

Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri: Mevzuat, Uygulama ve Ulaşılabilirlik

Tolga Daver*

İstanbul Aydın Üniversitesi

tolgadaver@hotmail.com

ORCID: 0000-0003-4524-5469

M. Poyraz Kolluğlu

İstanbul Aydın Üniversitesi

İAÜ Sosyal Hizmet Bölümü

poyrazkolluoglu@aydin.edu.tr

ORCID: 0000-0002-4745-1293

Öz

Bu çalışma kapsamında evde sağlık hizmetlerinin tanımsal çerçevesi açıklanmaya çalışılmıştır. Dünyada ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin doğuşu ve gelişimine dair genel bir çerçeve çizilerek konunun tarihsel ilerleyişine değinilmiştir. Türkiye’de mevzuatlar kapsamında 2005 ve 2015 mevzuatları yorumsal bir özetle ifade edilmek istenmiştir. Uygulama ve bu hizmete ihtiyaç duyan dezavantajlı gruplara atıfla evde sağlık hizmetleri bu çalışma kapsamında ele alınmıştır. Evde sağlık hizmetlerinin Türkiye’deki uygulamaları ve mevzuatlar özelindeki çıkmazları üzerinde durulmuştur. Evde sağlık hizmetlerinin kamu nazarında tercih edilme sebepleri ve sağladığı avantajlar ve benzeri konular da yine çalışmamızın içeriğini oluşturmuştur. Evde bakım hizmeti olarak da ele alınabilen evde sağlık hizmetinin karşılığı olan sağlık ve bakım ibareleri ayırt edilmeden başlıca uygun bir şekilde aynı amaç üzerine kullanılmıştır. Bu araştırma da elde edilen bilgilere göre; 2005 mevzuatının özel sektör merkezli ve dar kapsamlı bir bakım modeli olduğu, 2015 yönetmeliğinde ise genişletilmiş ve kamu tarafından verilen bir evde sağlık hizmeti modeline geçildiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: evde sağlık hizmeti, Türkiye, mevzuat, uygulama, ulaşılabilirlik

Home Healthcare Services in Turkey: Legislation, Implementation and Availability

Abstract

Within the scope of this study, the definitional framework of home health services has been tried to be explained. A general framework has been drawn about the birth and development of health services in the world and in Turkey, and the historical progress of the subject has been mentioned. Within the scope of the legislations in Turkey, 2005 and 2015 legislations were tried to be expressed with an interpretive summary. With reference to the application and the disadvantaged groups who need this service, home health services are discussed within the scope of this study. The practices of home health services in Turkey and the deadlocks in the legislation are emphasized. The reasons for the preference of home health services in the eyes of the public, the advantages it provides and similar issues have also formed the content of our study. The phrases health and care, which is the equivalent of home health care, which can also be considered as home care service, are used for the same purpose in accordance with the title. According to the information obtained in this research; it was concluded that the 2005 legislation was a private sector-centered and narrow-scoped care model, while the 2015 regulation adopted an expanded and publicly-provided home health care model.

Keywords: home health care, Turkey, legislation, enforcement, availability

Giriş

Evde sağlık ve bakım hizmetleri dezavantajlı gruplar için, özellikle de 65 yaş üstü bireyler için refah hizmet anlayışı ile yerine getirilen bir uygulama olarak neo-liberal sağlık politikaları içeriğinde akademik bir tartışma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hizmetin dezavantajlı tüm gereksinim sahibi bireylere de verilen bir hizmet olduğunu söylemek mümkündür. Kamu kurumları tarafından tercih edilme sebepleri birkaç yönü ile ele alınabilir: Finansal planlama açısından kurumsal yükü hafifletme ve dolayısıyla sabit giderlere bir tasarruf sağlanması, hizmetin dezavantajlı gruplara zaman ve ulaşım yükü açısından bir zorluk oluşturmaması, sağlık personeli istihdamının daha verimli kullanılabilmesi gibi nedenler örnek olarak gösterilebilir (Özer ve Şantaş 2012). Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin kanuni çerçeveye oturması 10.03.2005 tarihinde ve 25751 sayılı

Resmi Gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile mümkün olmuştur. Daha evvelki dönemlerde de kalıntı bir refah devleti anlayışı içinde yürütülen bu hizmet 2005 sonrası dönemde ise liberal refah devleti anlayışı içinde gelişim göstermeye başlamıştır (Güzel ve Toprak 2018). Evde sağlık hizmetinin çıkış noktasının modern yoksulluk ve dolayısıyla 1700’lü yılların sanayileşen Avrupa’sı olduğunu söyleyebiliriz. Maliyetler ve zaman yükü gibi birçok etkenin ortaya çıkarttığı bu modern hizmet modeli ülkemizde 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” sonrası kamuda “işletilen” bir hizmet olmaya başlamıştır diyebiliriz (Çayır vd. 2013; Güzel vd. 2018). Türkiye’de özel sektör üzerinden kanuni bir çerçeveye oturmaya başlayan evde sağlık hizmetlerinin toplumsal ekseninde ulaşılır olma koşullarının eksiksiz yerine getirilmesinin sosyal devlet açısından bir yükümlülük olduğu ifade edilebilir.

