

MEVCUT SAĞLIK SİSTEMİ İÇİNDE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Özlem ÖZKAN*

Evde bakım; evde sağlık bakımı, evde sağlık bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve ev hemşireliği gibi farklı kavramlarla adlandırılmasına karşın, tanımları hemen hemen aynıdır (Özkan 2006). Bu makalede sağlık hizmetleri bakım, tedavi, rehabilitasyon vb. hizmetlerini de kapsadığından, "evde sağlık hizmetleri" kavramı kullanılacaktır. Bu tanımlardan yola çıkarak evde sağlık hizmetleri; özürlü, yaşlı, süregen ve terminal hastalığı olan ya da nekahat döneminde ve kendi bakımı için başkasının yardımına ihtiyaç duyan kişilerin "evlerinde" sağlık ve sosyal hizmetlerdeki farklı çalışanlardan oluşan geniş bir sağlık ekibi ile kısa ve/veya uzun dönemli bakım, tedavi, rehabilitasyon ve sosyal hizmetlerin sunulduğu bir hizmet biçimidir (Özkan 2000, Cimete 1998, Akdemir 2001).

Özellikle son otuz yılı aşkın bir süredir dünyada ve Türkiye'de, sağlık alanında herhangi bir konuda değişiklik istendiğinde, egemen yaklaşımdaki gerekçeler; 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 artmasına dayandırılmaktadır. Bunların yanı sıra, toplumların sağlık gereksinimlerinin değişmesi, kronik hastalıkların morbiditesinin artması, sağlık hizmetlerine olan talebin, uzun süreli bakıma olan ihtiyacının artması ve yaşam beklentisinin yükselmesidir.

Literatürlerde, sistem, sektör ve model olarak ele alınan evde sağlık hizmetlerinin özellikle son otuz yıldır sağlık hizmetleri içinde daha önemli olduğunun gerekçeleri de eksiz bu şekildedir. Bu gerekçeler mevcut sağlık hizmetinde oluşturulacak değişiklikler için önemlidir, fakat mevcut olana alternatif olarak geliştirilen

* Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.

önerilerin ve beraberinde evde sağlık hizmetlerinin öneminin artmasındaki yüzeysel görüntüleridir. Sağlık sistemindeki hizmetlerin bir parçası olan evde sağlık hizmetlerinin sağlık sistemi ile ilişkisini, bir üst yapı kurumu olan sağlık sisteminin mevcut toplumsal yapı ile olan ilişkisini açıklamaya yetmemektedir. Çünkü bu parçalar arasındaki ilişki dinamikdir ve karşılıklı ilişki içindedir. Belirli tarihsel dönemlerde ve toplumsal yapıda durakları ve uğrakları vardır. Bunları anlamının ve “son otuz yıldır sağlık sistemi içindeki evde sağlık hizmetleri neden bu kadar önem kazanmıştır?” sorusuna doğru yanıt vermenin yolu, evde sağlık hizmetleri gerçekliğini belirli bir bütünsellik içinde ele almaktadır (Özkan, Hamzaoğlu 2008). Bu nedenle kapitalizmin küreselleşmesi, sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve evde sağlık hizmetleri arasındaki karşılıklı ilişki gerçekliğe yönelişimizde bir anahtardır.

Bu makalede yukarıda belirtilen yaklaşım ile öncelikle kapitalizmin küreselleşmesinin sağlık sistemi üzerine etkileri kısaca ele alınacaktır. Daha sonra, son otuz yıldır evde sağlık hizmetlerinin neden önem kazanmaya başladığının nedenleri ekonomik-politik bir bütünlükle değerlendirilecektir. Evde sağlık hizmetlerinin tarihsel süreci, hizmetin özellikleri, amacı ve kapsamı konusunda zengin bir literatür olduğu için bu konular makalenin kapsamı dışında tutulacaktır. Daha sonra piyasalaşmış ve hızla ticarileşen sağlık sistemi içinde gelişen ve değişen evde sağlık hizmetlerinin özellikleri ve bu konudaki son gelişmeler incelenecektir. Daha sonra Türkiye’de 2005 yılında yayımlanan “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik” kısaca değerlendirilecektir. Son olarak, evde sağlık hizmetinin nasıl olması gerektiği ile ilgili özelliklerden bahsedilecektir.

