (Özer ve Şantaş, 2012: 99). Daha yakın tarihli gelişmeler açısından 10 Mart 2005 tarihli 25751 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ve 13 Eylül 2005 tarihinde yayımlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ" gibi yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Bu gelişmeler neticesinde evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığının kontrolüne alınmıştır. Evde sağlık hizmetleri, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte "hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve sağlık ile takip hizmetlerinin sunulması"

olarak ifade edilmiştir. Yine aynı yönetmelikte evde sağlık hizmeti vermekle yükümlü birimler “hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan evde sağlık birimleri” olarak ifade edilmiştir. 1 Şubat 2010 tarihinde “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”nin yayımlanmasıyla bu yönerge çerçevesinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan tüm sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT, 2021)’nde evde sağlık hizmetleri; “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” doğrultusunda “*Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucuları bünyesinde oluşturulan, evde sağlık hizmeti vermek üzere kurulmuş olan birimlerce verilen sağlık hizmetleri*” olarak tanımlanmaktadır.

Resmi düzenlemeler neticesinde evde sağlık hizmetleri Türkiye’de 2010 yılında uygulanmaya başlamış olup, tanısı konan hastaların takibi, tedavisi ve sağlık bilgileri ile ilgili eğitimlerinin sağlanması, sağlık harcamalarının azaltılması ve maliyet kontrolü amacıyla “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde uygulanmaya başlanmış (Torun, 2016:13) ve Türkiye’nin 81 ilinde yaygınlaştırılmıştır (Özmete ve Hussein, 2017:41).

Sağlık Bakanlığı’nın yanı sıra, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, belediyeler, gönüllü sivil toplum kuruluşları ve özel kesime bağlı kuruluşlar tarafından da evde sağlık hizmeti sunulabilmektedir (Küçük, 2021:55). Örneğin Belediyelerce sağlanan evde sağlık hizmetlerinin geçmişi çok daha eskidir. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Daire Başkanlığı’nın 2002 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığına bağlı olarak başlattığı ve hasta, özür, ya da bakıma muhtaç olanlara “Evde Sağlık Hizmeti” sunulmasını amaçlayan çalışması hala devam etmektedir (İBB, 2015). Konya Büyükşehir Belediyesi, Ege Bölgesi’nde İzmir Büyükşehir Belediyesi, Güney Doğu Anadolu Bölgesi’nde Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi ve Gaziantep Büyükşehir Belediyesi, Karadeniz Bölgesi’nde Samsun Büyükşehir Belediyesi tarafından da yine benzer hizmetler verilmektedir (Özmete ve Hussein, 2017:44)

8-9 Nisan 2010 tarihinde Ankara’da evde sağlık derneğinin organizasyonu ile oluşturulan “Ülkemiz için Evde Sağlık Modeli Oluşturma Çalıştayı” sonuç raporuna göre; Ülkemizde özel hastaneler ve özel şirketler, kamu hastaneleri, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları bünyesinde sunulan evde sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili pek çok sorun bulunmaktadır. Raporda bu sorunlar dört başlıkta toplanmıştır. Bu sorunlar; evde sağlık hizmetinin işleyişine ve uygulamalarına, standartları-kalite yönetimine, insan kaynaklarına ve hizmetinin finansmanına ilişkindir. Sağlık Bakanlığı bu sorunların çözümü için paydaşlar ile olan ilişkileri oldukça önemsemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019:95). 2022 yılında düzenlenen Evde Sağlık ve Evde Sosyal Bakım ile Destek Hizmetleri Politika Çalıştayı 11. Kalkınma planında (2019-2023), evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması için saptanan hedeflere ulaşılmasına yönelik çalışmaların katılımcı bir anlayışla ve bütünleşmiş bir şekilde yürütülmesine yönelik adımlar olarak değerlendirilebilir (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2022). Nitekim 11. Kalkınma Planında evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, başta kırsal alanlarda ikamet eden bireyler olmak üzere yaşlı vatandaşlara sunulan sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, özellikle yaşlı bireylere sunulan önleyici ve tedavi edici hizmetlerin daha güçlü bir şekilde sunulması hedeflenmektedir (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019). Bu amaçla evde sağlık ziyaretlerinin sıklığı ve evde sağlık hizmetlerine kayıtlı hasta sayısının artırılması hedeflenmektedir. Nitekim evde sağlık hizmetlerinde 2010 yılında ulaşılması hedef nüfus %0,2’yken, bu hedef 2023 yılı için Türkiye nüfusunun %0,7’sine artırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu doğrultuda Türkiye’de sunulan evde sağlık hizmetlerinin hizmet içeriği Tablo 3’te sunulmuştur.