Peki, evde bakım hizmetinin temel hedef kitlesi hangi gruplardır? Sağlık kuruluşuna ulaşmada güçlük çeken tüm ihtiyaç sahipleri için evde sağlık hizmetlerinden bahsedilebilir (Havens 1999’dan akt. Çayır vd. 2013). Kronik hastalığı bulunan özellikle 65 yaş üstü bireylerin ağırlıklı olarak yararlandığı evde sağlık hizmeti, Türkiye’nin yaşlanan demografik yapısı sonucu daha çok yararlanan bir refah hizmeti haline gelmiştir. Kamu ve özel olarak da istifade edilebilen evde sağlık hizmeti kamudaki hastane yükünü ve hizmet kalitesini olumsuz etkilerden korumak adına da önemli bir işleve sahiptir diye düşünülmektedir. Tetkik, tahlil, rehabilitasyon ve tedavi yelpazesinin dezavantajlı gruplara ev ortamında verilmesi, hizmeti alan bireylerin ulaşım ve diğer olanaksızlıklar karşısında memnun edilebilmesi açısından ele alındığında da bu hizmetin gerekliliğinin tartışmaya açık olmadığı söylenebilir (Bahar ve Parlar 2007’den akt. Çayır vd. 2013).

Yönetmelik ve mevzuat açısından Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin merkezi devlet tarafından ancak 2015 mevzuatı ile ele alınmış olduğu gözlemlenmiştir. Bu mevzuatta evde sağlık hizmetleri 2005 mevzuatından farklı olarak bakım ifadesi yerine sağlık ibaresinin kullanılmasıyla öne çıkmıştır denilebilir. Bu ufak detay kapsayıcı bir gelişme olarak değerlendirilebilir; çünkü, sağlığın sosyal devletin temel dayanaklarından olduğunu ve yükümlülükleri arasında yer aldığını söylersek 2015 düzenlemesi bunu zorunlu bir refah aracı haline getirmiştir diyebiliriz. Ayrıca, kültürel

olarak ise geleneksel aile yapısı ile Türkiye’de, evde sağlık hizmetlerinin aslında bir lüks olmadığını, bakım pratiğinin üyeleri arasında idame ettirilen bir eylem olduğunu düşünerek, bu hizmetin Türkiye’nin kültürel yapısıyla da uyumlu olduğunu söyleyebiliriz.

Bu makalede evde sağlık hizmetlerinin özellikle mevzuat, uygulama aşamaları, ulaşılabilirlik açısından ele alınması hedeflenmiştir. Bunun yanı sıra, bu pratiğin tarihsel gelişiminin de değinilecektir. Bu bağlamda, tarihsel gelişimine de kısaca değinilecek olan evde sağlık hizmetleri hakkında hem pratik ve hem akademik düzlemde farkındalık yaratmak bu makalenin öncelikli amacıdır. Karmaşık mevzuat, uygulama, ulaşılabilirlik açmazlarıyla ortaya çıkan bu sosyal refah hizmetinin haritalandırılması bu çalışmanın sosyal hizmet ve sağlık politikaları literatürüne özgün katkısı olacaktır.

Evde Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Geçmişi

Kurumda; sağlıkla ilişkili hastane, klinik gibi yapılarda hastalara verilen tüm sağlık hizmetlerinin, bu hizmetlere gereksinim duyan tüm dezavantajlı gruplarca ev ortamında alınmasına imkan sağlayan sisteme evde sağlık hizmetleri denilebilir. Tanımsal olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün: Devletler, halkın her türlü sağlık gereksinimleri için kurumsal, işlevsel ve personel istihdamı gibi tüm gereklilikleri yerine getirmelidirler, önemli görülmüştür. Evde sağlık hizmetleri de bu açıdan yerinde ve gereken şekliyle sunulan bir sağlık hizmeti olarak düşünülebilir. Evrensel metinlerden de yola çıkıldığında sağlık hizmetlerinin temel bir ihtiyaç meselesi ve kamu tarafından giderilme ihtiyacı da ortaya çıkacaktır diye anlaşılabilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 34’ten akt. Öksüz 2018). Yaşlılık geri dönüşü olmayan yeti kayıplarının yaşanabildiği, kronik hastalıklar yahut başka nedenlerle yatağa bağlı bir yaşam sürdürmenin kaçınılmaz olabileceği bir dönem olarak tanımlanabilmektedir. Bu yatağa bağımlılık hali, sağlık ve bakım hizmetleri gerekliliğini ortaya çıkaran çok önemli bir unsur olarak değerlendirilmiştir (Çatak vd. 2012). Evde sağlık hizmetlerinden yararlanan kesim 65 yaş üstü kronik ve diğer sebeplerle yatağa bağlı yaşayan bireyler olarak görülmektedir. Fakat, bununla birlikte, evde bakım hizmetleri artan nüfus içindeki özel gereksinim duyan ve tüm yaş gruplarına ait engelli ve kronik hastalar ya da başka sebeplerle yatağa bağlı yaşamak zorunda olan bireyler için de oluşturulmuş fayda merkezli bir uygulamadır diye tanım-

