

DÜNDEN BUGÜNE TÜRKİYE'DE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Eftal YILDIRIM*

Özet: "Evde sağlık hizmetleri" son yıllarda sağlıkta dönüşüm süreciyle önce özel sağlık sektörüne alan açılması sonra da kamusal sağlık hizmeti kapsamına alınmasıyla, kamuoyunda görünür kılınmaya çalışılan bir sağlık hizmeti olmuştur. Türkiye dışında yetmişli yıllardan itibaren kapitalist sağlık sistemi içinde çeşitli aşama ve örgütlenme biçimleri görülen "evde bakım hizmetleri"nin ülkedeki görünümü farklıdır. Yazı içeriğinde Türkiye'deki evde sağlık hizmetlerinin durumu, Cumhuriyet'ten günümüze tarihsel süreç içinde mevcut ekonomik politikaların sağlık alanına aktarımlarıyla birlikte, bu sağlık politikalarının evde sağlık hizmetleriyle ilişkileri irdelenerek, evde sağlık hizmetlerinin durumu mevcut mevzuatla ortaya konulmuştur. Yazıda, özellikle son dönem evde sağlık hizmetlerinin uygulama biçimi Çanakkale Devlet Hastanesi örneği üzerinden açıklanmıştır.

Anahtar sözcükler: evde bakım, evde sağlık hizmetleri, sağlıkta dönüşüm programı, mevzuat

Home Health Care In Turkey From Past To Present

Abstract: In recent years, "home health care" became a health service for which there were efforts to make it visible to public, as a consequence of opening up more space for private health care followed by its inclusion in public health care coverage along with the health transformation programme. The aspects of 'home care services', which have gone through several stages and had various organizational forms within capitalist health care system since the seventies, differ from those in Turkey. In this article, the reflections of economic policies on health care from the foundation of Turkish Republic to present and the relationship between those health policies and home health care were examined and the state of home health care in the country, in terms of current legislation was presented. In the article, current home health care practices were described through the example of Çanakkale State Hospital.

Key words: home care, home health care, health transformation programme, legislation

Giriş

Kronik hastalıkların komplikasyonlarını önlemek, hastalık ve sakatlıkların olumsuz etkilerini en aza indirmek, evdeki bakıma yardım etmek, kronik ve terminal dönemdeki hastaların/kişilerin yaşam kalitesini artırmak amacıyla evde bireylerin muayene, tetkik, tıbbi bakım, hemşirelik bakımı, rehabilitasyon, sosyal ve psikolojik destek hizmetleri gibi geniş bir hizmeti yürüten evde sağlık hizmetleri, yaklaşık 200 yıldan daha fazla bir süredir ülkelerdeki sağlık sistemlerine ve bunlardaki paradigma değişimlerine bağlı olarak, kamu ve özel sektörde farklı biçimlerde hizmet biçimleriyle var olmuştur (Özkan, 2000). Özellikle 1970 sonrasında evde sağlık hizmeti sunumu biçiminde görülen çeşitliliğe karşın, ortak amacın, hastaların tedavi sürecindeki hastanede kalma süresinin kısaltılarak, bakım maliyetinin azaltılması olduğu görülmektedir. Evde sağlık hizmeti sunumunun tarihsel seyrine bakıldığında temel sorun, özellikle kapitalizmin kriz dönemlerinde kendini çok daha

fazla gösteren sağlık harcamalarındaki artışın finansman boyutunda yarattığı daralmadır. Örneğin, ülkelere göre bazı farklılıklar göstermesine karşın, en fazla gündemde olduğu 1970'li yıllarda –ki bu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırıldığı dönemlerdir– evde sağlık hizmetlerinin gerekçeleri arasında; bilgi toplumu içinde yaşamamız ve bilginin hızla değişmesi, nüfusun yaşlanması gibi demografik bir dönüşüm içinde bulunmamız, teknolojinin sürekli gelişmesi ve yeni teknolojilerin hızla üretilmesi, sağlık harcamalarının ve maliyetlerin artması sayılmaktadır (Özkan, 2009).

Bir sağlık hizmeti sunumu olarak değerlendirildiğinde, evde sağlık hizmetlerine ilişkin olarak yapılacak ilk vurgu, özellikle son yirmi yılda önce özel sektörde, daha sonra da kamuda hastanelerin işletmeleştirilmesine paralel olarak, çok fazla gündemde yer aldığı ve tartışmanın boyutlarının büyüğüdür. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulamasında

*Çanakkale Devlet Hastanesi H Tipi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Hekimi

giderek daha fazla görünür hale getirilen bu hizmet sunumunun incelenerek her boyutuyla tartışılması, hiç kuşkusuz bu "program"ın dayandığı temel sağlık paradigmaları çerçevesinde tüm yönleriyle paralel biçimde yürütülmelidir. O nedenle bu yazıda, Türkiye'deki evde sağlık hizmetlerinin durumu, Cumhuriyet'ten günümüze tarihsel süreç içinde mevcut ekonomik politikaların sağlık politikalarıyla, bu sağlık politikalarının evde sağlık hizmetleriyle ilişkileri irdelenerek ele alınacaktır. Tarihsel süreç içinde evde sağlık hizmetlerinin durumu mevcut mevzuatla ortaya koyulacaktır. Yazıda, özellikle son dönem evde sağlık hizmetlerinin uygulama biçimi Çanakkale Devlet Hastanesi örneği üzerinden açıklanacaktır.

Dönemsel olarak Türkiye'de sağlık politikaları ve evde sağlık hizmetleri

Sanayi Devrimi, bir başka deyişle üretimde buhar makinesinin bulunmasıyla manifaktürden yığınsal üretime geçiş, on sekizinci yüzyılın ikinci yarısında kendini göstermiştir. Buhar enerjisinin mekanik enerjiye çevrilmesiyle bir yandan fabrikalarda çok sayıda tezgâhın çalışması mümkün olmuş, yığınsal üretime geçilebilmiştir. İlk uygulama kendini dokuma tezgâhlarında göstermiştir. Batı Avrupa ülkelerinden özellikle İngiltere, Hollanda, Belçika ve Fransa kolonilerden sağladıkları büyük değerleri sanayileşme alanına dökmeye başlamışlardır. On dokuzuncu yüzyılın sonuna gelindiğinde, kapitalist ülkelerin hükümetleri kendi sermaye sınıflarının sözcüsü olma durumuna gelmişlerdir (**Çavdar, 2001**).

Osmanlı İmparatorluğu birinci emperyalist savaşa girdiği günlerde bir yarı sömürgeydi. On dokuzuncu yüzyıl boyunca batılı güçlerin sürekli ekonomik baskıları bu sonucu meydana getirmişti. Başta İngiltere olmak üzere, bütün kapitalist güçler, önceleri borçlandırma ile başlayan bir ekonomik mücadeleyi gerçekleştirmiş, yüzyılın sonunda İmparatorluğu bağımlı, her türlü sömürüye açık bir toplum haline dönüştürmüşlerdi. Osmanlı ileri gelenleri, askeri yenilgilerin başlamasından sonra batının üstünlük nedenlerini araştırmaya başlamışlardı. Fakat hemen hemen kimse, batı ülkelerindeki kurumlarla Osmanlı kurumları arasındaki farklılıkların temel nedenleri üzerinde durmamış, iki toplumun üretim biçimleri ve ilişkileri arasındaki ayrılıkların neler olduğu incelenmemiştir (**Çavdar, 2000**).

Osmanlı devleti kendinden önce gelen ve karşılaştığı, kaynaştığı toplumlardan etkilenmiştir. Su ve temizlik, beslenme, hava koşulları ve sağlık üzerine edinilen deneyimler toplum örgütlenmesine, yaşam

tarzına belirli kazanımlar sağlamıştır. Evlerde veya yakınında yıkanma yeri ve tuvalet bulunması, temiz su temini, açılan hamamlarda yoksul halkın parasız yıkanmasının sağlanması, muhtaçlara aş ocakları örnek olarak verilebilir. Ancak sağlık hizmetleri örgütlü olmadığından, uygulamada evde sağlık hizmetine ilişkin uygulamalar bulunmamaktadır (**Sol Meclis Sağlık Komisyonu, 2002**).

1908-1922 dönemi, esas olarak, Osmanlı İmparatorluğu'nun bir dizi savaş, ihtilâl, darbe ve ayaklanma sonunda tarihe karıştığı yıllar olarak bütünlük taşır. Ancak bu yıllara iktisadi bir perspektifle bakacak olursak, dönemi, "eksik kalmış bir burjuva demokratik devrimi" veya "ulusal bir kapitalizm doğrultusunda atılan ilk ve çekingen adımlar" ifadeleriyle nitelendirmek uygun olacaktır. Bu dönemde dönüşümü hızlandıran ana nesnel etken ise doğrudan doğruya savaş koşulları olmuştur. Coğrafi unsurları arasındaki ekonomik bağları pek zayıf olan bir yarı sömürge toplumu, nesnel zorlamalar sonunda ulusal bir ekonomiye dönüşmeye başlamış ve kıtlık koşullarından doğan vurgun ve karaborsa olguları, bir ilkel birikimi sağlayan ana mekanizmaları oluşturmuştur. Dönemin nesnel ve öznel koşulları, Türkiye'de ulusal nitelikte bir kapitalizmin filizlenmesi için de bazı olumlu etkenler içermiştir (**Boratav, 2015**).

Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 3 Mayıs 1920'de kurulmuştur. Başlangıç döneminde Bakanlık gündemini savaş ve kurumsal yapılanma oluşturmuştur. Cumhuriyet'in ilanından önce 1921 yılında ilk Anayasa (Kanuni Esasi) kabul edilmiş, 1923'de idare şekli olarak Cumhuriyet'in kabulünden sonra hazırlanan 1924 Anayasa'sı Meclis tarafından kabul edilmiştir. Her iki Anayasa'da da sağlıkla ilgili özel bir düzenleme olmamakla birlikte, sağlık ve sosyal yardımın devletin asli görevi olduğu kabul edilmiştir. Bakanlığın 1925 yılında hazırladığı ilk çalışma programında, Devletin sağlık örgütünü genişletmek; hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek; Numune Hastaneleri ile doğum ve çocuk bakım evleri açmak; sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek; sağlıkla ilgili kanunları yapmak; sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek; Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Hıfzısıhha Okulu kurmak yer almıştır (**Aytekin, 2013**). Bakanlık, savaş yıllarında sağlık hizmetlerinden çok göçmenler, öksüz yurtları ve halka eşya ve para yardımıyla ilgilenmiştir. Merkezi sağlık örgütü, kuruluşunda Hıfzısıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak kalemlerinden oluşmaktadır. Yeni Bakanlıkça hazırlanan ilk bütçe tasarısında merkez

örgütünün kurulması esas olarak öngörülürken, yerel yönetimlere bağlı hastaneler ve memleket tabipliklerinin (yeni dönemde Hükümet Tabipliği) yapısı aynen korunmuştur. Hükümet tabibinin görevlerini genel olarak koruyucu, tedavi edici, adli hekimlik ve yöneticilik başlıklarında toplamak mümkündür. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerini yürütmek amacıyla çıkarılan üç önemli Kanun; 1928'de çıkan Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, 1930'da çıkan ve bakanlığın ana Kanunu olan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile 1936 yılında çıkan 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memur Kanunu'dur (**Sol Meclis Sağlık Komisyonu, 2002**). Bu Kanunlar incelendiğinde, evde bakım ya da evde sağlık hizmetleri kapsamında bir uygulama olmadığı görülmektedir. Bunun yanı sıra Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) Tatbikatına Dair 19 Temmuz 1931 tarihli 1852 sayılı 21 No'lu Tamim'de ilk defa "ev ziyareti" kavramından resmi olarak söz edilmektedir. Ev ziyareti, çocukların evlerinde hemşireler tarafından büyüme ve gelişiminin takibi ve genel sağlık açısından izlemlerinin yapılmasını içermektedir. Ayrıca dispanserlere kayıtlı çocukların tedavilerinin evlerinde yapılmasını takip etmek, uygulamak ve destek olmak şeklinde de bir düzenleme bulunmaktadır. Cumhuriyet döneminin koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik olarak çıkarılmış ve hâlâ yürürlükte olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile bulaşıcı hastalıklar nedeniyle evlerinde tecrit altına alınan hastaların ve ailelerinin beslenme giderlerini karşılama ödevi devlete verilmiştir. Başlatılan bu uygulama kapsamında sunulan hizmetler, günümüzde evde bakım uygulamaları gerçekleştiren birçok belediyenin evde bakım uygulamalarının başlangıç gerekçesini oluşturduğu düşünülmektedir (**Çoban, 2014**).

Üç büyük savaştan çıkmış, yoksul, yorgun Türkiye Cumhuriyeti pek çok sorun yanında bulaşıcı hastalıklarla da uğraşmıştır. Yaklaşık on beş yıl Bakanlık yapmış olan Dr. Refik Saydam bu doğrultuda önemli hizmetler gerçekleştirmiştir. Bulaşıcı hastalık mücadelesini güçlendirmek üzere, 1928'de aşı üretimi ve laboratuvar tanı olanakları için Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve daha sonra bulaşıcı hastalıklar konusunda araştırma yapmak, personel eğitimini gerçekleştirmek için de Hıfzıssıhha Okulu açılmıştır. Akılcı bir yöntemle, ülkenin en önemli bulaşıcı hastalıklarıyla mücadele için merkezden çevreye doğru hizmet verecek olan dikey örgütlenme şekline geçilmiştir. Sağlık Bakanlığında bir "Sosyal Hastalıklar ile Savaş Şubesi" kurulmuş ve tifüs, frengi, sıtma, verem, kancalı kurt gibi hastalıkların her birinin mücadelesi merkez ve taşrada bu özel

hizmet örgütleri kanalıyla yürütülmüştür (**Dedeoğlu, 2008**).

Türkiye'de evde muayene kavramı, ilk defa 1934 yılında yayınlanan Zührevi Hastalıklar ve Fuhuşla Mücadele Nizamnamesi'nin 14. Maddesine Tevfikan Yapılmış Olan Talimatname'de yer almıştır. Ancak bu durum "muayeneye gelemeyecek derecede hasta olduğu haber verilen umumi kadınlar" için geçerlidir. Söz konusu düzenlemenin bulaşıcı hastalıkların yaygın olduğu bu dönemde Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun ruhunda yer alan koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin başka mevzuata yansımalarının bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Böylece antibiyotiklerin üretilmediği bu dönemde, cinsel yolla bulaşan hastalıkların en hızlı şekilde kontrol altına alınması hedeflenmiştir. Bulaşıcı hastalıklara yönelik evde sağlık ve bakım uygulamaları ile ilgili bu mevzuatı hizmet içeriği genişletilmiş olarak Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname izlemiş ve söz konusu talimatname ile evde muayene, köylerde yaşayan herkesi kapsayacak şekilde genişletilerek hizmetin yaygınlaşması sağlanmış, evde tedavi ilk defa hizmet kapsamına alınmıştır. Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname kapsamında sunulacak evde tedavi hizmetlerinin köyleri kapsamı, aslında o dönemdeki köy - şehir nüfus dağılımı ve nüfusun %76'sının köylerde yaşadığı dikkate alındığında hizmetin ülkenin tüm nüfusunun büyük bir kısmını kapsadığı görülmektedir. Seyyar hekimler tarafından evde sunulacak muayene ve tedavi hizmetleri ücretsizdir ve gelir durumuna bakılmaksızın kimseden para alınmayacağı belirtilmektedir (**Çoban, 2014**).

İlk sağlık merkezi 1937 yılında Ankara Etimesgut'ta açılmıştır. Bu merkez, o zamana kadar uygulanmamış bir çalışma biçimiyle gerçekten örnek bir kuruluş olarak Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'na esin kaynağı olmuştur. Bu yasayla birlikte uygulama alanına giren illerde sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür. Bu merkezler, ilçenin büyüklüğüne bağlı olarak, 5-25 yataklı ve 40'a kadar köyün bağlanacağı, hem ayaktan hem yatarak tedavi hizmetlerinin sağlanacağı, bunun yanı sıra koruyucu hizmetlerin de sunulacağı hizmet birimleri olarak kurulmuşlardır. 1946 ve 1947 yıllarında sağlık planlamaları yapılırken bunlara da önem verilmiş ancak tam olarak çalışmaları, istenilen düzeye çıkarılamamıştır. Buralar giderek tek hekimin çalıştığı, yataklı hizmetlerin beklendiği ölçüde sağlanamadığı yerlere dönüşmüştür (**Aytekin, 2013**).

İkinci emperyalist paylaşım savaşı sonrası yıllar kapitalizmin tarihinde, beklenmedik bir genişlemenin

gözlendiği ve bugün de hâlen çok önemli tartışma alanlarından birisini oluşturan Refah Devleti ya da Sosyal Refah Devleti biçiminde bir konjonktüre karşılık gelir. Sosyal Refah Devleti, kapitalizmin, ekonomik genişleme ve toplumsal stabilizasyon ile tanımlı özel bir dönemi/biçimidir. Tam istihdam sağlamanın hedeflenmesi; kapsamlı sosyal güvenlik sistemlerinin örgütlenmesi; yaygın eğitim; ekonomiye yoğun devlet müdahalesi sosyal devletin temel bazı özellikleridir (**Belek, 1994**).

Yirminci yüzyılda reel sosyalizmin yaşandığı ülkelerde, yaşandığı sürece sosyal hizmetlerin tümünde olduğu gibi, sağlık hizmetleri de toplumsal kaynaklardan finanse edilip toplumsal hedeflerle sunuldu. Sağlık hizmeti, kapitalizmin hüküm sürdüğü ülkelerin bir bölümünde ise ancak, 2. emperyalist paylaşım savaşının ardından reformizmin içeriğinin önemli bir parçası olarak sosyal devlet uygulamaları kapsamında kamusal olarak finanse edilmeye ve sunulmaya başlandı. Bunlardan bir bölümü doğrudan genel bütçeden finanse edilirken, bir bölümü de genel bütçe destekli kamu sağlık sigorta sistemi modelleri olarak uygulandı. Bu ülkelerde kapitalizmin içinde bulunduğu evreden kaynaklanan gereksinimleri ve reel sosyalizm ile rekabetin de etkisiyle kamu, hem hükümet hem de yerel yönetimler olarak, ilaç ve tıbbi cihaz üretimi dışında, sağlık alanında aktif ve kapsamlı olarak yer aldı. Sağlık hizmetleri toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği bir alan haline geldi. Temelde bu uygulamaların etkisiyle sağlık hizmeti, zaman içinde yurttaşlar tarafından kullanılan ve aranan bir hizmet alanına dönüştü (**Hamzaoğlu, 2013**).

İkinci emperyalist paylaşım savaşından sonra, toplumun hızla artan sağlık hizmeti istemini karşılamak amacıyla, 1946 yılında Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz, sağlık merkezlerine dayalı bir hizmet planı hazırlamıştı. Günümüz sağlık örgütlenmesinin temel ilkelerinin çoğunu kapsayan bu plan, o güne kadar daha çok kentli ve kasabalıların yararlandığı sağlık hizmetlerinin ilk kez kırsal kesime de götürülmesini amaçlıyordu (**Dirican, 1994**).

Savaşın hemen ardından Bakanlıkça hazırlanan plan, 9. Milli Tıp Kongresi'nde dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından açıklanmıştır. Bu, Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'na göre, yurdun coğrafi, ekonomik durumu, ulaştırma araçları ve nüfusun dağılımı göz önüne alınarak; yedi ana bölgeye birer "Sıhhi Merkez", 40 köylük gruplar için de birer "Sağlık Merkezi" kurulacaktır. 10'ar yatağı bulunacak sağlık

merkezlerinde hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmeti verilecektir. Plan, entegre ve nüfusa göre hizmeti getirmektedir ancak basamaklı hizmeti öngörmemektedir. Birinci On Yıllık Sağlık Planı'na benzer bir program, 1955'te "Milli Sağlık Programı" olarak yayımlanmıştır. Programın gerçekleştirilmesinde devlet bütçesine fazla bir "yük" oluşturmamak için de program içinde bir sağlık sigortası düşünülmüştür. Bu planlar kısmi olarak hayata geçirilebilmiş ve durum, her ilçeye bir sağlık merkezi kurulması şekline dönüşmüştür (**Sol Meclis Sağlık Komisyonu, 2002**).

1940-45 yılları arasındaki savaş döneminde devlet hastaneleri, doğum evleri, göğüs hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kemik hastaneleri, lepra hastanesi, trahom hastaneleri, kuduz hastaneleri açılmıştır. 1950 yılından sonra yönetime gelen siyasi iktidar ve onun eskiye göre daha pragmatik davranışları devlet politikasını bir ölçüde değiştirmiş ve kırsal alanda yaşayanları şehirlere çekme politikası uygulamaya başlamıştır. Ellili yıllara kadar büyük ağırlıklı olarak "hastanecilik" Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda yürütülürken, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun (SSK) hastane açarak tedavi hizmetlerine girmesi ve bunu sadece kendi sigortalılarının yararlanabileceği bir model olarak uygulaması yeni bir sayfa açmıştır (**Aytekin, 2013**).