**Tablo 3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetlerin İçeriği**

Hizmetin Kapsamı	Sorumlu Kuruluş	Sunulan Hizmetin İçeriği
Evde Sağlık Hizmetleri	Kamu Hastaneleri	Tıbbi bakım, tedavi, muayene, psiko-sosyal rehabilitasyon, hasta nakli, ağız ve diş sağlığı
	Aile Hekimlikleri	Tıbbi bakım, tedavi, muayene, psiko-sosyal rehabilitasyon
	Özel Evde Bakım Kuruluşları	Ev işleri, yemek hazırlama, kişisel bakım, tıbbi bakım, tedavi, muayene, psiko-sosyal rehabilitasyon, hasta nakli

**Kaynak:** Küçük, (2021:58)

Türkiye’de devlet hastanelerinde 644 evde sağlık birimi mevcuttur. Eğitim araştırma hastanelerinde ise 57 evde sağlık birimi mevcuttur (Sağlık Bakanlığı, 2020:135). Bununla birlikte özel kuruluşlar tarafından da evde sağlık hizmeti verilmektedir. Eğitim araştırma hastaneleri ve devlet hastanelerinde sunulan evde sağlık hizmetleri de eklenince; 2019 yılında ulaşılan hasta sayısı 1.437.523 iken 2020 yılı sonu itibarıyla 1.769.606 olmuştur. Kayıtlı hasta sayısı ise 2019 yılında 445.029 iken 2020 yılında 547.020’ye erişmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020: 131). 2021 yıl sonu itibarıyla ulaşılan hasta sayısı 1.892.000, toplam kayıtlı hasta sayısı ise 570.927’dir (Sağlık Bakanlığı, 2021:14).

### 3.1. Türkiye’de Nüfusun Özellikleri, Hastalık Yapısı ve Sağlık Harcamaları

Yaşam koşullarındaki iyileşmeler, halk sağlığı müdahaleleri ve tıbbi hizmetlerdeki ilerlemeler sayesinde Türkiye, 1960 ve 2008 yılları arasında 25 yıllık genel bir artışla ortalama yaşam süresi açısından önemli bir kazanım elde etmiştir. Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresi 78,6 yıl olup, 81 yıllık OECD ortalamasının iki yıl altındadır (OECD Better Life Index, 2021c; OECD, 2021). Türkiye’nin doğumda yaşam beklentisi, toplam doğurganlık hızı ve nüfus artış hızına ilişkin verilerin 1960-2020 yılları arasındaki değişimi Tablo 4’te sunulmuştur.

**Tablo 4. Doğumda Yaşam Beklentisi, Doğurganlık Hızı ve Nüfus Artış Hızı, (1960-2020)**

Gösterge	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2019/2020
Yaşam Beklentisi	45,4	52,2	58,7	64,2	70	74,5	78,6*
Toplam Doğurganlık Hızı	6,4	-	4,4	3,1	2,5	2,08	1,76
Nüfus Artış Hızı (%)	2,4	-	2,3	1,7	1,5	1,4	1,08

\*2019 yılı verisidir. - veri yok.

**Kaynak:** World Bank, (2020); OECD, (2021); TÜİK, (2021’a).

Türkiye’nin nüfusunun artış hızının düşmesi, yaşam beklentisinin artışına bağlı olarak yaşlı nüfusun artış göstermesi sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmaya yönelik çabalar, modern teknolojiye dayanarak yararlanma için yapılan giderler sağlık harcamalarını artırmaktadır. Türkiye’nin 2000-2020 yılları arasındaki sağlık harcamaları Tablo 5’te sunulmuştur.

**Tablo 5. Sağlık Harcamaları**

Gösterge	2000	2010	2020
Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	8.248	61.678	249.932
Kişi başına sağlık harcaması (TL)	128	843	2.997
Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	4,8	5,3	5
Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	62,9	78,6	79,2
Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	37,1	21,4	20,8

**Kaynak:** TÜİK (2021b).

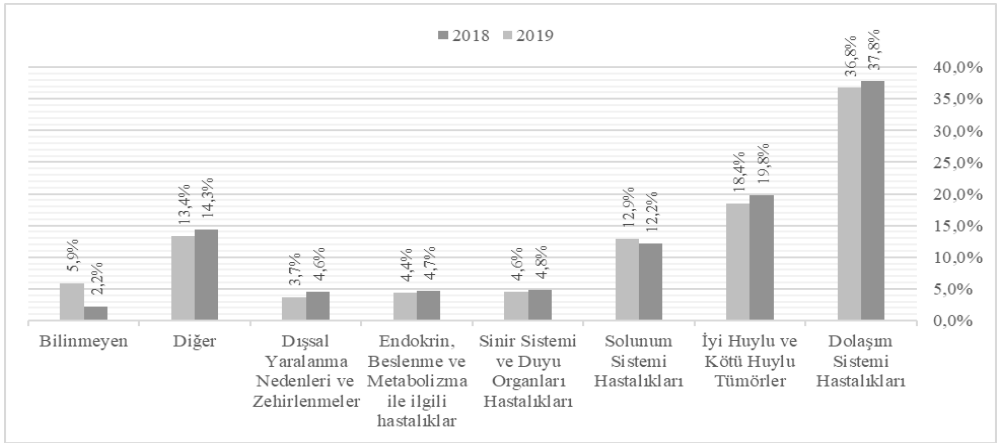
Türkiye’de toplam sağlık harcamaları 2000-2020 yılları arasında 30 kat, kişi başına düşen sağlık harcaması ise yaklaşık 24 kat artış göstermiştir. Türkiye’de sağlık harcamaları büyük oranda kamu kaynakları ile finanse edilmektedir. Mevcut durumda genç nüfusun oranı yaşlılara göre daha fazladır. Bu durum genç nüfusun sağlık ihtiyacının yaşlı nüfusa oranla görece olarak