lanabilmektedir (Özer ve Şantaş 2012). Kamu nezdinde ele alındığında da personel ve hastane ortamının getireceği yükleri de azaltacak olması evde sağlık hizmetlerinin çoklu fayda perspektifinde bir hizmet olduğunu düşündürmektedir. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin insan odaklı ve insan fayda merkezinde bir sosyal hizmet anlayışı olarak her dönemde var olduğu gözlemlenmiştir. Evde bakım hizmetlerinin ilk ortaya çıkış noktası olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde ev hemşireliği anlayışı ile 1883 yılı ön plana çıkmaktadır. Bu tarihten 10 yıl kadar sonra, “Henry Street Nursing Settlement” in New York’ta kurulmasıyla toplum sağlığı anlayışına dair temellerin atıldığı söylenebilir. Bir sigorta şirketinin evde bakım hizmetlerinin ödemelerini yapmaya başlaması ve bir hastanede evde bakım birimi kurulmasıyla hastane destekli bir sisteme geçildiği görülmüştür (Cimete 1998’den akt. Tekin 2018). Önceleri hemşirelikle sınırlı olduğu görülen bakım hizmetlerinin sosyal güvence altına alınması ve diğer sağlık profesyonellerinin de evde bakım hizmetine dahil edilmesiyle 1900’lü yılların ortasına kadar gelişim gösteren ve devamlılık sağlayan bir sistem olarak evde bakım hizmetlerinin oluştuğu görülmüştür. Bu gelişimleri takiben Avrupa’da bu süreç gönüllü kuruluşlar eliyle gerçekleşmeye başlamış ve gelişimi devam etmiştir denilebilir (Altuntaş vd. 2010; Tekin 2018).

Bilindiği üzere keşfi 15. Yüzyılın sonlarına denk gelen Amerika kıtasında oluşan devlet yapısı kapital bir anlayışla kısa sürede geniş bir hacme ve ekonomik güce ulaşmıştır. Halen daha kendi içinde, halkını müşteri olarak gördüğünü düşündüren ABD, sigorta ve sağlık hizmetleri anlayışında da dünyadan farklı olarak kendi çizgisini oluşturmuş görünmektedir. Kamu sağlığına dair uygulamaların 1965 yılında başladığı ABD’de kamu sağlığına dair sigorta sisteminin de bu yıl başladığı söylenebilir. Bununla birlikte özel sağlık sigortasına dair adımların modern sağlık sigortası olarak nitelenebilecek şekilde 1929 yılına dayandığı ifade edilmiştir. Özel sağlık sigortası anlayışının 2. Dünya Savaşından sonra artarak devam ettiği de belirtilmesi gereken bir diğer husus olarak dikkat çekmiştir (Belek, 1994, 103’ten akt. Oral, 2002). Daha kapsamlı bir sistem geçişi olarak ise 1965 yılı dikkat çekmektedir. 1965 yılında devlet tarafından “Medicare Act” ile yaşlıların, “Medicaid” ile de yoksulların sosyal sağlık kapsamında görüldüğü bir döneme girilmiştir. 1980’li yıllara kadar genişleyen ve özel sektörün de içine büyüerek dahil olduğu sağlık hizmetlerinin primlerin de arttığı gözlemlenerek vatandaşlar için çoklu seçenekler oluşturduğu görülmüştür (Atak, 1996: 33’ten akt. Oral, 2002). Sosyal sigorta sisteminin

daraldığı ve özel sektör hizmetlerinin merkezde yer aldığını ve bu sağlık hizmetlerini satın alabilecek güçte olanların faydalandığı bir sistem oluşurken, yoksul kesim için devlet varlığının yeterli seviyede olmayışı dikkatlerden kaçmamaktadır (Kılıç, 1995: 30’dan akt. Oral, 2002).