SSK'nın yapılanması 1945'ten 70'lere uzanan bir süreçtir. 1945'te İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. 1965'te bu sigortalar birleştirilerek SSK adını almıştır. SSK, Avrupa'daki sigorta sistemlerinden farklı olarak yalnızca finansör değil, aynı zamanda hizmet sunan bir kurum olmuştur. Ancak verilen hizmet tedavi edici sağlık hizmetleri olup, koruyucu hizmetler iş yeri hekimlerine bırakılmıştır. Bu dönemde tedavi edici hizmetleri önceleyen yapılanmalar çerçevesinde sağlık hizmetleri sunulmaya çalışıldığından, birinci basamağa yönelik bir anlayış gelişmemiştir (**Sol Meclis Sağlık Komisyonu, 2002**). Paralel olarak, evde sağlık hizmetlerine ilişkin uygulamalar da görülmemektedir.

1950'li yıllarda sosyalist ülkelerde "devletçi" sağlık hizmeti sektörü kurulur ve yaygınlaşırken, kapitalist ülkelerde de sosyal güvenlik sistemleri kuruluyor ve yaygınlaşıyordu. 27 Mayıs hükümet darbesi böyle bir ortamda gerçekleşti ve politik söylemini bir yana bırakırsak, "halkına bir şeyler vermek, onun için faydalı işler yapmak isteyen" aydınlarla bir fırsat vermiş oldu. Halk sağlığı alanının büyük ismi Prof. Dr. Nusret Fişek de sosyalleştirme yasasını ha-

zırlayıp kabineye sunarak bu fırsatı olabildiğince değerlendiren aydınlardan birisi oldu (**Fidaner, 1994**). Ülke yönetimini alan Milli Birlik Komitesi, bir yandan çağdaş bir Anayasa'nın hazırlıklarını yaparken, diğer yandan çeşitli kamu hizmetlerinin daha etkin bir duruma gelmesi için yoğun çabalar harcamıştır. Sağlık sorunlarının tümünü alacak ve harcamaların tümü genel bütçeden karşılanacak olan "en iyi" planı benimsemiş ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında 224 Sayılı Yasa buna göre hazırlanmıştır (**Dirican, 1994**). Kabul edilen yeni Anayasa'nın sosyal güvenlik ve sağlık hakkı ile ilgili iki maddesinden ilki, "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için Sosyal Sigortalar ve Sosyal Yardım teşkilatı kurmak ve kurdukmak devletin ödevlerindedir." (madde 48), ikincisi ise "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır." (madde 49) biçimindedir (**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi, Hakkında Kanun, 1961**).

"Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında Kanun" Milli Birlik Komitesi tarafından, görev süresinin son günü olan 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiş ve 12 Ocak 1961 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, sosyal devlet anlayışıyla uyumlu bir bütünün parçasıdır (**On soruda 224, 2001**). Yasa'nın Genel Hükümler bölümünde, Kanun'un gayesi; Madde 1: İnsan Hakları Evrensel Beyanname'sinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak amacıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilecektir (**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961**) biçiminde belirtilmiştir. Yasa, birinci basamak tedavi hizmetlerini köyle-re kadar yayarak tüm halkın sağlık hizmetinden yararlandırılmasını, koruyucu ve sağaltıcı sağlık hizmetlerinin birlikte yürütülmesini -dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı-, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimini ve kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışmasını öngörmektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hedefiyle oluşturulan ve birinci basamağa yönelik bütüncül ve koruyucu sağlık anlayışını temel alan sağlık politikaları sürecinde, evde sağlık hizmetleri, sağlık evleri ve sağlık ocağı çalışmaları içinde ebe ve hemşireler tarafından yürütülmüştür (**Sol Meclis Sağlık Komisyonu, 2002**).

1970'li yıllarda ortaya çıkan Fordizmin krizi ile birlikte sermaye, ortaya çıkan fazla birikim krizinin etkilerini bertaraf etmek için yeni bir sermaye birikim rejimine geçiş için adım atarken bu çerçevede yeni emek rejimleri hayata geçirilmeye başlanıyordu. Bütün bu sürecin ana noktasını ise Fordist dönemin istikrarlı emek sermaye ilişkisi yerine niteliksizleştirilen, ücretleri düşürülen güvencesiz bir işgücü kitlesinin bulunması veya yaratılması oluşturuyordu (**Topak, 2009**). Yetmişli yılların ikinci yarısından itibaren kapitalizmin yapısal krizinin çözümüne yönelik olarak, toplumsal yaşantının bütün alanları güncellenirken yapılandırılırken, sağlık alanında da benzer gelişmeler yaşandı. Küresel sermaye ve uluslararası örgütleri, sağlık hizmetlerine talebin boyutunu, genişleme potansiyelini ve kısırtılabilirliğini fark ederek, sağlık alanının yeni bir birikim (artı değer elde etme) alanı olabileceğini belirledi. Sağlık alanının birikim alanı haline getirilebilmesi için bu alanın sermayenin yatırım yapabileceği ve artı değer maksimizasyonunun sağlanabileceği biçimde düzenlenmesi için gerekli olan hem yapısal hem de fonksiyonel girişimlerde bulunuldu. Yeniden yapılandırma kapsamında ikinci olarak da Reformizm (sosyal devlet uygulamaları) döneminde biçimlenmiş olanın aksine, sağlık hizmeti sunumunun toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği (üretim ilişkileri korunarak, toplumsal kaynakların dağılımındaki eşitsizliklerin görelilik olarak azaltılması hedefiyle kamusal-parasız hizmet sunumu vb.) alan olmaktan çıkartılması, dolayısıyla sağlık harcamalarının hizmeti kullananlar tarafından yapılmasının sağlanması için de uygun duruma getirilmesi için gerekenler hayata geçirildi. Kapitalizmin kendi içinde sağlık alanı için belirlediği hedefler ve bu bağlamda yürütmekte olduğu faaliyetler, reel sosyalizmin çözülüşüyle birlikte kendine yeni ülkeler de bularak hızlandı ve yaygınlaştı (**Hamzaoğlu, 2013**).

1970'lerin ortalarında reel sosyalizm güç kaybetmiş, kapitalizm ise yeni bir uzun dalga krizine girmiştir. Görünürde üstesinden gelinebileceğine dair hiçbir ipucu olmayan kriz, sermayenin devlet eliyle yapılan sosyal harcamalara tahammül edememesi sonucunu getirmiştir. Kapitalist ülkelerde sosyal devlet tasfiye edilirken, 1980 sonrasında kapitalizmin neo-liberal ekonomik-politikalar damgasını vurmuştur (**Sol Meclis Sağlık Komisyonu, 2002**).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına ilişkin perspektif değişikliği, 12 Eylül darbesinden sonra, 1961 Anayasası'ndaki sosyal devletçi bir düzenleme olan 49. madde 1982 Anayasası'nın 56. maddesiyle değiştirilerek oldu. Buna göre, sağlık

hizmetlerinde devletin görevi "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir." biçiminde tanımlanmıştır (**Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982**).

Sağlık alanında darbeden önce 24 Ocak 1980 tarihli kararlar ile kamu hizmetlerinde rotanın piyasaya çevrilmesinin bir gereği olarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1985 yılında Dünya Bankası heyeti ile sağlık reformu görüşmelerine başlamıştır. Bu sürecin bir çıktısı olarak 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkartılmıştır. Bu Kanun "sağlık sektörünü açık pazar ekonomisine adapte etme yolunda ilk girişim" olarak değerlendirilmektedir. 1988 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), sağlık sektörünün sorunlarını ve çözüm yollarını belirleyebilmek amacıyla bir çalışma başlatmış ve 1990 yılında "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" adıyla "bir temel plan" hazırlanmıştır. Bu plan dört temel strateji ortaya koyarak (mevcut statünün iyileştirilmesi, serbest pazar stratejisi, sağlık hizmetleri stratejisi, uzlaştırma seçeneği) bunlardan, uzlaştırma seçeneği üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu çerçeve ile Türkiye'de Dünya Bankası'nın sağlık sistemini şekillendirme süreci somutlanmaya başlamıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın işlevi "planlama, koordine etme, mali yönden destekleme ve geliştirme" biçiminde tariflenmiştir. Doksanlı yılların başlangıcı ve özellikle 1991-1993 dönemi, sağlık reformunun "politik alt yapısı"nın oluşturulduğu bir dönemdir. Bu politik alt yapı bir yandan Ulusal Sağlık Kongreleri diğer yandan da "sağlık projeleri" ile sağlanmaya çalışılmıştır. Bu yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın bir yandan "hastane reformu"nu diğer yandan da Bakanlık yapılanmasını odağına aldığı izlenmektedir. Hastaneleri özerk sağlık işletmelerine çevirme ve sağlık işletmelerinin kendi gelir ve gider dengesini sağlayarak devletten herhangi bir ödenek almaması öngörülmüştür. Doksanların ikinci yarısı, sağlık reformunun teorik çerçevesinin tamamlandığı ve Sağlık Bakanlığı'nın desantralizasyon temelinde değişiminin sağlanmaya çalışıldığı ve bu amaçla çeşitli yasal düzenleme girişimlerinin olduğu bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır (**Yavuz, 2013**).

Dünya Bankası merkezli olarak gerçekleştirilen sağlık reformu, yeniden düzenlendiği dönemde, küresel kapitalizmde, sağlık alanının yeni bir birikim alanı haline getirilmesi ve sağlık alanının toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği alan olmaktan çıkartılması amacıyla ülkelerin sosyal, ekonomik ve sağlık durumları dikkate alınmaksızın tek bir model-tek tip olarak uygulanan bir modeldir. Türkiye'de yaşanan süreç dünya örneklerinde olduğu gibi; dört aşamada ele alındığında başlangıç aşaması, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) adına Dünya Bankası kredisiyle, 1986 tarihinde kamuoyuyla paylaşılan "Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması" ile başlatılabilir. İkinci aşamanın önde gelen olgusu olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından 23-27 Mart 1992 tarihlerinde Ankara'da gerçekleştirilen 1. Ulusal Sağlık Kongresi'ni göstermek gerekir. Kongre sonrası "TBMM'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı (Ağustos 1992)" üçüncü aşama olarak tanımlanabilir. Türkiye'de diğer ülkelerden farklı olarak oldukça uzun süren sağlıkta reformun dördüncü aşamasının başlangıcı olarak Haziran 2003'te yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm adlı dokümanın yayımlanmasını gösterebiliriz. Türkiye'de sağlık reformunun tamamlandığı tarih olarak 1 Ocak 2012 kabul edilebilir. Dayanaklardan ilki, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'nın bütün maddeleriyle söz konusu tarihte yürürlüğe girmesidir. İkincisi de Kasım 2011'de yayımlanıp uygulanması için bir yıl süre belirlenen ve Sağlık Bakanlığı'nın görev ve işlevi ile merkez ve taşra teşkilatını A'dan Z'ye yeniden yapılandıran 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin de hayata geçirilmeye başlanmasıdır (**Hamzaoğlu, 2013**).