az olmasına neden olmaktadır. Ancak, mevcut nüfus giderek yaşlanacağı ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyacının artış göstereceği düşünüldüğünde artan sağlık ihtiyacını karşılayabilmek için Türkiye’de tedavi hizmeti alabilmenin altyapısının geliştirilmesi gerekmektedir. Bu hizmetlerin finansmanının ise kamu kaynakları ile sağlanması oldukça önemlidir.

### 3.2. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

21. yüzyılda majör sağlık sorunlarından biri kronik hastalıkların yönetimine etkin çözümler bulmaktır. Kronik hastalıklar Dünyada en önemli sağlık sorunlarından ve ülkemizde gerçekleşen ölümlerde önemli bir yer teşkil etmektedir. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı, 2017-2025)’na göre (Sağlık Bakanlığı, 2017); bulaşıcı olmayan hastalıklar gelişme düzeyi fark etmeksizin tüm ülkeler için sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği için bir tehdit unsurudur. Dünyada pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de 30-70 yaş arasında gerçekleşen ölümlerin %87’sinin nedeni bulaşıcı olmayan hastalıklar olup, bu hastalıklar nedeniyle her beş yetişkinden biri erken ölmektedir. Bu ölümlere neden olan başlıca alışkanlıklar Türk toplumunun tuz tüketim düzeyinin Dünya Sağlık Örgütü ve Gıda ve Tarım Örgütü’nün önerdiği düzeyin üç katı olması ve buna bağlı olarak toplumun yaklaşık dörtte birinin hipertansiyon hastası olması, toplumdaki sigara kullanma oranının yaygınlığı ve her 3 yetişkinden yaklaşık 1’inin (%29) obez olmasıdır. Türkiye’de ölüm nedenlerine ilişkin yüzdesel dağılım Grafik 9’da sunulmuştur.



**Grafik 9. Ölüm Nedenleri**

**Kaynak: TÜİK, (2019).**

Türkiye’de tüm ölümlerin %37’si kalp krizi ve felç gibi kalp damar hastalıklarından kaynaklanırken, %18-19’u kanser, %12’si akciğer ve solunum sistemi hastalıklarından, yaklaşık %5’i sinir sistemi ve duyu organı hastalıklarından, %4,5-5’i diyabet ve yaklaşık %4’ü dışsal yaralanmalardan kaynaklanmaktadır.

Kronik hastalıklar ne kadar süreceği belli olmayan sürekli devam eden iyileşmesi mümkün olmayan bir problemdir (Akpınar ve Ceran, 2019). Kronik hastalıklar direkt ve devamlı tedavi gerektiren rahatsızlıklar olduğundan sürekli doktor gözetiminde olmayı, hastaya ait değerlerin sürekli gözlenmesini ve anında müdahale edilmesini gerektirmektedir. Bu tür tedavi ve sağlık yaklaşımlarının ev ortamında yürütülmesi olanaklıdır. Kronik hastalığı olan bireylerin ihtiyacı olan sağlık hizmeti genellikle uzun süreli bakımı gerektirdiğinden, bu hizmetlerin hastanelerde karşılanması sağlık sistemini ve bireyleri zorlayan sonuçlara neden olmaktadır (Çoban ve

Esatoğlu, 2004). Bununla birlikte kronik hastalıkların ne kadar süreceği belli olmayan, sürekli devam eden, iyileşmesi mümkün olmayan bir problem olması sağlık bütçelerinin daralmasına neden olmaktadır. Bu nedenle kronik hastalıkların tedavisi için evde sağlık hizmetlerinden yararlanılmasının yaygınlaştırılması bir çözüm olarak görülebilir.

### 3.3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye’de sunulan sağlık hizmetlerinin en büyük finansman kaynağını devlet bütçesi oluşturmaktadır. Tablo 5’te belirtildiği gibi devlet tarafından finanse edilen sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamasına oranı 2020 yılında %79,2, özel sektör sağlık harcamasının ise %20,8’dir (TÜİK, 2021b). Sağlık harcamalarının finansmanında işveren, işçi ve devletin katkılarıyla finanse edilen Sosyal Güvenlik Kurumu en büyük payı oluşturmaktadır. Bunun temel sebebi 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”nun kabulü ile tüm nüfusu zorunlu sağlık sigortası kapsamı altına alan genel sağlık sigortası sisteminin geliştirilmiş olmasıdır.