ABD için; basamak hizmet anlayışının işletildiği bir sistemden ziyade, hastaların özgür ve seçme şansı artırılmış olarak konumlandığı bir sistem tesis etmiştir diye düşünülmektedir. ABD, Medicare sistemi ile de tüm bakım ve sağlık hizmetlerini alabilecek bireyleri gruplandırarak toparlayıcı ve kapsayıcı bir sistemi işletiyor olarak görünmektedir (Şakar, 1999: 18’den akt. Oral, 2002). Medicare A ve Medicare B olmak üzere iki kısımdan oluşan sistemde Medicare A için zorunlu hastalık, Medicare B için ise gönüllülük esaslı ek sigortalılık denilebilir (US SSA, 1997: 51’den akt. Oral, 2002). Gerek Medicare A ve gerekse Medicare B yararlanıcılarına bakıldığında ise; her ne kadar kapsayıcı evde bakım hizmetlerinden birçok sağlık gereksinimlerine kadar büyük bir tabloyu ifade etse de çok da refah hizmetine dayalı bir tablodan bahsetmek mümkün görünmemektedir (Öğütoğulları, 2000: 83’ten akt. Oral, 2002).

Bir önceki bölümde yoksul kesimin varsıllara göre dezavantajlı oldukları ifade edilmişti. Bu adaletsiz durumun, finansı federal devletçe sağlanan Medicaid sigorta sistemi ile giderildiği söylenebilir. Belli gelir düzeyi şartları ve sağlık düzeyleri baz alınarak ulaştırılan bu yardımlar, tıbbi bir çerçevede insanlara ulaşmaktadır denilebilir. Yatarak tedaviden evde bakım hizmetlerine, doğum öncesi ve kırsal sağlık hizmetlerine kadar birçok seçeneği kapsadığı görülen bu sistemin 1995 yılındaki veriler dikkate alındığında, hasta başına yıllık ortalama 3300 -3700 \$ arası olarak ifade edilen bir harcama yapıldığı ve toplamda 152 milyar dolarlık bir yardımın söz konusu olduğu ifade edilmiştir. Medicaid sisteminin federal ve eyalet arasında ortak bir program olması nedeniyle federal devletin, eyalet bütçelerine göre giderlerin %50’si ile %78’i arasında yardım yaptığı görülmüştür.

İngiltere açısından bakıldığında da sağlık hizmetlerinin giderilmesi için kurulan NHS oluşumu, halktan toplanan vergilerle finanse edilen ve faydalanıcısı olmak için sadece İngiltere vatandaşı olmanın yeterli görüldüğü örnek bir sistem olarak dikkat çekmiştir (Karauçak, 1990: 179’dan akt. Oral, 2002). Tarihi itibarıyla 19. Yüzyıla ve geleneksel bir temele dayanan bu sistemde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin ABD’nin tersine çok iyi işletildiğinden bahsedilebilir. Sevk zinciri ile

basamaklar arasında yönlendirilen hastalar gerekli tüm imkanları bulabilmektedirler. Devam eden süreçte 1930’lu yıllarda Sağlık Bakanlığının girişimiyle Sovyetler Birliği’nde ve diğer Doğu Avrupa ülkelerinde biçimlenen sağlık hizmetleri modelleri incelenmeye başlanmış ve yeni tasarımlar hazırlanmış ve gelişerek varlığını sürdürmüştür (Aksakoğlu, 1995: 96’dan akt. Oral, 2002).

Türkiye özelinde daha önce de ifade edildiği gibi sağlık hizmetleri, 1930 Hıfzısıhha Kanunu ile dar kapsamda başlamış ve çok küçük dezavantaj durumlarının dikkate alınması ile faaliyete geçmiştir (Tekin 2018). Osmanlı döneminden gezici hekimlik gibi uygulamaların devletin tarihi hafızasında olduğu düşünüldüğünde 2005 gibi neredeyse dün diye ifade edebilecek bir tarihin hayli gecikmiş olduğu düşünülebilir. Savaş yorgunu genç bir cumhuriyet olmanın ve yeniden yapılanma süreçlerinin tabi ki bu tabloda ki etkisi vardır denilebilir. Fakat, geleneksel toplum yapısındaki yardımlaşma alışkanlığı üzerinden dahi gidilse devlet eli ile çok daha önceleri evde sağlık ve diğer birçok sosyal refah hizmetlerinin hayata geçirilebileceği söylenebilir. ABD özelinde bakıldığında daha önce 1883 yılında evde hemşirelik sistemini başlatmış ve sigorta sistemini özel de olsa neredeyse eşzamanlı bir anlayışla yürütmüş bir devlet görmekteyiz. Aksayan ve sosyal devlet anlayışıyla örtüşmeyen sosyal güvence, bakım ve sağlık hizmetleri konuları dahi rehabet payı bırakılmadan nispeten de olsa telafi edilmiş görülmektedir. Kaldı ki NHS sistemi ile kendi vatandaşını kayıtsız şartsız sadece vatandaşı olması yeterliliği ile tam kapsamlı bir yaşlılıktan doğuma, evde bakım hizmetlerinden ayakta tedavilere kadar güvence altına alan bir İngiltere örneği de önümüzde duruyor diyebiliriz. Üstelik ABD’de olduğu gibi pirime değil vergi merkezli genel devlet bütçesine bağlı çözüm odağı ile bu sistem başarıyla yürütülmekte ve dünyaya emsal teşkil edecek bir yapı ortaya koyulmaktadır diye düşünülmektedir. Zaten mevcut sigorta, sağlık ve genel sosyal hizmet çerçevesini yurt dışı örneklerinden devşirerek oluşturan bir Türkiye için taklide dayalı dahi olsa bir sistem kurmak zor olmamalıydı ve 2000’li yıllara kadar beklenilmemeliydi fikri oluşmuştur. Bir de bu tablonun üstüne açmazları olan ve sadece neredeyse kanuni çerçeve ve işleyişe dair planlamanın oluşturduğu mevzuat anlayışı eklenince ulaşılabilir sosyal hizmet ve tabi ki beklenen sosyal devlet anlayışı ortaya çıkamamış denilebilir. Çin’de tek çocuk politikasının öne çıktığı bir yüzyıla şahit olduğumuzu düşünecek olursak: Yaşlanmanın ve aile merkezli bir sosyal refah hizmeti anlayışına duyulan ihtiyacın sonucu