Yukarıda belirtilen bu mevzuatta, evde sağlık hizmetlerine ilişkin olarak sadece 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin (**Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2011**). 8. maddesinde "Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görevleri şunlardır:

a) Her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini planlamak, teknik düzenleme yapmak, standartları belirlemek ve bu hizmetler ile sunucularını sınıflandırmak, bununla ilgili iş ve işlemleri yaptırmak.

b) Organ ve doku nakli, kan ve kan ürünleri, diyaliz, üremeye yardımcı tedavi, evde sağlık, yanık, yoğun bakım gibi özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerini planlamak ve bu hizmetleri sunan kurum

ve kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamak." ifadesi yer almaktadır.

Konunun sağlıkta dönüşüm sürecinin başlangıcında hiç değerlendirmeye alınmayıp son dönemde çıkarılan mevzuatta yer alması, dönemsel gereksinimlerin bir sonucu olarak nitelendirilebilir.

Sağlıkta Dönüşüm Türkiye sağlık sistemini piyasa yönde yeniden yapılandırmıştır. Bu artık kısır bir döngüdür. Hizmet talebindeki artış piyasa mekanizmalarını tetiklemekte, piyasa ağlarının genişleyip derinleşmesi tüketimi pompalamaktadır. Finansmanda katkı payı, fark, özel sigorta primi gibi özel finansman mekanizmaları devreye girmiş, bunların toplam finansman sistemi içindeki ağırlıkları zamanla artmıştır. Genel vergilerle finansman mekanizması yerine, özel bir vergi niteliği taşıyan sağlık primi uygulamasına geçilmiştir. Hizmet sunumunda özel poliklinikler, özel görüntüleme merkezleri ve özel hastanelerin kapladığı alan genişlemiştir. Sağlık hizmeti üreten özel aktörler içinde büyük sermayeli yapıların ağırlığı artmakta, muayenehanelerin ve özel tıp merkezlerinin karşısında özel hastaneler alanı genişlemektedir. Sonuç olarak, hem finansmanda hem de hizmet sunumunda kamunun alanı daralmıştır (Belek, 2011).

Türkiye'de evde sağlık ve bakım uygulamaları içerisinde yaşlılara yönelik hizmetlerin tedavi edici sağlık hizmeti dışında bireylerin sosyal gereksinimlerini de karşılamaya yönelik geliştirileceği, 1989 yılında yayınlanan "1990 yılı programının uygulanması, koordinasyonu ve izlenmesine dair Bakanlar Kurulu Kararı"nda belirtilmiştir. Sosyal hizmetler ve yardımlar odaklı evde bakım hizmeti vermek üzere yatalak yaşlılar için, 1990 yılında Ankara'da bir merkez kurulduğu belirtilmektedir (Çoban, 2014).

"Türkiye'de evde bakımla ilgili ilk proje 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmış; ancak pilot uygulamalardan etkili sonuç alınmadığı için sürdürülememiştir. 1994 yılında Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı bir kuruluş olan İstanbul Sağlık A.Ş.'nin yaşlı hastalar için evde sağlık destek hizmetleri ile birkaç özel kurumda ücretli olarak sürdürülen tıbbi bakım ve refakat hizmetlerinin dışında evde bakım sunulmamıştır (Bahar ve Parlar, 2007)." Ülkemizde "evde bakım" kavramı 1990'lı gündeme gelmeye başlamış ve bu yıllarda özel sektör tarafından sağlık bakımı olarak hizmet

sunumu başlamıştır. İlk özel teşebbüs firması Türk girişimcilerin yanı sıra ABD'den bir şirket (Serka International Company) ortaklığıyla 1996'da kurulmuş; daha çok evde kısa ya da uzun süreli hemşirelik hizmetleri ve gerekli ekipman temini olarak hizmet sunumuna başlanmıştır. Daha sonra 2001 yılında, kendisini ilk organize evde bakım kuruluşu olarak tanıtan başka bir kuruluş (Eczacıbaşı), yine bir ABD kuruluşu olan The Corridor Group ile ortak olarak hizmet sunmaya başlamıştır. Bu kuruluşların öncelikli olarak evde tıbbi bakım hizmeti sunmaya başladığı bu dönemlerde ülkemizde henüz evde bakım ile ilgili bir mevzuat yoktur; hizmet tanımı, niteliği, kuruluş ve hizmet standartları belli değildir (Uçku, 2011).

Ülke genelinde, yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri genel sağlık hizmetleri içinde yürütülmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda daha önce herhangi bir özel başlık altında değerlendirmeye alınmayan "Evde sağlık hizmeti sunumu" konusunda, Sağlık Bakanlığı tarafından konuya ilişkin çalışmalar, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ile başlamıştır (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005). Bu yönetmelikle esas olarak evde bakım hizmetinin özel sağlık kuruluşları bünyesinde nasıl yapılacağı belirlenmiştir. Bu yönetmeliğin amacı; "Fertlerin ve toplumun sağlığını korumak amacıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenlemektir." olarak belirtilmiştir. Kapsam maddesinde ise "Bu Yönetmelik, bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde bakım hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları ile bu sağlık kuruluşlarının sahip ve işletenlerini ve evde bakım hizmeti faaliyetlerini kapsar." ifadesi yer almıştır (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005). Bu yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden sonra bazı özel hastane ve sağlık işletmesi tarafından özellikle büyük illerde evde bakım hizmetleri hızla artmaya başlamıştır. Hastaya yansıyan maliyetin oldukça yüksek olduğu bu tür hizmetler, yaklaşık olarak beş yıl süreyle kamunun ilgi alanına girmeden yürütülmüştür (Özkan, 2009).

Bu yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı tarafından evde bakım hizmetlerinin sunulması, düzenlenmesi ve denetlenmesinin kamusal bir görev olduğu göz ardı edilerek, bu alan öncelikle piyasaya bırakılmış ve üzerinden kâr sağlanacak bir hizmet türü olarak tesvil edilmiştir. Yönetmelik, sayılarının ne kadar olduğu

bilinmeyen ancak giderek artan tümüyle özel evde bakım kurumlarının açılması ve denetimine yönelik faaliyetini düzenlemeye dönüktür. Bir bakıma onların işlerlik kazanmasına yöneliktir. Yönetmeliğin bir diğer amacı ise her ne kadar toplumun sağlığını korumak olarak belirtilse de, özelleştirilen sağlık hizmetlerinin toplumun sağlığını korumadığı, aksine zarar verdiği bilinen bir gerçektir. Bu yönetmelikte özel evde bakım kurumlarında çalışacak hekim ve hemşire sayısı tahmini nüfusa orantılı değildir. Diğer sağlık çalışanlarının sayısına ise hiç değinilmemiştir. Ekip anlayışı daha çok hekime, hemşireye veya sağlık memuruna odaklıdır. Yönetmelikte hizmetin sürekliliğinin esas alındığı belirtilse de, sağlık sisteminde yer alan diğer kamu sağlık kurumlarıyla hiçbir geri bildirim mekanizması bulunmayan ve kişilerin ödeme gücü ile sınırlı olan paralı evde sağlık hizmetlerinin herkese süreklilik ilkesiyle hizmet sunması olanaklı değildir (Özkan, 2009).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların evde bakım hizmetlerinden de gelir sağlama amacıyla hizmetin birinci ve ikinci basamakta sunulmasına karar verilmesiyle, 2010 yılında "Sağlık Bakanlığı'nca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge" (01.02.2010 tarihinde 3895 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe girmiştir) çıkarılmıştır. İlk yönetmelik ve sonrasında çıkarılan yönerge arasında temel olarak hizmetin sunum içeriğine ve biçimine ilişkin çarpıcı farklılıklar bulunmaktadır. 2005 yönetmeliğinde hizmet tamamen özel sağlık kuruluşlarında "hasta bakımı" olarak nitelendirilirken, 2010 yönergesinde hizmet, bir kamu hizmeti olarak tarif edilmiş ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde düzenlenen ve hastaların kendi evlerinde sunulacak bir sağlık hizmeti olarak kabul edilmiştir. Bu anlayışla, Yönerge'nin 1. maddesinde amacı; "Evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak randevu, kayıt ve takip sisteminin tanımlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek, evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır." olarak belirtilmiştir (Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010). Bu ifadeye

karşın, sosyal devlet anlayışı temelinde, evde sağlık hizmeti kapsamının bütünsel bir sağlık sistemi anlayışıyla; basamaklandırılmış olarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıyla ilişkili olarak kurgulanması gerekmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde yapılandırılan evde sağlık hizmetleri sunumunun ise kamusal sağlık hizmeti anlayışından çok uzakta olduğu ortadadır. Bu hizmet sunumunun devlet hastaneleri, ağız dış sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri (TSM) aracılığıyla yapıldıktan sonra SGK tarafından geri ödeme kapsamında olan bir performans biçimi olması sosyal devlet anlayışıyla örtüşmemektedir. Sosyal devlet anlayışıyla sunulacak bir sağlık hizmetinin kişinin yaşam koşullarını bir bütün olarak ele alarak; sağlık, beslenme, barınma, temizlik ve kişisel bakım hizmetlerini kamusal bir sağlık ve sosyal yardım örgütlenmesi içinde yapılandırması gerektirdi.

İkinci maddedeki kapsamında ise "Bu yönergenin Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren ve Sağlık Bakanlığı'nca, bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimi kurmak suretiyle bu hizmetleri vermeye yetkili kılınacak yataklı tedavi kurumlarını, ağız ve diş sağlığı merkezi ve hastanelerini, toplum sağlığı merkezlerini ve buralarda çalışan personel ile aile hekimlerini, aile sağlığı merkezlerini ve aile sağlığı elemanlarını kapsar." ifadesi yer almıştır. 3. maddesinde yönergenin dayanağı olarak; "Bu Yönerge, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3 üncü ve 9 uncu maddeleri ile 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43 üncü maddesi..." gösterilmiştir (Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010). Bu yönergenin yürürlüğe girmesiyle, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetleri başlatılmıştır. Yönerge'nin yayımlanmasını takiben bir yıllık geçiş sürecinin ardından, 01.02.2011 tarihinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Evde Sağlık Hizmetleri İletişim ve Koordinasyon Merkezi kurularak, evde sağlık hizmeti başlatılmıştır (Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştayı Sonuç Raporu, 2013). Bu tarihten itibaren ülke genelinde Sağlık Bakanlığı Koordinasyon Merkezleri yönetiminde, illerde TSM ve devlet hastanelerine bağlı Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri (ESHB) oluşturulmaya başlanmıştır.