Evde bakım hizmetleri kapsamında Sağlık Bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerini finanse eden kurum Sosyal Güvenlik Kurumu’dur. Sağlık Uygulama Tebliği’ndeki 1 Mart 2011 tarihli değişiklikle, Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak sunulan evde bakım hizmetleri gününbirlik tedavi olarak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmeye başlamıştır. Evde sağlık hizmetlerinin bedelleri hizmet başına ödeme yönteminden yararlanarak Sağlık Uygulama Tebliği eki listeleri olan Ek-2/B ve Ek-2/Ç listeleri esas alınarak faturalandırılabilir (SUT, 2011).

### 3.4. Tele-Tıp Destekli Evde Sağlık Hizmetlerinin Maliyetleri ve Getirileri

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de artan maliyetler ekonomik analizlerin yapılması zorunluluğunu artırmaktadır. Gerek kâr amacı güden özel sağlık kurumları gerek kâr amacı gütmeyen üniversite hastaneleri vermiş oldukları her sağlık hizmetinin bir maliyeti olduğu gerçeğinden hareketle katlanmak zorunda buldukları maliyetleri bilmek durumundadırlar. Bu maliyetlerin bilinmesi kaynakların yönetiminde ve verimliliğin sağlanmasında oldukça önemlidir.

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri için genel nitelikli maliyet analizi çalışmaları çok sınırlı olmasına karşın, diğer ülkelerde yürütülen maliyet analizi çalışmaları evde sağlık hizmetlerinin hem parasal hem de zaman açısından sağlık hizmetlerinin maliyetlerini önemli ölçüde düşürdüğünü ve evde sağlık hizmetinin bu hizmetten yararlananlar için birçok faydası olduğunu göstermektedir (Mas vd., 2022; Shrank vd., 2020; Lan vd., 2012; Evers vd., 2022). Evde sağlık bakımı için teknolojiye dayalı sistemlerin kurulmasının başlangıç aşamasında katlanılması gereken maliyetlerin oldukça yüksek olduğu, ancak uzun dönemde düşünüldüğünde bu tür yatırımlardan elde edilen getirilerin de yüksek olduğu bilinmektedir (Dilbaz vd., 2020). Örneğin tele-tıp sistemi kurmak 1990’lı yıllarda ortalama 300.000 Amerikan dolarına mal olurken, 2000’li yıllarda bu sistemi kurmanın maliyeti ortalama 5.000 Amerikan dolarına kadar düşmüştür (Sağlık Platformu, 2004). Şu an Türkiye’de hali hazırda Sağlık Bakanlığı’nın oluşturduğu bir tele-tıp sistemi bulunmaktadır. 2021 yılında pandemiyi yönetimini sağlamak, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, kontrolü ve yönetimini arttırmak ve benzeri sağlık risklerine karşı gereken tedbirleri almak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü iş birliği ile “Uzaktan Sağlık Hizmet Sunumu (Teletıp)” projesi çalışmaları başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021:11). 10 Şubat 2022 tarihli Resmî Gazetede yayımlanan “Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile uzaktan sağlık hizmeti verecek kurumlar ve uzaktan sağlık bilgi sistemi hizmeti verecek firmalar Sağlık Bakanlığından gerekli

izinleri aldığı takdirde tele-tıp uygulamasından yararlanabilecektir. Bu Yönetmelik tele-tıp uygulamasının yaygınlaşacağına mesajını vermektedir.

Tele-tıp teknolojilerinden yararlanarak sağlık hizmetlerinin maliyetleri azaltılabilecektir. Nitekim, sağlık hizmetlerinde tele-tıp hizmetlerinin verimliliğinin analizi için yürütülen çalışmaların çoğunda, geleneksel yöntemlere kıyasla tele-tıp hizmetlerinin maliyetlerde %2-73 oranında bir azalma sağladığını göstermektedir (Fechina vd., 2022). Sağlık Bakanlığı, teletıp ile paralel bir şekilde farklı kurumlardan erişim sağlanabilen MR, BT ve Mammografi gibi tetkiklere erişilebilen teleradyoloji sisteminden yararlanarak %32 oranında tasarruf elde ettiğini açıklamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021:66). Hastanede sunulan sağlık bakım hizmeti en pahalı hizmet sunum modeli olduğundan tele-tıp uygulaması ile yapılandırılmış evde sağlık hizmeti uygulamaları maliyet etkinliği sağlamasının yanı sıra hastane başvurularının, hastanede bulunan gün sayısının ve acil servilere başvuru sayılarının azalmasını, hastaneye transfer ve tıbbi bakım masraflarının azalmasını sağlayabilecek ve bakıma erişimi kolaylaştıracaktır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011:32; Ersoy vd.,2015:197-198, Gökçe Kutsal ve Aslan, 2021). Özellikle coğrafi açıdan uzak ve ulaşımın zor olduğu bölgelerdeki insanlara da erişimi kolaylaştırması yönüyle hem maliyet hem de hizmet kalitesinin artırılmasını sağlayabilmektedir (Korkmaz ve Hoşman, 2018: 254).