olarak bazı politikaların Çin’de değişmeye başlaması da bir öngörü oluşturmaktadır. Yaşlanmayı ve dezavantajlı olma hallerini değiştiremeyecek olan bir dünya için, insana dair politikalar ve refah düzleminde hizmetler geliştirmek mutlak gerekliliktir diye düşünülmektedir. Sosyal hizmet prensipleri ışığında maksimum fayda ereğinin hedeflenmesi gereken tüm refah hizmetleri, öncelikle hizmetlerin faydalanıcıları olarak odak noktada kendilerini bulan dezavantajlı bireyler ve tümüyle toplum için anlaşılır ve ulaşılır olma mecburiyetindedir diye düşünülmektedir.

1963 yılında maliyet merkezli olarak evden ve ayakta tedaviler için bir sağlık teşkilatının kurulması gerekliliğinin ortaya koyulması ve nihayet ilk defa Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde hayata geçirilen evde bakım hizmetleri önemli dönemeçler olarak ifade edilmiştir. 2004 yılından itibaren ülkemizde evde bakım hizmetinin kurumda tutulamayan, yatağa bağımlı hastaları evde ziyaret etmek suretiyle verildiği bilinmekle beraber Türkiye’de ilk olarak bu uygulamanın Balıkesir Devlet Hastanesinde başladığı görülmüştür. Daha önce de ifade edilerek üzerinde önemle durulan 2005 ve 2015 tarihli mevzuat ve yönetmelikler evde bakım hizmetlerinin ülkemizdeki gelişim sürecinin somut adımları olarak görülmüştür. Net olarak ülkemizdeki evde bakım hizmetlerinin tanımının 25751 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği” ile ortaya konduğu söylenebilir (Altuntaş vd. 2010; Tekin 2018).

Ülkemizde ilk beş yıllık kalkınma planları ile başlayan süreçlerde de evde bakım hizmetlerine atıfla ifadelerin ve planlamaların olduğu görülmüştür. Bu ifadelerde; tedavi, bakım ve sağlık ibarelerinin kullanımı sürecin geldiği nokta ve total anlamda neyi ifade ettiği yönüyle ele alınabileceği söylenebilir. Küreselleşmenin dünya çapında kabul gördüğü 1980’li yıllar da geçtiğimiz yüzyılın insan sağlığı odağında yaşanan değişim ve gelişimlerin önemli bir dönemecidir denilebilir. 1988-92 Yıllarında Türkiye Hükümeti ve UNICEF arasındaki anlaşma bağlamında evde tedavi anlayışının gündeme gelerek kabul görmesi bu bağlamda önemli bir işaret olarak ifade edilmiştir (Çoban vd. 2014).

Türkiye’de Evde Sağlık Mevzuatı

Sosyal devlet ya da sosyal refah devleti anlayışının bir yansıması olarak evde bakım hizmetlerinin bir kanuni dayanaktan hareketle işleyişe

sunulması beklenmektedir diye düşünülmüştür. İlgili 2005 ve 2015 mevzuatlarına bakıldığında da bu dayanak noktasının 2005 tarihli mevzuat için “11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 5/7/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9 uncu maddesinin (c) bendi ve 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesi”, 2015 yönetmeliği için de “7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3’üncü ve 9’uncu maddeleri ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8 inci ve 40’inci maddelerine” dayanılarak hazırlandığı görülmüştür. Evde sağlık hizmetlerinin aile hekimliklerince hastaneler ve bünyelerinde bulunan evde sağlık birimlerince ve taşralarda sunulan evde sağlık hizmetlerinden bahsetmek mümkün görülmüştür.