İlk defa evde sağlık hizmetleri bedelleri hizmet başına ödeme yöntemi ile 21 Ocak 2012 ve 28180 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Sağlık Uygulama

Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ ile Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) yer almıştır ve SGK ödemesine alınmıştır (**Çoban, 2014**).

Sağlıkta dönüşüm sürecinde; sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumu birbirinden ayrılmış, sosyal güvenlik sistemi tekleştirilmiş, kamu hastaneleri işletmeleştirilmiş ve kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle özel sağlık sektörüne teşvikler verilerek, sermayeye kaynak aktarılmıştır. Sağlık hizmetlerinden yararlanılırken sağlık primi, katılım ve katkı payı, reçete bedeli, hizmet farkı bedeli gibi uygulamalarla, cepten sağlık ödemeleri artırılmıştır. Aile Hekimliği sistemiyle birinci basamak sağlık hizmetlerinin içeriğinin bölge tabanlı olmaktan çıkarılarak, nüfus tabanlı bir ekseninde yürütülmeye başlanmasıyla birlikte, sağlık hizmeti sunulan kitlenin ikinci basamağa sevk ve kontrol sisteminin kurulamamasına neden olmuştur. Ayaktan başvuru yapabilme kapasitesi olan bireylerde sistemin kendisine sunduğu "istediği sağlık kuruluşuna, istediği kadar muayene başvurusu yapabilme" özgürlüğü (!) olduğundan, çok da göze batmayan bu sorunlar, bu hizmetlere erişim olanağı olmayan özellikle yaşlı ve kırılabilir nüfusta iyice görünür durumdadır. Özellikle kronik sağlık sorunu bulunan; yatağa bağımlı felçli, kanserli, bası ülserli, beslenme bozukluğu nedeniyle gastrotomi yapılan, yürüme güçlüğü olan, kronik akciğer, kalp, dolaşım bozukluğu ve gelişme geriliği gibi hastalığı bulunanların yanı sıra, akut dönemde bulunduğu yerde sağlık hizmeti alma zorunluluğu olan ekstremite kırıkları ve cerrahi operasyon sonucu pansuman gereksinimi bulunan kimselerin tedavi ve rehabilitasyonları büyük bir ölçüde ulaşmaktadır. Parasal olanakları olanların, büyük şehirlerdeki özel sağlık kuruluşları ve bakım evlerine götürülerek, sağlık bakım ve rehabilitasyon hizmeti alabilmelerini konu dışı bırakırsak, mevcut sağlık sistemi içinde bu sorunun nasıl giderilmeye çalışıldığına odaklanabiliriz.

Tüm nüfusun bir aile hekimine kaydolarak birinci basamak sağlık hizmetinden yararlanma olanağı sağlaması gereken sağlık sistemi, başka bir yazıda çok geniş biçimde tartışılmayı hak eden sorunlar nedeniyle bu alandaki sorunu çözememektedir. Aile hekimlerinin evde sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilebilecek görev içeriği, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 4. maddesinin "g" bendinde; "Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık

hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek." ve "g" bendinde; "Aile sağlığı merkezi (ASM) şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirim yapıları muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak." olarak ifade edilmiştir (**Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013**). Bu yönetmelikte belirtilen "koordinasyon sağlama" görevinin hangi kurumlarla ve nasıl yapılacağına ilişkin bir açıklama bulunmamaktadır. İkinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönlendirmenin, ayaktan hastalarda bile uygun koşullarda yapılamadığı göz önünde bulundurulursa, aile hekimliği yapılanmasının bu konuda yetersiz kalacağı ortadadır. Bunun yanı sıra, aile hekimliği birimlerinde her bir Aile Hekimi'nin tek bir Aile Sağlığı Elemanı bulunduğundan, evde sağlık hizmeti gereksinimi olan bireylerin tetkik ve tahlillerinin, Aile Sağlığı Merkez'lerindeki günlük rutin işleri yürütmekte zorlanan tek bir sağlık personeli ile nasıl yapılacağı da belirsizdir.

2011 yılında çıkarılan 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat yapısı tamamen değiştirilmiştir (**Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2011**). Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması sonrasında hem yeni yapılanmaya uygun bir işleyiş sağlama hem de uygulama sırasında görülen eksiklik ve gereksinimlerin giderilmesi amacıyla ilgili yönerge iptal edilerek, "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik", 29280 sayı ve 27 Şubat 2015 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Yönetmeliğin 1. maddesinde amacı: "İhtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla, Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlemek; bu hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır." olarak belirtilmiştir. 2. maddedeki kapsamında ise "Bu Yönetmelik, Bakanlığa bağlı olarak evde sağlık

hizmeti sunan ve bu hizmetin sunulmasıyla ilgili olan kurum ve kuruluşlar ile bunların hizmetle ilgili bütün faaliyetlerini kapsar." ifadesi yer almıştır. 3. maddede yönetmeliğin dayanağı "Bu Yönetmelik, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3 üncü ve 9 uncu maddeleri ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8. ve 40. maddeleri..." gösterilmiştir.

Yönetmeliğin 19., 20. ve 21. maddelerindeki görev kapsamında "Evde sağlık hizmetleri; önceden konulmuş tanı ve tedavi planı çerçevesinde; ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini, raporlu ilaçların reçete edilmesini, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, bakım sürecinde ve gerekli tıbbi cihaz kullanımında hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, eğitim ve danışmanlık verilmesini, gerekli durumlarda hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve buradan evine naklini kapsamaktadır. Hasta nakil ambulansının yeterli olmaması durumunda Koordinasyon Merkezi, 112 Komuta Kontrol Merkezi'nden destek isteyebilir." ifadeleri yer almıştır (**Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2015**).

On yıl içinde çıkarılan yönerge ve yönetmelikler incelendiğinde her birinin Sağlık Bakanlığı'nın dönemsel yapılanma ve gereksinimlerine karşılık olarak çıkarıldığı anlaşılabilir. 2005 yılında çıkarılan yönerge; evde bakım hizmetlerinin bir gereksiniminin özel sektör aracılığıyla piyasa koşullarına uygun biçimde karşılanmasını hedeflerken, 2010 yönetmeliği; evde sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumu kapsamına alınmasını amaçlayarak buna uygun bir örgütlenme ağı kurulmasını tanımlamaktadır. Bu dönemin, sağlık politikaları bağlamında Sağlıkta Dönüşüm sürecinin sonlarına yaklaşan bir zaman dilimine denk gelmesi de dikkat çekicidir. Dönemin sağlık hizmeti sunumunun temel eksenini birinci basamakta Aile Hekimliği sistemi, ikinci basamakta da işletmeleştirilen hastanelerde performansa dayalı anlayıştır. 2015 yönetmeliği ise 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat yapısı tamamen değiştirildikten sonra Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasına uygun olarak çıkarılmıştır. Evde Sağlık Hizmetleri hakkında çıkarılan yönerge ve yönetmeliklerin karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Evde sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimi

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılından itibaren il bünyesinde, sağlık ve devlet hastanesi tarafından yürütülmek üzere yapılandırılan Evde Sağlık Hizmetleri Birimi (ESHB)'nin görevi temel olarak; yaşamını sürdürebilmek için kronik hastalığının gereksindirdiği sağlık hizmetini evinde alması gereken yatalak ve yardımcı bir kimseye bağımlı hastalara yerinde ulaşarak sağlık hizmeti sunmayı kapsamaktadır. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile il sağlık müdürlüğü ve il halk sağlığı müdürlüğünün görev bölüşümü nedeniyle, daha önce sağlık müdürlüğü bünyesinde sorumluluk alan "Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi", İl Halk Sağlığı Toplum Sağlığı Merkezi şube müdürlüğüne bağlı olarak görevini sürdürmektedir. Evde sağlık hizmetlerinin yönetimi, birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon bu merkez tarafından sağlanmaktadır. Koordinasyon merkezi faaliyetlerini, TSM şube müdürlüğünden sorumlu halk sağlığı müdür yardımcısına bağlı olarak yürütür. Müdürlük tarafından bir hekim "koordinasyon merkezi sorumlu hekimi" olarak görevlendirilir. İlgili yönetmelikte tanımlanan evde sağlık hizmetleri komisyonu; halk sağlığı müdür yardımcısı başkanlığında TSM şube müdürü, aile hekimliği uygulama şube müdürü, koordinasyon merkezi sorumlu hekimi, hastaneler şube müdürü, acil sağlık hizmetleri şube müdürü, hasta hakları il koordinatörü, kamu hastaneleri birliği genel sekreteri tarafından görevlendirilen bir yönetici ve hastane birimi sorumlu hekiminin katılımıyla oluşturulur. Evde sağlık hizmetleri komisyonu, ayda bir defadan az olmamak üzere, her ayın ilk haftasında, başkanın önceden belirlediği gündemle toplanır. Koordinasyon merkezi ile evde sağlık hizmetleri komisyonu, işbirliği içerisinde çalışır. Koordinasyon merkezi; evde sağlık hizmetleri komisyonu kapsamındaki başvuruların karşılandığı ve kayda alındığı, ildeki tüm ESHB, TSM ve ASM ile bağlantılı olarak evde sağlık hizmetlerinin hangi düzeyde verileceğini belirleyen ve yönlendirme yapan, organizasyon ve koordinasyonu sağlayan merkezdir. Evde sağlık hizmetleriyle ilgili başvuru ve iletişim, koordinasyon merkezinin "il kodu-444 38 33" numaralı hatından sağlanmaktadır (**Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2015**).