#### 4. SONUÇ

Sağlık ekonomisi perspektifinden, tele-tıp destekli evde sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutuna, finansman yöntemine ve maliyetlerine ilişkin bir incelemenin yürütüldüğü bu çalışmada öncelikle nüfusun yaşlanması, artan sağlık harcamaları ve kaynakların kıt olması gibi küresel sorunlara ilişkin bir profil çizilmiş ve artan sağlık hizmetleri ihtiyacının evde sağlık hizmetlerine olan talebi artırdığına ilişkin başlıca faktörler açıklanmıştır. Türkiye'nin nüfusunun artış hızının düşmesi ve paralelinde yaşam beklentisinin artışına bağlı olarak yaşlı nüfusun artış göstereceği beklentisi, kronik hastalıklardaki artış vb. nedenlerin sağlık harcamaları için ayrılan bütçe daraltan unsurlar olduğu söylenebilir. Bu çerçevede alternatif bir hizmet sunum şekli olarak evde sağlık hizmetlerinin özellikle tele-tıp destekli evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların kullanımında etkinlik sağlayacak uygulamalardan biri olarak değerlendirilebilir.

Türkiye'de özellikle 10 Şubat 2022 tarihli Resmî Gazetede yayımlanan "Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik" Sağlık Bakanlığı tarafından tele-tıp destekli evde sağlık hizmetlerinin önemsendiğini ve giderek ağırlık kazanacağını göstermektedir. Pandemi koşullarının sağlık hizmetlerinin sunumunda bu tür bir yönelimi artırdığı göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle hastanede sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksekliği de eklendiğinde tele-tıp destekli evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin düşmesini, sağlayan bir çözüm olarak görülebilir. Sağlık Bakanlığı'nın MR, BT ve Mammografi gibi tetkiklere erişim sağlanması olanağı sunan teleradyoloji sisteminden yararlanarak %32 oranında tasarruf elde edildiği yönündeki verileri de teknoloji destekli uygulamalar sonucu elde edilen kazanımları göstermektedir. Tele-tıp gibi teknolojiden beslenen projeler kurulum aşamasında yüksek maliyetlere neden olabilmekte birlikte tele-tıp destekli evde sağlık hizmetleri gibi sağlık hizmeti sunum modelleri hastanede sunulan sağlık bakım hizmetine göre daha düşük maliyetlerle hizmet sunumu olanağı sağlamaktadır. Uzun dönemli bakım içerisinde değerlendirilen evde sağlık hizmetleri için OECD ülkelerinin GSYİH'den ortalama olarak ayırdıkları pay %1,5 dolayındayken, Türkiye'de bu oran %0,2'dir.

Cari sağlık harcamaları içerisinde birinci basamak sağlık hizmetleri açısından evde tedavi edici bakıma yönelik değerlendirme yapıldığında ise birçok OECD ülkesinde evde tedavi edici

bakım için ayrılan pay 0 ya da 0'a yakın değerler alırken, OECD ülkelerinin ortalaması açısından bu oranın yüzde 0,4 olduğu görülmektedir.

Evde sağlık hizmetlerinin, hastanelere başvuru sıklığını ve hastanede kalış süresini azaltması, acil servislere başvuru oranlarını düşürmesi gibi maliyet düşürücü yönleri olduğundan genel sağlık harcamalarının maliyet baskısını azaltmak ve bireyleri sağlık harcamalarının yükünden korumak için önemli kazanımlar elde edilmesini sağlayan evde sağlık hizmetleri büyük oranda devlet tarafından finanse edilmekte olup, alternatif bir hizmet sunum şekli olarak finansman olanaklarının da artırılması gerekmektedir.