Sürekliliği sağlanamayan her hizmette mutlaka aksamalar olacağı düşünülmektedir. 24 saat hizmeti öngören mevzuatlarda sürekli olarak bakıma ihtiyaç duyan bireyin yanında olamayacak personel sebebi ile bu hizmette doğacak aksamalar dikkate alınmalıdır diye düşünülmüştür. Evde ve yatağa bağlı olarak yaşamını sürdüren bireyler için evde bakım hizmeti hayati bir önem taşımaktadır. Damar yolu açılmasından pansuman hizmetleri ve gerekli teçhizat kullanımına kadar birçok konuda profesyonel destek önemlidir. Aile bireyleri ile bu hizmetin ortak bir düzlemde gerçekleştirildiğini gördüğümüz 2015 yönetmeliğine atıfla aile bireylerinin de profesyonel yardıma zorlandıkları düşünülebilir. Özel sağlık sektöründe ücret karşılığı hizmet alabilecek düzeyde ekonomik refaha sahip bireyler için durum daha konforlu görülmüştür. Gelir seviyesi bakımından özel sağlık hizmetlerini alamayacak vatandaşlar için de devletin sosyal refah yönünün bu konforu sağlaması beklenmektedir denilebilir. Her yönü ile sağlık sistemine dahil olan evde sağlık hizmetlerinin palyatif bakım hizmetleriyle birlikte yaygın ve yeterli bir düzeyde, evde sağlık hizmeti alacak olan bireylere ulaştırılması beklenmektedir (Schulmerich, Riordan, Davis 1996’dan akt. Altuntaş vd. 2010).

Ele alınmaya çalışılan 2015 yönetmeliğinin amaç, kapsam, dayanak ve tanımlamalarında devlet ve kamu ibareleri öne çıkarılarak 2005 yönetmeliğindeki işlevsellik ve kamunun fayda merkezindeki durumu korunmuş görünmektedir. 2005 mevzuatına değinilerek anlatılmak

istenenler, neredeyse tamamen özel sektör tarafından ve ücretli olarak alınabilecek evde bakım hizmetlerine dair amaç, kapsam, tanım, işleyiş ve kanuni çerçeve ve sorumlulukları ifade etmektedir. Bakım ifadesi kullanılmasına rağmen genel bir evde sağlık hizmetinden de söz etmek mümkündür. 2005 tarihli mevzuat, devletin bir denetleyici rol üstlendiği ve özel teşebbüsler eliyle yürütülen bir evde sağlık hizmeti modeline giriş olarak da görebileceğimiz bir yönetmelik olarak değerlendirilebilir. 2015 mevzuatında ise bu durumun sosyal devlet anlayışına daha çok yaklaştırılmış bir kamu hizmeti ve devlet teşekkülleri ile gerçekleştirilen bir zeminde ele alındığından bahsedilebilir. 2005 Mevzuatı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin denetleyicisi konumunda görülen devlet yapısının 2015 mevzuatı ile birinci ve ikinci hatta üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin uygulayıcısı ve hizmetin baş aktörü olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Köklü bir geçmişe sahip olan evde sağlık hizmetlerinin bakım adı ile anılması 2005 mevzuatının dar kapsamlı bir şekilde ele alındığı fikrini oluşturmuştur. “Sağlık” ifadesi ile 2015 yılında evde sağlık hizmetlerinin ele alınışının, genişletilmiş ve devlet tarafından talebe uygun hale getirilme yolunda ele alınmış bir çalışma olduğu kanaati oluşmuştur. Eleştirel boyutta her iki mevzuatın da eksikleri olduğu söylenebilir. Fakat bu çalışma ile ortaya konulmak istenen özgün değer bakımından ele alınacak olursa, ilk mevzuatla resmileşen evde bakımın ücretli bir sistemde uygulamaya konulması sosyal devlet anlayışı ile tam olarak bağdaşmıyor denilebilir. 2015 mevzuatında ise kamu merkezli bir devlet varlığı ortaya çıkmış görünse de bu sefer de evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin başvurusuna bağlı bir planlamanın ağırlıkta olduğu gözlemlenmiştir

Türkiye’de Evde Sağlık Uygulaması

2005 mevzuatı ekseninde ele alındığında, uygulamaya dair esaslar, evde bakım hizmetleri verebilecek kuruluşlara ilişkin merkez veya birim olarak açılma hakkı tanınmış görünmektedir. Bir tabip sorumluluğunda ve asgari yeterli donanım ve standartlarda müstakil bir yapı olarak bu hizmetlerin verilebileceği gibi, sağlık kuruluşlarının içerisinde kuruluşa bağlı bir birim olarak da evde bakım hizmetlerinin verilebileceğine işaret edilmektedir. Merkez tanımına uygun yapıların, özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişilerce müstakil olarak açılıp işletilebileceği ifade edilirken, birimler in ise, 9/3/2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