Piyasalaşmış Sağlık Sistemi İçinde Neden Evde Sağlık Hizmetleri?

Kapitalist ülkelerdeki sağlık hizmetleri, son otuz yıldan beri halen devam eden kapitalizmin krizi nedeniyle neoliberal ekonomik politikalara göre biçimlendirilmiştir. Bu biçimlenme, temel olarak sermayenin ihtiyaçları doğrultusunda sağlık sisteminin ticarileşmesi ve piyasalaşmasıdır (Holden 2005a, Holden 2005b, Navarro 2007). Bir başka ifadeyle, sosyal devlet döneminde oluşturulmuş sağlık dahil diğer tüm kamu hizmetlerinin piyasaya entegre edilmesidir. Kapitalist ülkelerdeki sağlık sistemi; kamu sağlık kurumlarının özertleştirilmesi ve/veya özelleştirilmesi, finansal olarak özel sağlık sigortacılığının bir ön aşaması olan genel sağlık sigortasının kurulması, desentralizasyon ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ortadan kaldıran aile hekimliği modelinin kurulması ile piyasalaşma sürecini hemen hemen tamamlamıştır. Bunlara paralel olarak, sağlık emek-gücü sömürsünü arttıran esnek üretim modeli uygulamalarıyla da sağlık üretim süreci yeni-

den yapılandırılmıştır. Kamu ya da özel sağlık sektöründe sağlık emek-gücünün çalışma sürelerinin uzatılması, gece çalışması, tele çalışma, vardiyalı çalışma ve hafta sonu çalışmayla ek çalışma sürelerinin oluşturulması, sınırlı çalışan ile daha çok iş yapma, sözleşmeli çalışma, yarı zamanlı çalışma, aşırı, yoğun çalışma, çalışma saatleri ve izinlerin belirsizliği, performans dayalı ücretlendirme gibi esnek ücretlendirme mekanizmalarının oluşturulması ve taşeronlaşma bu uygulamalardan bazılarıdır. Bugün, tüm kapitalist ülkelerdeki sağlık sistemi ile ilgili egemen eğilim budur (Özkan, Hamzaoglu 2008).

Kamusal finansmanlı, sürekli hizmet ilkesiyle çalışan, sağlık sisteminin ilk basamağı olan birinci basamak sağlık hizmetleri, sosyalist ülkelerde tümüyle, sosyal eğilimli kapitalist ülkelerde ise bir bölümü parasız, tedavi edici hizmetlere göre daha ucuz, geniş/zengin bir sağlık ekibi ile kişilerin yaşadığı eve ev ziyaretleri aracılığıyla hizmet sunarken, özelleştirmeci sağlık politikalarıyla bugün bu özellikleri Küba ve Venezüella dışındaki bütün ülkelerde ya tamamen kaldırılmış ya da kaldırılma aşamasındadır. Bunun sonucunda bağışıklama, aile planlaması, bebek, çocuk ve gebe izlemleri vb. sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik hizmetler önemli oranda bireysel sorumluluğa –kişilerin ödeme güçlerine göre- dönüşmüştür (SoL Meclis Sağlık Komisyonu 2003). Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki bu dönüşüm, özürlü, yaşlı, kronik hastalığı olan veya nekahat döneminde olup, evde bakıma ihtiyaç duyanların gereksinimlerini karşılamada önemli bir boşluk oluşturmuştur (Özkan 2000, Özkan 2006).