Evde sağlık hizmetlerinin maliyetler üzerine olan olumlu etkilerinin yanı sıra hastanın kendi yaşam alanında bakım almasına olanak tanınması gibi hastanın yaşam kalitesini artıran getirileri de olduğu unutulmamalıdır. Bu açıdan, evde sağlık hizmeti sunumunun işleyişine ve uygulamalarına, standartlarına ve kalite yönetimine, insan kaynağı ihtiyacına ve finansmanına yönelik engellerin ortadan kaldırılması için Sağlık Bakanlığı'nın da vurguladığı gibi çok paydaşlı bir yaklaşım sergilenmelidir. Yalnızca Sağlık Bakanlığı'nın çabaları evde sağlık hizmeti uygulamasına yönelik politikaların hayata geçmesi için yeterli değildir. Sağlık ve sosyal alanda politika yapıcı ve uygulayıcı kurumların, sağlık hizmeti sunucularının ve sağlık bilgi sistemlerini koordine eden kurumların eş güdümlü olarak hareket etmesi önem taşımaktadır. Nitekim, 2022 yılında düzenlenen ve devamı yapılacak olan Evde Sağlık ve Evde Sosyal Bakım ile Destek Hizmetleri Politika Çalıştayları evde sağlık hizmetlerinin ve diğer sosyal bakım uygulamalarının geliştirilmesi için ümit verici gelişmelerdir.

Evde sağlık hizmetleri konusunda yapılacak bilimsel çalışmalar için makro düzeyde ve spesifik olarak evde sağlık hizmetlerine ayrılan sağlık harcamalarına ilişkin verilerin temininde güçlükler bulunması kapsamlı bir analiz yapılmasını güçleştirmektedir. Evde sağlık hizmetlerinin harcama ve finansmanına ilişkin verilerin ilgili kuruluşlarca evde bakım hizmetlerine ya da genel sağlık hizmetlerine ait istatistiklerden ayrı olarak yayımlanması bu alanda yapılacak olan çalışmalar için daha sağlıklı değerlendirme ve analiz yapılmasına olanak sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

- AĞCASULU, H. (2021). Sosyal Politika Olarak Evde Sağlık Hizmetleri: Ülke Örnekleri ve Türkiye. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26 (2), 167-183.
- AKPINAR, N. B., & CERAN, M. A. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(2), 140-152.
- ALNİGENİŞ, E. (2009). Evde bakım hizmetlerine bakış. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 57, 1-5.
- ARROW, K.J. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review. Academic Press. 345-375.
- BAL, T. (2016). OECD ülke uygulamaları doğrultusunda uzun dönemli bakım (UDB) hizmetlerinin finansmanı ve Türkiye için öneriler. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 6(1), 159-196.
- BALCI, N., & KOÇATAKAN, P. (2021). Covid-19 Gibi Salgınlarda Evde sağlık Hizmetlerinin Önemi: Kısa Bir Bakış. TJFMPC, 15(1): 186-193.

- BILLUPS, S.J., MOORE, L.R., OLSON, K.L., & MAGID, D.J. (2014). Cost-effectiveness evaluation of a home blood pressure monitoring program. *Am J Manag Care*. 1;20(9): e380-7.
- ÇOBAN, M., & ESATOĞLU, A.E. (2004). Evde sağlık hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 12(2), 109-20.
- DİLBAZ, B., KAPLANOĞLU, M., & KAYA, D. (2020). Teletıp ve Telesağlık: Geçmiş, Bugün ve Gelecek. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 4 (1), 40-56.
- ERSOY, S., YILDIRIM, Y., AYKAR, F. Ş., & FADİLOĞLU, Ç. (2015). Hemşirelikte inovatif alan: evde bakımda telehemşirelik ve telesağlık. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 194-201.
- EVDE Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (2005), Resmî Gazete Tarihi: 10.03.2005 Resmî Gazete Sayısı: 25751, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- EVDE Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ. (2005), Resmî Gazete Tarihi: 13.09.2005, Resmi Sağlık Bakanlığı, <http://www.mevzuat.gov.tr>
- EVDE BAKIM DERNEĞİ. (2010). Ülkemiz için evde bakım modeli oluşturma çalıştay. Çalıştay Sonuç Raporu, Ankara.
- EVERS, E. C., FRITZ, S. A., COLDITZ, G. A., & BURNHAM, J. P. (2022). Perceptions of telemedicine and costs incurred by a visit to a general infectious diseases clinic: A survey. In *Open Forum Infectious Diseases*. Volume 9, Issue 3, ofab661.
- FECHINA, A., DVORYADKINA, E., & BADAIEV, F. (2022). Telemedicine Services Contribution to the Sustainable Social Development. In *International Scientific and Practical Conference Sustainable development of environment after Covid-19. (SDEC 2021)* Atlantis Press. 35-40.
- GERSON, L.W., & HUGHES, O.P. (1976). A Comparative Study Of The Economics Of Home Care. *International Journal of Health Services*, Vol. 6, No. 4 (1976), 543-555.
- GENWORTH FINANCIAL. (2021). Cost of Care Survey, (04.02.2022), <https://www.genworth.com/aging-and-you/finances/cost-of-care.html>.
- GLOBAL HEALTH DATA EXCHANGE. (2022). Tüm Nedenlere Bağlı Ölümler ve DALYs, (Dünya ve OECD, 1990-2019), (09.02.2022), <HTTP://GHDX.HEALTHDATA.ORG/GBD-RESULTS-TOOL>.
- GÖKÇE KUTSAL, Y., & ASLAN, D. (2021). Teletıp Yaşlılık ve Teletıp Uygulamaları, *Türk Geriatri Derneği*, Mayıs 2021, Ankara.
- GÖLBAŞI, Z. (2003). Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 15-22.
- HASGÜL, E. (2016). Evde Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Uzmanlarının İşlevleri ve Rollerini. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (7), 14-21.
- IŞIK, A. H., & GÜLER, İ. (2010). Teletıpta Mobil Uygulama Çalışması ve Mobil İletişim Teknolojilerinin Analizi. *International Journal of Informatics Technologies*, 3(1).