İldeki Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı hastanelerde yapılandırılan ESHB de teknik yönden bu koordinasyon merkezine bağlı olarak görev yapmaktadır. Hastanelere bağlı ESHB idari yönden Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne

Tablo 1. ESH Yönerge ve yönetmeliklerinin karşılaştırılması

	2005 Yönetmeliği	2010 Yönergesi	2015 Yönetmeliği
İçerik	Özel sağlık kuruluşlarının evde bakım hizmetlerini nasıl yapacağı	Sağlık Bakanlığı bünyesinde nasıl düzenleme yapılacağı	Sağlık Bakanlığı, T. Halk Sağlığı Kurumu ve T. Kamu Hastaneleri Kurumu arasında nasıl düzenleme yapılacağı
Amaç	Fertlerin ve toplumun sağlığını korumak amacıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenlemektedir.	Evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak randevu, kayıt ve takip sisteminin tanımlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır.	İhtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlemek; bu hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır.
Kapsam	Bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde bakım hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları ile bu sağlık kuruluşlarının sahip ve işletenlerini ve evde bakım hizmeti faaliyetlerini kapsar.	Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren ve Sağlık Bakanlığınca, bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimi kurmak suretiyle bu hizmetleri vermeye yetkili kılınacak yataklı tedavi kurumlarını, ağız ve diş sağlığı merkezi ve hastanelerini, toplum sağlığı merkezlerini ve buralarda çalışan personel ile aile hekimlerini, aile sağlığı merkezlerini ve aile sağlığı elemanlarını kapsar.	Bu Yönetmelik, Bakanlığa bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunan ve bu hizmetin sunulmasıyla ilgili olan kurum ve kuruluşlar ile bunların hizmetle ilgili bütün faaliyetlerini kapsar.
Emek gücü	Özel sektör	Kamu personeli	Kamu personeli
Geri ödeme kapsamı	Özel sektör kapsamında olduğundan geri ödeme yok	SGK hizmeti kapsamında olduğundan geri ödeme var	SGK hizmeti kapsamında olduğundan geri ödeme var
Ekip hizmeti anlayışı	Yok	Sorumlu tabip veya sorumlu dış tabibi, tıbbi sekreter, hemşire, sağlık memuru ve şoför görevlendirilir. Mevcut olması halinde bir fizyoterapist, bir diyetisyen, ihtiyaç halinde bir psikolog, bulunmaması halinde ise sosyal çalışmacı veya her ikisi birden bu ekibe dâhil edilebilir. İşin yoğunluğu veya ihtiyaca göre birden fazla evde sağlık hizmeti ekibi oluşturulabilir ve bu ekiplere ilave personel görevlendirmesi yapılabilir. ADŞM bünyesinde oluşturulan evde sağlık hizmet birimlerinde tıbbi sekreter, dış tabibi, hemşire/sağlık memuru veya tercihen acil tıp teknisyeni ile diş protez teknisyeni ve şoför görevlendirilir.	Sorumlu tabip, dış tabibi ve sağlık personeli, tıbbi sekreter, sürücü. Ekip; hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur. İhtiyaç halinde psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır. Uzman hekim dâhil edilebilir. ADŞM'ler bünyesinde kurulan birimlerde dış hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunur.
Hizmetin sunum biçimi	Özel Bakım Merkezleri	Sağlık Bakanlığı, Devlet Hastaneleri ve Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinde kurulan Birim'ler	Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı T Tipi, Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı H Tipi ve ADŞM'ne bağlı D Tipi Birim'ler.

bağlıdır. Halk Sağlığı Müdürlüğü bünyesinde kurulan ESHB ise ildeki TSM sorumluluğunda görev yapmaktadır. Bu sağlık kuruluşlarının dışında KHB Genel Sekreterliği'ne bağlı ağız ve diş sağlığı merkezlerinde de ESHB oluşturulmak zorundadır.

Koordinasyon merkezine bağlı olarak devlet hastanesi ve TSM bünyesinde görev yapan ESHB'nin görev alanı temel olarak il ve ilçe merkeziyle, bunun dışında kalan yerleşim yerlerinde yaşayan nüfus bazında belirlenmektedir. Bu paylaşım göre devlet hastaneleri ESHB; il ve ilçe merkezlerindeki belediye mücavir alanında, TSM ESHB ise bunun dışındaki coğrafi alan kapsamına giren nüfusa yönelik hizmet vermektedir. ESHB bulunmayan devlet hastaneleri ve TSM'lerde ise hizmet, koordinasyon merkezi tarafından yapılan görevlendirmelerle yürütülmektedir. Yönetmelikte yapılan sınıflandırmaya göre, ESHB; "T Tipi", "H Tipi" ve "D Tipi" olmak üzere üçe ayrılmıştır. T Tipi ESHB, TSM'lere bağlı olarak kurulan birimlerdir. Evde sağlık hizmetini öncelikli olarak sunmakla görevlidir. Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur. Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dâhil edilir. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır. Evde sağlık hizmeti sunulan günlük hasta sayısı on ve üzerinde olan yerlerde en az bir T tipi birim kurulur. Birbirine yakın olan küçük ilçelerde aynı kriter doğrultusunda ortak hizmet birimi açılabilir. H Tipi ESHB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı hastaneler bünyesinde kurulan birimlerdir. Öncelikli olarak uzman hekim konsültasyonu, fizyoterapi gibi T tipi birimler tarafından verilmesi mümkün olmayan hizmetlerin sunumuyla mükelleftir. Koordinasyon merkezinin planlaması doğrultusunda T tipi birimleri destekler. Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim/uzman hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur. Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dâhil edilir. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır. Hastanın ihtiyacına göre ekibe uzman hekim ya da hekimler dâhil edilir. Hastane rollerinin belirlendiği gruplamaya göre A, B ve C tipi hastanelerin bulunduğu ilçelerde en az bir H tipi birim kurulur. D Tipi ESHB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na ağız ve diş sağlığı merkezi bünyesinde kurulan birimlerdir. Ekipte bir diş hekimi ile birlikte

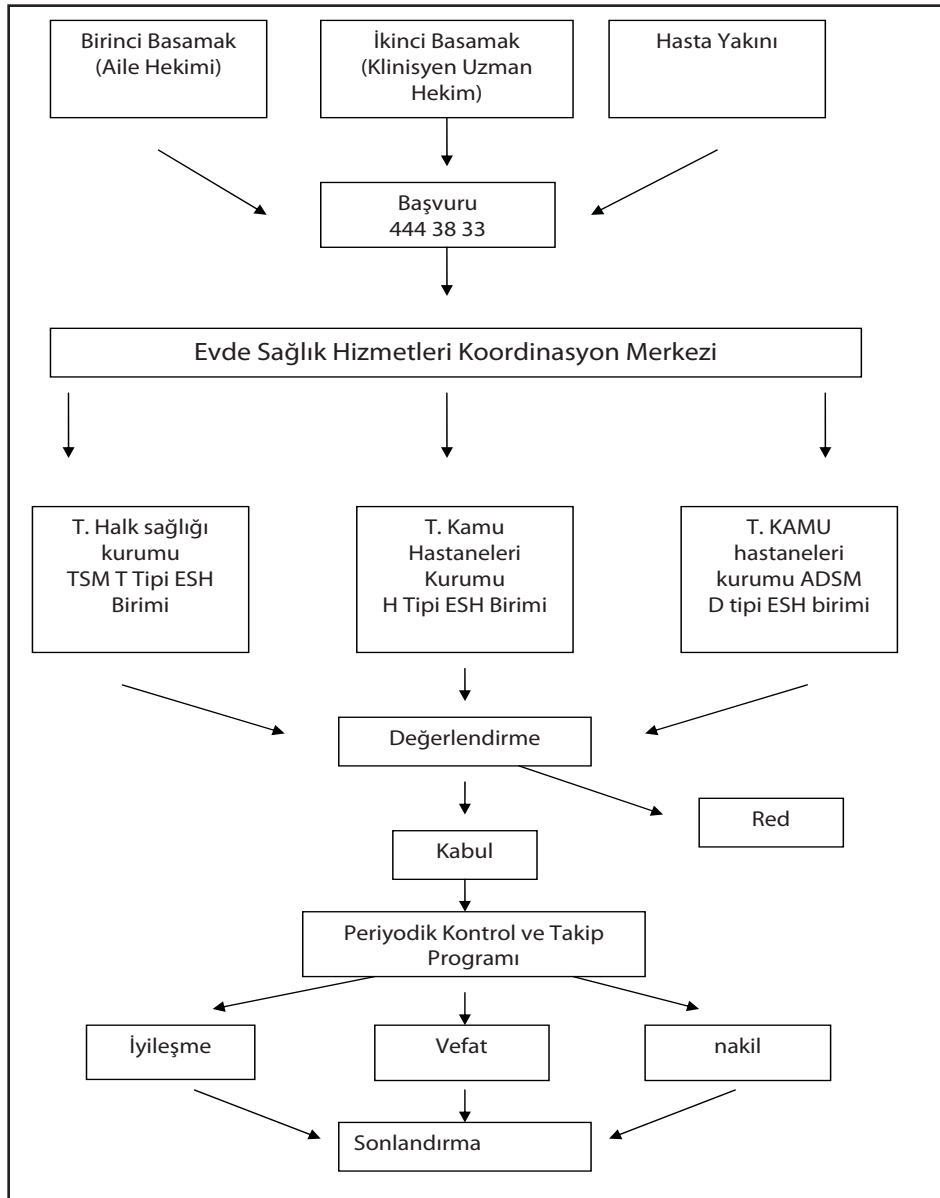
bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunur (**Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2015**).

Uygulamaya ilişkin somut sorunlardan en önemlisi ağız ve diş sağlığı merkezi ekiplerinin hizmet verebilecek donanımlı araçlarının tek olması nedeniyle, hem il hem de ilçe merkezlerine yeterli olamamalarıdır. Bunun yanı sıra, ilçe devlet hastanelerinin ekipleri personel sayıları, mobil ve hasta nakil aracı bakımından yetersizdir. Bu sorunlar hizmetin il ve ilçelerde eşit düzeyde sunulamamasına ve şikâyetlere yol açmaktadır.

Yönetmelikte belirtilen ekip içeriğindeki "psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen ve benzeri destek elemanlarının sağlanması, sağlık kurumlarının iş yükleri ve kadro yetersizliği nedeniyle mümkün olamamaktadır. Ayrıca, sayı yeterli olsa bile bu personelin hasta evlerine taşınması pratikte mümkün görünmemektedir. Bu sağlık meslek gruplarının işlerini tam yapabilmeleri için farklı zaman dilimlerinde ziyarette bulunmaları gerekir ancak pratikte mümkün değildir. Sağlık Bakanlığı tarafından evde sağlık hizmetleri sunumu, temel anlayış olarak "tedavi edici" bir zeminde planlandığından dolayı bütüncül bir sağlık anlayışından uzak kalmaktadır.