Bir diğer konu, sağlık hizmetlerinin piyasalaşma sürecinde kamu hastanelerinin özkerleştirilmesi/özelleştirilmesi, hastaneler başta olmak üzere, özel sağlık kurumlarının sayısının artırılmasıdır. OECD ülkelerinde rekabetçi hastaneler, geleceğin vizyonu olan hastaneler olarak tanımlanmıştır (ILO 1999). Bunlarla beraber, hastaneler sermaye sınıfı için bir yatırım alanı haline dönüştüğünden, kar getirci bir sektör olarak görülmektedir (Holden 2005a, Øvretveit 2003). Fakat hastaneler büyük sermaye yatırımı gerektirdiğinden, özellikle büyük ve çok uluslu şirketlerin yatırım alanı olmaya başlamıştır (Holden 2005b, Özkan, Hamzaoglu 2008). Bugün dünyadaki en büyük şirketlerin yer aldığı Fortune Magazine G500 listesinde ilk beş şirketten birisinin hastanecilik, farmasötik ürünlerin üretimi ve özel sağlık sigorta hizmetlerinin olduğu belirtilmektedir (Holden 2005b). Tüm kapitalist ülkelerdeki sağlık sektörü içinde en büyük ve sayıca en fazla, en çok sağlık çalışanı istihdam eden özel ya da kamuda işletmeleştirilmiş hastaneler, yoğun ve pahalı teknoloji kullanan, uzmanlaşmış hizmetler sunan ve sermaye birikiminin yoğun olduğu metropellerde bulunan sağlık kurumlarına dönüşmüştür (ILO 1999, Özkan, Hamzaoglu 2008).

Kamu hastaneleri, özzerkleştirme/özelleştirme –aktif/pasif özelleştirme- sürecinde farklı biçimlerde piyasaya entegre edilmiştir. Örneğin, öncelikle hizmetin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Kamu hastanelerinin bir bölümü bazı ülkelerde blok olarak tümüyle özel sektöre satılmıştır. Ya da önceden kamu hastanesi tarafından sunulan temizlik, yiyecek-ıcecek, çamaşır, güvenlik vb. hizmetler sözleşmeler yoluyla taşeron şirketlere devredilmiştir. Hastanelerdeki laboratuvar gibi karlı bölümler özel şirketlere kiralanmıştır. Kamu hastanelerinde özel yataklar oluşturularak, kamunun olanaklarıyla özel sağlık sektörü desteklenmiştir (Holden 2005a, Øvretveit 2003, Holden 2005b, Hamzaoglu, 20007). Örneğin, İtalya, Portekiz ve İspanya gibi Güney Avrupa ülkelerindeki hastanelerde özel yatak oranı %20–30' a ulaşmıştır. Fransa'da kar getirici özel yatakların payı, kamu yataklarından sonra ikinci sıradadır (%65, %20). Bu pay, Hindistan'da 1973 yılında %28 iken, 1996 yılında %61'e yükselmiştir (Holden 2005a). İrlanda'da kamu hastanelerinin yataklarının %40'ı özelleştirilmiştir (Türkay 2006). Kamu sağlık kurumları bütün harcamalarını "kazandıklarından" karşılamaya yöneltiliğinden, bu özel yataklar hastane gelirlerinin önemli bir bölümünü oluşturmuştur (Hamzaoglu 20007). Örneğin, Güney Avrupa ülkelerindeki mevcut özel yataklar, hastane gelirlerinin yaklaşık yarısıdır (Holden 2005a). Ülkemizde de benzer değişimler yaşanmaktadır. Oluşturulan sağlık piyasası içinde kamu hastane işletmeleriyle büyük sermaye yatırımı olan özel hastaneler arasında rekabet oluşturulmaktadır. Bu rekabete dayanamayan kamu hastaneleri bu durumda ya kapanmakta ya da yatak sayılarını azaltmaktadır (ILO 1999, ILO/PSI, 1999, Breedveld, Meijboom, De Roo 2006). Örneğin, Danimarka'da 1980-1994 yılları arasında psikiyatri hastanelerinin yatakları 9.3522'den 4259'a, düşürülmüş, İsveç'te 1980-1999 yılları arasında hastanelerin yatakları %70, Kanada'da ise 1991-1997 yılları arasında %30 azaltılmıştır (ILO, 1999, Thomé, Dykes, Hallberg 2003, Penning, Brackley, Allan 2006).