hükümlerine göre açılan merkezler, poliklinikler ile özel hastaneler mevzuatı uyarınca ruhsatlandırılan özel hastaneler bünyesinde açılacağı belirtilmiştir. 2015 yönetmeliği kapsamında kamu bünyesine alındığı görülen evde sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında sağlayıcı olarak devlet organları görülmüştür. Evde ve konforlu bir biçimde bakım hizmeti alması hedeflenen dezavantajlı gruplar ve aileleridir diye düşünülmektedir. Meslek profesyonellerinin evde sağlık hizmeti destekleri ile ailedeki kadına yüklenen rollerin de hafifleyeceği beklenebilir. Sosyal politikalar ile ilişkilendirildiğinde de evde sağlık hizmetlerinin aile bireylerinin istihdam ve iş gücüne katılımlarını desteklemesi de beklenmektedir. Sosyal refah devleti güdümünde uygulanması beklenen bu hizmetin en önemli parametresi de yine aile ve ekonomidir diye düşünülmektedir. Evde sağlık hizmetini alacak olan dezavantajlı birey ile tam zamanlı bir vakit geçirmek zorunda kalmayan aile bireyinin sosyal hayata ve iş gücüne katılımı da o oranda artacaktır diye öngörülebilir (Danış 2006’dan akt. Aslan, Uyar ve Güzel 2018).

Özel sektörden kamuya doğru evrilen evde sağlık hizmetlerinin günümüzdeki uygulama şekilleri ihtiyaca ve talebe göre şekillenmektedir. Başvuru esasına dayalı olarak yürütülen evde sağlık hizmetlerinin yerinde hizmet anlayışı için talep ve arz dengesi üzerinde hareket ettiği düşünülmektedir. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin daha çok hastane merkezli bir yürütme modeli olduğundan bahsedilebilir. Cepten karşılanarak özel kuruluşlardan da bu hizmetin alımında yaygınlaşmalar olduğu gözlemlenmiştir (Erdil, 2009’dan akt. Aslan, Uyar ve Güzel 2018). İnisiatifler vatandaşa bırakılarak evde sağlık hizmetlerinin kamu tarafından ve ücretsiz olarak karşılanması beklenen bir tablodur diye düşünülmektedir.

Türkiye’de Evde Sağlığa Ulaşılabilirlik

Her hizmetin en önemli noktalarından birisi de ulaşılabilirliğidir. Hizmet alacak olan birey ve grupların belirlenmesi bu açıdan önemli görülmektedir. Özellikle 65 yaş üstü bireylerin oluşturduğu dezavantajlı gruplar için evde sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyi hayati önem taşımaktadır. Evde sağlık hizmetleri için günümüzdeki ulaşılabilirlik kanalları olarak başvurulara ilişkin bilgi ve düzenlemelere de yer verilen yönetmelikte dikkat çeken en önemli iletişim aracı 444 3 833 numaralı telefon hattı görülmüştür. Başvurular hasta ya da yakınları tarafından direkt ulaşılarak veya iletişim araçları ile yapılabilir denilerek belirtilmiştir. Direkt başvurularda

İlgili form doldurularak veya TSM/AHB’ler aracılığıyla başvurular gerçekleştirilebilmektedir. Hastanelerde ve sağlık kuruluşlarında yapılan müdahaleler sonrası doğabilecek evde sağlık hizmeti ihtiyaçlarında koordinasyon merkezine bildirimini “müdavi hekim yapar”. Koordinasyon merkezi gelen başvuruların ön değerlendirmelerini yaparak şartları göz önünde bulundurur ve planlamayı gerçekleştirir. İlgili birim ya da hastanın kaydının bulunduğu AHB yine koordinasyon merkezince görevlendirilir denilmektedir. AHB tarafından yerinde değerlendirme yapılması, evde sağlık hizmetine kabul edilmeyen hastaların detaylı şekilde bilgilendirilmesi, kabul edilmeyen hastaların yeniden değerlendirme talebinde bulunma hakları gibi süreçler belli bir koordinasyon çerçevesinde gerçekleşmektedir. Aile hekimine ve koordinasyon merkezine kabul edilen veya kabul edilmeyen hastalar bildirilmesi, verilecek hizmetin niteliği, içeriği ve kapsamına dair ihtilafların söz konusu olması halinde, konunun evde sağlık hizmetleri komisyonunun gerekçeli kararına tabi olması ve kararın kesinlik arz etmesi. Yine ilgili maddede hizmetin aksamaması adına uygulanacak tedbirlerin ifade edilmesi, kabul aralığına uymayan hastalar için de talebe bağlı olarak ilgili kurum ya da kuruluşlara yönlendirmelerin yapılacağına dair bilgilere ilgili maddede yer verilmesi önemli detaylar olarak değerlendirilebilir.