- İBB (2015). Evde Sağlık İle İkinci Baharını Yaşıyor, Sağlık Dairesi Başkanlığı, (31.03.2015). <https://saglik.ibt.istanbul/evde-saglik-ile-ikinci-baharini-yasiyor/>
- JAGARAPU, J., & SAVANİ, R. C. (2021). A brief history of telemedicine and the evolution of teleneonatology. In *Seminars in Perinatology*, 45(5), p. 151416.
- KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2022), Evde Sağlık ve Evde Sosyal Bakım ile Destek Hizmetleri Politika Çalıştayı I. Bölümü Genel Müdürlüğümüz Koordinasyonunda Gerçekleştirildi, <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-87052/>, (27.03.2022).
- KALKINMA BAKANLIĞI (2018). On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) Sosyal Güvenlik Sisteminin Sürdürülebilirliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.
- KORKMAZ, S., & HOŞMAN, İ. (2018). Sağlık Sektöründe Tele-Tıp Uygulamaları: Tele-Tıp Uygulama Boyutlarını İçeren Bir Araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4 (3), 251-263.
- KPMG. (2019). Hastanelerin sonu mu geliyor? Basın Bülteni, (09.02.2022), <https://home.kpmg/tr/tr/home/medya/press-releases/2019/07/hastanelerin-sonu-mu-geliyor.html>.
- KÜÇÜK, Y.S. (2021). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları ve Hastaneler Tarafından Verilen Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Ankara ve Eskişehir İlleri Örneği, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.
- LAN, W., ZHAO, F., LI, Z., ZENG, J., LIU, W., LU, J., & et al. (2012). Validation and cost-effectiveness of a homebased screening system for amblyopia. *Ophthalmology*, 119(6),1265-1271.
- MAS, C. A., CATALÀ, C. E., BOADA, A. B., LLANDRICH, R. C., ELIZALDE, M. M., GARCÍA, J. J. G., ... & SEGUÍ, F. L. (2022). Pediatric Tele-Home Care Compared to Usual Care: Cost-Minimization Analysis. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 5(1), e31628.
- MEMİŞOĞLU, D., & KALKAN, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Yönetişim, İnovasyon ve Türkiye. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21 (2), 645-665.
- MERİH, Y. D., ERTÜRK, N., YEMENİCİ, M., & SATMAN, İ. (2021). Evde Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji Kullanımı. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(3), 76-89.
- MICAH, A. E., COGSWELL, I. E., CUNNINGHAM, B., EZOE, S., HARLE, A. C., MADDISON, E. R., ... & HAILU, A. (2021). Tracking development assistance for health and for COVID-19: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 204 countries and territories, 1990–2050. *The Lancet*, 398(10308), 1317-1343.
- MIDDLETON, E., SANGAR, R., & PATERAKI, M. (2021). What A Difference A Year Makes Profiling the ‘Digital Doctor’ in 2021, (04.02.2022). <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2021-06/Ipsos-Views-Digital%20Doctor-2021.pdf>.

- MOORE, M. (1999). The evolution of telemedicine. *Future generation computer systems*, 15(2), 245-254.
- OECD, Eurostat & World Health Organization (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
- OECD. (2021a). *OECD Historical Population Data and Projections Database*, 2021.
- OECD. (2021b). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OECD Better Life Index (2021c), (14.12.2021), <https://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/health/>.
- OECD Health Statistics (2021); OECD (2020), *Focus on spending on long-term care*, <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-termcare-Brief-November-2020.pdf>.
- ÖZER, Ö., & ŞANTAŞ, F. (2012). Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 96-103.
- ÖZMETE, E., & HUSSEIN, S. (2017). Türkiye’de yaşlı bakım hizmetleri raporu: Avrupa’dan en iyi uygulama örnekleri ve Türkiye için bir model tasarımı. *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı*.
- PLATİN DERGİSİ (2021). Teletıp, sağlıkta yeni bir sayfa açacak, (09.02.2022). <https://www.platinonline.com/dergi/teletip-saglikta-yeni-bir-sayfa-acacak-1076174>.
- PRESTON, J., BROWN, F. W., & HARTLEY, B. (1992). Using telemedicine to improve health care in distant areas. *Psychiatric Services*, 43(1), 25-32.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2010). Sağlık Bakanlığı tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 1 Şubat 2010 tarih ve 3895 sayılı makam oluru. Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2011). *Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı “Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Sunumu”*, Anıl Matbaacılık, 1. Baskı, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2015). *Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020*, Yayın No:960, ISBN 978-975-590-520-4, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2017). *Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı, 2017-2025*, Sağlık Bakanlığı Yayın No. 1056, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2019). 2019-2023 Stratejik Planı, <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan-Web-Katalog.pdf>
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2020). 2020 Yılı Faaliyet Raporu, <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/40174/0/2020-faaliyet-raporupdf.pdf>
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2021). 2021 Yılı Faaliyet Raporu, [https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/42666/0/2021-faaliyet-raporupdf.pdf?\\_tag1=A479EA3416AA5E001B71B4D2F670F3588B41D42C](https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/42666/0/2021-faaliyet-raporupdf.pdf?_tag1=A479EA3416AA5E001B71B4D2F670F3588B41D42C).