Evde sağlık hizmetleri birimlerinin çalışma biçimi

Sistemin harekete geçmesi için öncelikle başvuru ve kayıt yapılmalıdır. Hastalar ya da aile bireyleri tarafından "Koordinasyon merkezi (444 38 33)" ya da sağlık kurumları bünyesindeki birimlere telefonla ve Aile Sağlığı Merkezi (ASM)/ Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)'ne kişisel başvuru yapılmalıdır. Bunun dışında, sağlık kurumlarından taburcu edilen, evde sağlık hizmeti gereksinimi olan hastalar için ilgili klinisyen tarafından koordinasyon merkezine ya da Hastane Evde Sağlık Hizmetleri Birimi (ESHB)'ne bildirimde bulunulur. Başvuru sırasında ilgili kişinin nüfus ve adres bilgileri kayıt altına alınır. Koordinasyon merkezi tarafından yapılan görüşmelerin kayıt altına alınması ve veri güvenliğinin sağlanması zorunludur. Koordinasyon merkezi, yapacağı ön değerlendirme neticesinde taleplerini uygun gördüğü hasta için, ikâmet ettiği yerin yakınlığını, sağlık hizmeti ihtiyacının düzeyini ve hasta yoğunluğunu dikkate alarak, uygun gördüğü ESHB'yi görevlendirir. Bu bağlamda koordinasyon merkezi ve aile bireylerinin doğrudan yaptığı başvurular en kısa sürede yerinde değerlendirilerek, görev kriterleri kapsamında evde sağlık hizmeti sunulması gereken hastalar, ilgili ESHB'deki hekim



Şekil 1. Evde sağlık hizmetleri başvuru ve hizmet yönlendirme şeması

tarafından kayıt altına alınmaktadır. Görevlendirilen birim tarafından yapılan yerinde değerlendirme sonucunda başvurusu "olumsuz" neticelenenler, ayrıntılı olarak bilgilendirilir. Hizmetin sunumu konusunda birimler arası ihtilâfa düşülmesi durumunda, ESHB komisyonu tarafından son karar verilir.

ESHB'ye kaydı yapılan hastanın takibi, birim sorumlusu tarafından hazırlanan ve koordinasyon merkezi sorumlusu tarafından onaylanan, çalışma ve iş planına göre yürütülür. Vakanın durumuna göre günlük, haftalık ya da aylık dilimler halinde hazırlanan ziyaret gün ve saatlerini içeren plan hasta ve aile bireylerine bildirilir. Ziyaret saati ve tarihiyle, kalınan sürede yapılan tıbbi işlemler, kullanılan sarf malzemeleri, ilaç

ve araç-gereç kaydedilerek, rapor edilir. Evde sağlık hizmeti randevu sistemiyle ve mesai saatleri içinde sunulur.

Evde sağlık hizmetlerine birimlerinin çalışma biçimi Şekil 1'de gösterilmiştir.

Evde sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin bir örnek: Çanakkale Devlet Hastanesi

Çanakkale Devlet Hastanesi bünyesinde H Tipi ESHB olarak hizmet veren birimde bir pratisyen hekim, beş hemşire, iki sağlık memuru, iki acil tıp teknisyeni, üç şoför, bir tıbbi sekreter ve üç hasta taşıma personeli bulunmaktadır. İki binek araç, bir hasta nakil aracı olarak kullanılan ambulans mevcuttur.

Birim hizmetleri için gerekli olan demirbaş ve sarf malzemeleri, ilgili yönetmelik eklerinde belirtilen standartlara uygun olarak bulunmaktadır. Bu birimde evde sağlık hizmetlerinde:

1. Başvuruların yerinde yapılan değerlendirilmesinde kişilerin ya da yakınlarının rızaları zorunlu olarak alınır.

2. Kişinin tıbbi durumunun onay vermeye elverişli olmaması halinde "Aydınlatılmış Onam Formu" kullanılarak, yasal temsilcisinin rızası alınır. ESHB'ye kabul edilen hastalar; bilinç ve beslenme bozukluğu bulunan, yatalak, felçli, oksijen konsantratörü kullanan kronik akciğer hastaları, aşırı biçimde yürüme güçlüğü olan romatizma ve kas hastaları, kanser hastaları, doğuştan gelişme geriliği bulunanlar ve yatağa bağımlılık nedeniyle "bası ülseri" gelişenler biçiminde sınıflandırılabilir.

3. Periyodik olarak yapılan kontrollerde hastaların belirli aralıklarla (ortalama iki ayda bir), kan tahlillerinin değerlendirilmesinin yanı sıra, muayeneleri yapılmakta ve tedavileri kâğıt reçetenin yanında, "e-reçete" biçiminde de düzenlenmektedir.

4. Periyodik kontrollerin dışında, hastanın çeşitli yakınmalarına ve sağlık sorunlarına ilişkin olarak hasta yakınının başvuruları değerlendirilip, uygun bir zamanda randevu verilerek muayeneleri yapılmaktadır.

5. Bu hizmetin yanı sıra haftada bir, yarım günlük mesaide birim ekibiyle beraber üç gün nöroloji ve bir gün dahiliye uzmanı tarafından hasta evinde konsültasyon yapılmaktadır. Bu uzmanlık alanlarının dışında sağlık gereksinimi saptanan hastalar, yine ESHB ekibi ve taşıma ambulansı ile hastane polikliniklerine taşınarak tıbbi ve tedavileri yapılmaktadır.

6. ESHB'ye kayıtlı hastaların; sürekli kullanmak zorunda oldukları "ilaçlar", "hasta bezi", aileleri ve resmi kurumlar tarafından istenilen "özürlülük" ve "vasi tayini"ne ilişkin "Heyet Raporları" da ESHB ekibi tarafından takip edilerek çıkarılmaktadır.

7. Yatalak hastalarda baş gösteren "yatak yarası bakımı", "idrar sondası konulması ve değiştirilmesi", "nazogastrik sonda uygulanması", "peg açılımına bağlı sorunların giderilmesi" ve ayrı bir hasta grubu olarak, "büyük cerrahi girişim ve ameliyat sonrası pansuman uygulamaları" yapılmaktadır.

8. Bu tıbbi uygulamaların dışında, hastaneden taburcu edilen hastaların evlerine nakledilmelerini

ESHB'nin hasta taşıma ambulansı (ilçeler dâhil) sağlamaktadır.

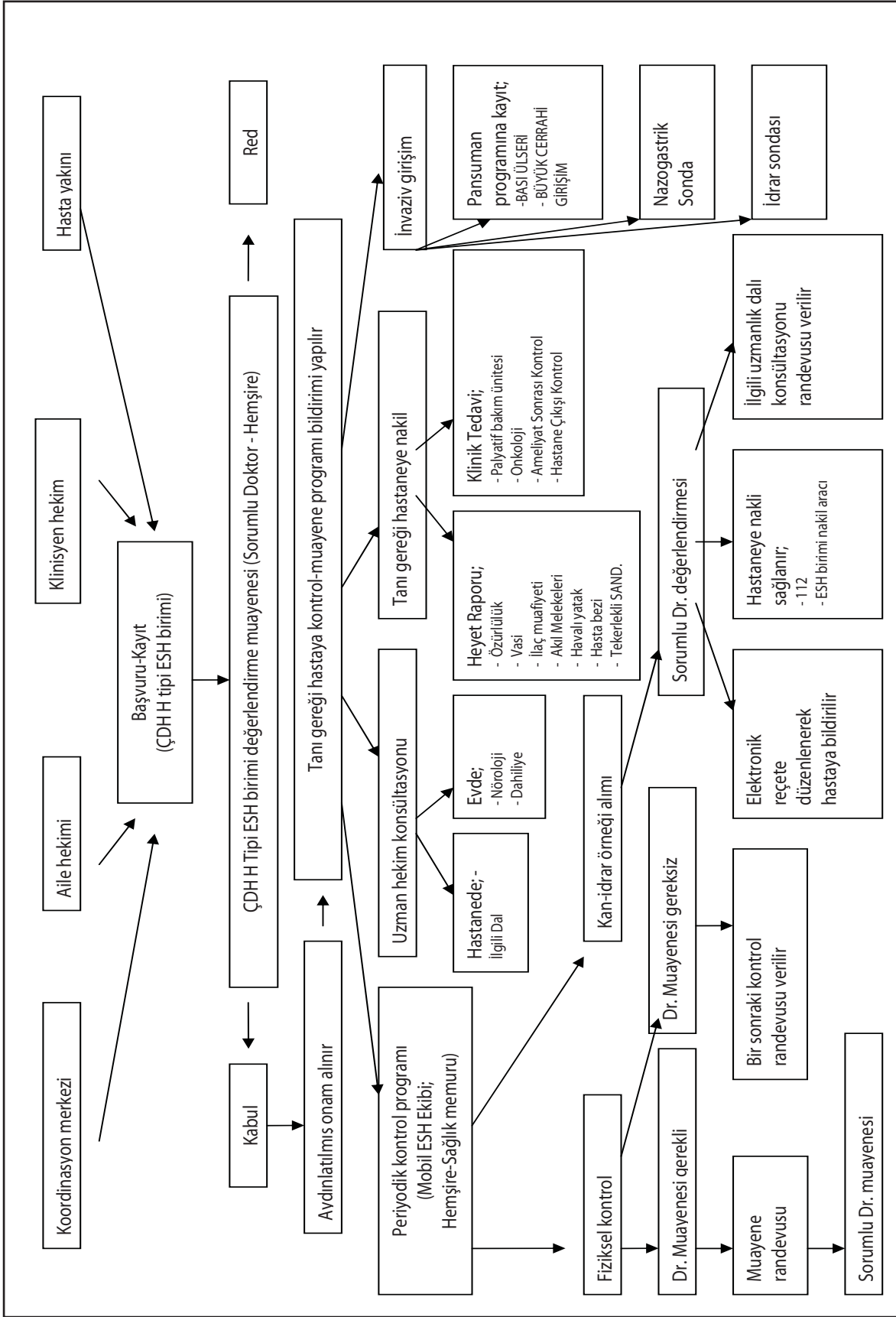
9. ESHB'ye yapılan başvurularda edinilen bilgi ve bulgular; acil sağlık hizmeti gerektiren durumlar olarak değerlendirilirse, 112'ye yönlendirilmektedir.

10. Evde sağlık hizmeti verilen hastanın iyileşmesi, bir süre sonra sağlık personeli gerektirmeden uygulanabilecek olması, hastanın kendisi ya da yakınının evde sağlık hizmeti sonlandırma isteği, hastanın ya da yakınının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, hasta ya da vasisinin, personelin güvenliğine yönelik uygun olmayan davranışlarda bulunmaları (bu durumlar, tutanakla evde sağlık hizmeti komisyonuna iletilir) ve hastanın vefat etmesi durumlarında hizmet sonlandırılmaktadır.

Çanakkale Devlet Hastanesi H Tipi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi hizmet akışı Şekil 2'de belirtilmiştir.