Tüm bu prosedürlere rağmen dikkat çekilmek istenen noktalar vardır. Dijitalleşen ve yaygın iletişim ağlarının artarak devam ettiği bir dönemi yaşamaktayız. Evde sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin telefon hatları ile sınırlı kalmaması beklenmektedir. Bununla birlikte dezavantajlı grupların talep oluşturmalarına gerek kalmadan tespit edilmeleri ve ihtiyaç duyulan hizmetin ulaştırılması da beklenen bir gelişme olarak değerlendirilmiştir. Tüm detaylar ve evrak girdileri gibi onay basamaklarından uzak tutulan ve sadece alacağı hizmete odaklanmış yararlanıcılar oluşturulması evde sağlık hizmetlerinden beklenen önemli bir ayrıntıdır diye düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu makalede evde bakım refah hizmetinin 2005 yılındaki kanuni düzenleme ile yasal bir çerçeveye oturduğu ve uygulama kapsamı bakımından genişlediği vurgulanmak istenmiştir. Bu uygulamanın genişlemesinin arkasında yatan sadece kurumsal ve hukuksal düzenlemeler değildir. Ayrıca, Türkiye’deki nüfus yapısındaki demografik dönüşümlerinde bir itici güç olarak mevzuat düzenlemelerine paralel olarak düşünülmesi

gerekir. Bu makalenin önemli bir öngörüsü ise Batılı refah rejimlerindeki gelişmelere bakarak bu hizmetin gelecekte ihtiyaç sahiplerine ulaştırılması için dijital platformlarının ağırlıklı olarak kullanılacağı tespitidir. Başka bir ifadeyle, ileriki dönemlerde denetleme ve kapsayıcı tüm süreç yönetiminin dijital platformlar üzerinden yapılacağı söylenebilir.

Bu makalede ortaya çıkan ikinci en önemli çıkarım ise tüm dezavantajlı gruplara yönelik kolaylaştırıcı eylemlerin, ulaşılabilirliği artırılmış bir bakım hizmeti anlayışı ile kamunun fayda merkezindeki yerini alacağı gerçeğidir. Toplumun tamamını ilgilendiren ya da demografik yaşlanma süreci ile tüm sosyal grupların odağına girecek olan evde bakım hizmetlerinin Türkiye’deki neo-liberal refah rejimi anlayışı içinde gelecekte ağırlıklı olarak kamu-özel sektör iş birliğiyle idame ettirileceği söylenebilir. Ve buna paralel olarak, sosyal devlet anlayışı içinde sigorta sistemine dahil edilmiş bir fon oluşturularak sosyal hizmet çalışmalarının içinde kapsamlı bir yer alacağı bu makalede öne çıkan ikinci bir öngörüdür.

Yaşlanan nüfus bugün Çin’de yıllarca uygulanan tek çocuk politikasının değişmesine sebep olmuş görünmektedir. Bu bağlamda Çin refah rejiminin önümüzdeki yıllarda evde bakım hizmetlerini aileye atfedeceği söylenebilir (Yumurtacı 2020). Türk refah rejiminin de benzeri bir refleks göstereceğini ön görmek mümkün denilebilir. Bu makalede yapılan tespitlerin ve öngörülerin sosyal hizmetler açısından evde bakım uygulamasına karşı nasıl bir pozisyon alınması gerektiğine ilişkin soruya cevap üretmesi için bir zemin hazırlayacağı umut edilmektedir.

Yazar Katkısı:

Tolga Daver: Fikir / tasarım, makale yazımı

M. Poyraz Kolluoğlu : Eleştirel danışmanlık

Kaynaklar

- Altuntaş, M., Yılmaz, T., Güçlü, Y. ve Öngel, K. (2010). Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 20, 153-158.
- Aslan, Ş., Güzel Ş., Uyar, S., (2018), Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD), 1, 45-56.
- Avşar, Ü., Avşar, Ü. Z., Cansever, Z., Çayır, Y. ve Khan, A. S. (2013). Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri. Konuralp Tıp Dergisi, 5 (3), 9-12.
- Çoban, M., Esatoğlu, A. E., İzgi, M. C. (2014). Türkiye’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Mevzuat İçindeki Tarihsel Değişimi. Türkiye Biyoetik Dergisi, 1 (3), 154-176.
- Çayır, Y. (2013). Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri Ve Bakım Verenlerin Beklentileri. Konuralp Medical Journal, 5 (3), 9-12.
- Güzel Çelik, E. ve Toprak, D. (2018). Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, 10 (5), 15-19.
- Oral, İ. (2002). ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2 (2), 61-78.
- Öksüz, H. (2018). Evde Sağlık Hizmetleri ve Hasta Memnuniyeti. Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Özer, Ö. ve Şantaş, F. (2012). Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3 (2), 96-103.
- Tekin, Ç. (2018). Evde Hasta Bakım Hizmetleri Alanındaki Gelişmeler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 32 (2), 115-117.

- Yumurtacı, A. (2020). Çin’de Demografik Değişim Sürecinin Sosyal Güvenlik Sistemine Etkileri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, 12 (22), 103-126.