- SAĞLIK PLATFORMU. (2004). Teletıp, (01.03.2022), <https://www.saglikplatformu.com/teletip/>.
- SANTERRE, R. E., & NEUN, S. P. (2012). Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies, 5th Edition, South-Western Cengage Learning, USA.
- SARSILMAZ, H., YILDIRIM, Y., & FADİLOĞLU, Ç. (2015). Evde sağlık hemşirelerinde tükenmişlik. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (1), 13-20.
- SAYAN, A. (2004). Günümüzde Evde Bakım. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(3), 91-96.
- SHRANK, W.H., DEPARLE, N.A., GOTTLIEB, S., JAIN, S.H., ORSZAG, P., POWERS, B.W., & WILENSKY, G.R. (2021). Health Costs And Financing: Challenges And Strategies For A New Administration. Health Aff (Millwood).40(2):235-242.
- SOSYAL Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kanun No: 5510, 31/05/2006 tarihli Resmî Gazete, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5510.pdf>.
- SOSYAL Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (2011). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111105-22.htm>.
- SOSYAL Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (2021). <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=17229&mevzuatTur=Tebliğ&mevzuatTertip=5>.
- SUNDEWALL, J., & FORSBERG, B. C. (2020). Understanding health spending for SDG 3, The Lancet, Volume 396, Issue 10252, 650-651.
- TARRICONE, R., & TSOUROS, A.D. (2013). Somut Gerçek Avrupa’da Evde Bakım Hizmetleri, Sağlıklı Kentler Birliği. <https://www.skb.gov.tr/wp-content/uploads/2010/07/EvdeBakim.pdf>
- TATAR, M. (2009). Teorik Çerçevesiyle Sağlık ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme. Sağlık Ekonomisi Dergisi, (1).
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2019). On Birinci Kalkınma Planı 2019-2023, <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/07/OnbirinciKalkinmaPlani.pdf>
- TEKİN, Ç. (2018). Evde hasta bakım hizmetleri alanındaki gelişmeler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 32(2), 115-117.
- TORUN, N. (2016). Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Yapılan Maliyet Etkililik Çalışmalarına Genel Bir Bakış. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2 (2), 12-23.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU [TÜİK]. (2021’a). Doğum İstatistikleri, 2020, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2020-37229>.
- TÜİK (2021b). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020, (13.12.2021). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192>.
- TÜİK (2019). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. (13.12.2021). Raporu, Haziran 2021, İstanbul.



- TÜRKİYE SAĞLIK ENSTİTÜLERİ BAŞKANLIĞI [TÜSEB] (2021). Evde Sağlık Hizmetleri Raporu, Haziran 2021, İstanbul.
- UDSEN, F. W., HEJLESEN, O., & EHLERS, L. H. (2014). A systematic review of the cost and cost-effectiveness of telehealth for patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of telemedicine and telecare*, 20(4), 212-220.
- UZAKTAN Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik, (10.02.2022). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-2.htm>
- VOS, T., LIM, S. S., ABBAFATI, C., ABBAS, K. M., ABBASI, M., ABBASIFARD, M., ... & BHUTTA, Z. A. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222.
- YILMAZ, M., SAMETOĞLU, F., AKMEŞE, G., TAK, A., YAĞBASAN, B., GÖKÇAY, S., ... & ERDEM, S. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3), 125-132.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (2008). *The Solid Facts: Home Care in Europe*, Ed. (Tarricone, R. & Tsouros, A.D.), WHO Regional Office for Europe, (14.12.2021). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328766/9789289042819-eng.pdf>.
- WHO (2020). The top 10 causes of death, (31.01.2022), .
- WORLD BANK (2022), World Development Indicators, (31.01.2022), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.0014.TO.ZS?view=chart>.
- WORLD BANK (2020), Turkey Country Profile, (07.02.2022). <https://data.worldbank.org/country/turkey?view=chart>