İldeki yaşlı ve kronik sağlık sorunları olan nüfusun giderek artması ve Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kuruluşların, bu kitleye yönelik evde sağlık hizmeti sunumunun niteliğinin olumlu yönde gelişme göstermesi nedeniyle ESHB'ye yapılan başvurular gün geçtikçe artmaktadır. Yatağa bağımlı ve yardıma muhtaç hastalara yapılacak hizmetin süresi oldukça uzun olmakta ve sağlık çalışanı tarafından sık sık ziyaret ve kontrol gerektirmektedir. Temel olarak bu kapsamda belirlenen çerçeve içinde saptanan hastalara sağlık hizmeti sunulmakla beraber zamanla, hizmete olan talebin giderek artarak ESHB'nin kapasitesini zorladığı ve yetersizliğe yol açma belirtilerinin olduğu saptanmaktadır. Evde sağlık hizmeti gereksiniminin dışında, hastaların kişisel hijyenik bakım ve beslenme gereksinimlerini giderecek bakıcı sorunu dikkat çekmektedir. Çoğu hasta, çocuğu, torunu ya da profesyonel bakıcısı tarafından izlenmektedir. Profesyonel bakıcı konumundakilerin herhangi bir tıbbi eğitimi olmayan, sadece para karşılığı hastaya refakat ederek, beslenme ve hijyenik gereksinimlerini gideren kişiler olduğu unutulmamalıdır. Bunun yanı sıra hiç kimsesi olmayan, komşuları tarafından ara sıra "kontrol edilen" kişiler de bulunmaktadır.

Temelde birinci basamak düzeyinde bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmesi ve bu anlayışa göre sağlık sistemindeki yerinin tartışılması gereken "evde sağlık/bakım hizmetleri" konusu, sağlık sistemindeki karmaşıklık nedeniyle tamamen kontrol edilemeyen bir durum olmaktadır. Normalde



Şekil 2. "Çanakkale Devlet Hastanesi H tipi evde sağlık hizmetleri birimi" hizmet akış şeması

her hastanın kaydolması gereken bir aile hekiminin olduğunun varsayıldığı birinci basamak sağlık örgütlenmesinde, konumuz kapsamındaki hastalar ASM tarafından yeterli düzeyde takip edilememektedir. Aile hekiminin tespit ettiği hastayı, takip ve tedavi edebilmesi için gerektiği ölçüde ev ziyaretleri yapamadığından dolayı, bu hastaların kronik hastalıklarına ilişkin raporlama ve reçete düzenlemeleri de aksamaktadır. Aile Hekimi'nin iş yükünü artıran bir unsur olarak görülen bu tür hastaların takip ve tedavilerindeki sorunlar son 5 yıldır, evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezine yönlendirilerek çözüm bulunmaya çalışılmaktadır.

Yazının içeriğinde ayrıntılı olarak irdelenen yapısal organizasyon sonucu Sağlık Bakanlığı tarafından, aile hekimliği sisteminin yükü hafifletilmeye çalışılmaktadır. Kurulan ESHB; H tipi olarak ikinci basamağa, T tipi olarak da birinci basamağa dayalı yapılarıdır. Bu ikili yapının oluşturduğu geniş bir ağ ise hem aile hekimliği sisteminin yetmezliklerini kapatmaya çalışmakta hem de ikinci basamak hastanelerin olanak ve kapasitelerini kullanarak "hasta memnuniyeti" yaratılmaya çalışılmaktadır. Bu kapsamdaki hastalar "ikinci basamak sağlık kuruluşları" için birer "performans ve hizmet sunumu" girdisi olarak da değerlendirilmektedir. Üçüncü basamak olarak nitelenen tıp fakültesi hastaneleri ise bu hizmet döngüsünün tamamen dışında bulunmaktadır. İller arasında hizmet kapsamı ve birim standartları bakımından da çok farklı özellikler görülmektedir. Özellikle "nakil" olarak bir yerleşim biriminden diğerine kabul edilen hastaların en çok yakındıkları konu, aradaki hizmet içeriği ve kapsamı olmaktadır.

Evde sağlık hizmeti kapsamının çok boyutlu bir sağlık hizmeti sunumu olması nedeniyle sınırlarının belirlenmesi, bir zorunluluk olmakla birlikte standardizasyonunu zor bir durumdur. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödeme kapsamına alınan bu hizmet türü, Sağlık Bakanlığı ve Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından hem birinci basamak sağlık hizmetlerinin Aile Hekimliği sistemiyle yürütülmesinde görülen yetersizliklerin kompanse edilmesine hem de ikinci basamakta bir "performans" artırıcı bir gelir kalemi olarak değerlendirilmesine yaramaktadır. Büyük oranda ayaktan tedavi edici poliklinik hizmetlerine indirgenerek hasta başı muayene sayısının artırılmasına yönelik hizmet sunulan Aile Hekimliği sistemi, sağlık hizmeti sunumundaki yetersizliğin temel nedenidir.

Sonuçlar ve öneriler

Bireylerin doğumundan ölümüne kadar gereksinim duyulan tüm sağlık hizmeti parametrelerini yerine getirebilecek basamaklandırılmış bir kamu sağlık hizmeti sunumunun planlanmadığı ve öngörülmediği bir sağlık sisteminde, yetersizliklerin üzeri popülist yaklaşımlarla örtülmeye çalışılmakta ve bu da yetersiz kaldığında alanın gereksinimleri özel sağlık sektörü aracılığıyla giderilmeye çalışılmaktadır. Bu anlayış çerçevesinde çok büyük bir nüfusu ilgilendiren evde sağlık ve bakım hizmeti alanı Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamakta Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı Toplum Sağlığı Merkezi'ne, ikinci basamakta Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı Devlet Hastaneleri'ne bırakılmıştır. Bu kurumların kapasitelerinin yeterli olmadığı durumlarda ise özel sektör devreye girmekte ve piyasa koşullarına göre düzenleme yapılarak, "kârlı bir sağlık bakım hizmeti alanı" oluşturulmaya çalışılmaktadır. Kamuda sunulan hizmetin salt tedavi edici özelliği nedeniyle sınırlı ve yetersiz olması, özel sektörü hem "sağlık" hem de "bakım" hizmeti sunma konusunda avantajlı kılmaktadır. Üniversitelerin sağlık meslek yüksek okullarında "evde hasta bakımı teknikerliği" ve "yaşlı bakımı teknikerliği" bölümlerinin açılmaya başlaması da özel sektörün bu alandaki nitelikli sağlık elemanı gereksinimini karşılamaya yönelik bir anlayış olarak değerlendirilebilir.

Son olarak yapılması gereken vurgu ise sağlık sisteminin tüm boyutlarıyla bir bütün olarak yapılandırılarak; para kaygısı olmayan, ulaşılabilir ve eşitlikçi bir sağlık sisteminin sağlanması zorunluluğudur.

Teşekkür

Makalenin yazım süreci boyunca yöntem önerileri ve katkılarıyla içeriğinin zenginleşmesini sağlayan Doç. Dr. Özlem Özkan'a teşekkür ederim.

Kaynaklar

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarz-İ İcrasına Dair Kanun: 863 sayı ve 14 Nisan 1928 tarihli Resmi Gazete.
1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1489 sayı ve 6 Mayıs 1930 tarihli Resmi Gazete.
3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti teşkilat ve memurin kanunu, 3337 sayı ve 23 Haziran 1936 tarihli Resmi Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 28539 sayı ve 25 Ocak 2013 tarihli Resmi Gazete.
Aytekin, H. (2013) Türkiye'de Sağlık Hizmetleri (1920-1980), Toplum ve Hekim, 28 (3): 181-191.
Bahar, A., Parlar, S. (2007), "Yaşlılık ve Evde Bakım", Frat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (4) 35.
Belek, İ. (1994), Sağlık: Sosyal Devletin Yapısal Bileşeni, Toplum ve Hekim, 9 (60): 34-36
Belek, İ. (2011) Sağlıkta Dönüşüm, İstanbul: Yazılama Yayınları: önsöz.

- Boratav, K.** (2015) *Türkiye iktisat tarihi 1908-2009*, Ankara: İmge kitabevi: 21; 27-29.
- Civaner, F.** (1994) *Otuzüç Yıl Sonra Sosyalleştirme Yasası*, *Toplum ve Hekim*, 9(60) 56-58.
- Çavdar, T.** (2000) *Osmanlıların yarı sömürge oluşu*, İstanbul: Gelenek Tarih Dizisi 1: 7; 33-34.
- Çavdar, T.** (2001) *Bilanço: Yüzyılın Sonunda Dünya ve Türkiye*, İstanbul: Gelenek Tarih Dizisi 2: 7-8.
- Çoban, M., Esatoğlu, A. E., İzgi, M. E.** (2014) *Türkiye'de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Mevzuat İçindeki Tarihsel Değişimi*, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(3), 154-76.
- Dedeoğlu, N.** (2008) *Cumhuriyetten Bugüne Bulaşıcı Hastalıklarda Değişme ve Sağlık Politikaları ile İlişkisi*, *Toplum ve Hekim*, 23 (6) 430-35.
- Dirican, R.** (1994) *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri*, *Toplum ve Hekim*, 9 (60) 49-51.
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik**, 25751 sayı ve 10.03.2005 tarihli Resmi Gazete.
- Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştayı Sonuç Raporu**, 31 Ocak 2013
- Hamzaoğlu, O.** (2013) *Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri*, *Toplum ve Hekim*, 28 (3) 172-80.
- On soruda 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun** (2001) *Toplum ve Hekim*, 16 (1) 28-33.
- Özkan, Ö.** (2000) *Finans Boyutu ile Evde Sağlık Hizmetleri Nenin Alternatifi?*, *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 15 (3): 182-89.
- Özkan, Ö.** (2006) *Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü*, İstanbul: Nazım Kitaplığı: 83-84.
- Özkan, Ö.** (2009) *Mevcut Sağlık Sistemi İçinde Evde Sağlık Hizmetleri Almanak 2008 Analizleri içinde Mevcut Sağlık Sistemi İçinde Evde Sağlık Hizmetleri*, 545-559. *Sosyal Araştırmalar Vakfı* 22, İstanbul, 71-5.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik**, 29280 sayı ve 27 Şubat 2015 tarihli Resmi Gazete.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname** (no; 663), 28103 mükerrer sayı ve 02 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazete.
- Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge**, 01 Şubat 2010.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**: (SHSHK) (1961) Kanun No: 224, Kabul tarihi 5.1.1961, Resmi Gazete 12.1.1961, sayı 10705.
- Sosyalist Türkiye'de Sağlık, Sol Meclis Sağlık Komisyonu** (2002) İstanbul: Nazım Kültürevi Kitaplığı: 183-224.
- Topak, O.** (2009) *Sosyal Güvenlik ve Sağlıkta Reform mu, Dönüşüm mü? Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sisteminin Ekonomi Politikası*, *Toplum ve Hekim*, 24 (1) 61-70.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası** (1961) Kabul Tarihi: 27.5.1961, erişim; <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10816.pdf>.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası** (1982) Kabul Tarihi: 7.11.1982, erişim; <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>.
- Uçku, R.** (2011) *Evde Bakım Özel Sektörün İlgisini Çeker mi?*, *Toplum ve Hekim*, 26 (3) 193-98.
- Yavuz, C. I.** (2013) *Türkiye'de Sağlık Bakanlığı: 1980 Sonrası*, *Toplum ve Hekim*, 28 (3) 192-204.