Kamu kurumu iken, kamu işletmesine dönüşen ya da tümüyle özel mülkiyetin elinde olan bu hastaneler, hizmetlerini toplumun gereksinimlerine göre değil, karlarını maksimize etmeye dönük hizmet sunmaya başlamıştır. Bunun stratejilerinden ilki, emek-gücünü baskı altında tutmak, emek-gücü maliyetini düşürmek ve onu verimli çalıştırmak. Bir başka ifadeyle, en düşük maliyetle fazla hizmet üretmesini sağlamak. Esnek istihdam, esnek ücretlendirme, esnek çalışma süreleri ve toplam kalite uygulamaları bu işlevi yerine getirmiştir. Maliyeti azaltmak amacıyla hekim ve hemşire yerine ara emek-gücü kullanılmaktadır. Bu durum bir yandan hekim ve hemşirelerin emek piyasasındaki durumunu zorlaştırır ve sömürü oranlarında artışı sağlarken, diğer yandan ara emek-gücü olan bu yeni grup sağlık

emekçileri için de benzer sonucu yaşatmaktadır. Diğer strateji, tıbbi gereklilik dışında tıbbi teknoloji, tetkik ve ilaç kullanımının arttırılması ve beraberinde hizmetin pahalılaşmasıdır (Özkan, Hamzaoğlu 2008, ILO 1999, Hamzaoğlu 2007). Bir diğer strateji, serbest piyasa için reforme edilen kamu hastanelerinin bir dizi sorun yaşamasından dolayı, beraberinde toplum için kamunun faydasızlığı, özel sektörün gerekliliği algısının ve ileri teknoloji gerektiren hizmetleri kullanım talebinin oluşturulmasıdır (Holden 2005a). Bu bir anlamda tüketiciye dönüşen kişilere/hastalara yönelik özel sağlık sektörünün kullanılması ve gerçek sağlık gereksinimleri yerine, kar getiren hizmet türlerine yönelik talep mekanizmasının oluşturulmasıdır (Belek 2006). Ayrıca bu kurumlarda, karı maksimize etmek için bakım yönetimi gibi, maliyet-etkili çalışmalar da hızla uygulanmaktadır (Cimete 1998, Denton, Zeytinoglu, Davis, Lian 2002).

Sektörde tekelleşme ve bunun beraberinde getirdiği tıbbi gereklilik dışında, tıbbi teknoloji ve ilaç kullanımının artmasıyla, sağlık hizmetlerinin maliyetini arttırdığı gerekçesiyle finans kurumu açısından maliyetin karşılanması güçlüklerini de beraberinde getirmiştir. Sağlık harcamalarının artışı burjuvazi tarafında "kabul edilemez" boyutlarda görüldüğünden, talebi sınırlamak ya da gereksiz olarak ifade edilen talebin ortadan kaldırılması ve sağlık sistemine ek kaynak oluşturulması için "maliyet paylaşım" ve sağlık harcamalarının sınırlandırılması ya da azaltılması için "maliyet sınırlaması" stratejileri uygulanmaktadır. Kişilerin cepten ödemesi, prim oranlarında artış, prim bedelinin yükseltilmesi, sigortalı payı, teminat tavanı, hizmetin sigorta güvence paketi kapsamı dışında bırakılması, teminat paketi kapsamının daraltılması, katkı paylarının artması, ön ödeme ve ekstra faturalama maliyet paylaşımı uygulamalarından bazılarıdır (Belek 2006, Hamzaoğlu 2007). Bu stratejiler, özde toplam sağlık harcamalarını ve maliyeti azaltmadığı gibi, kişilerin cepten ödemesini arttırmakta, kamu eliyle yürütülen hizmetlerin özel sektöre devredilmesine katkıda bulunmaktadır (Belek 2006, Penning, Brackley, Allan 2006). Örneğin, İskandinav ülkelerinde bir hastanın bir günlük hastanede yatışı için ödemek zorunda olduğu katkı payı 6 İngiliz sterlini'dir (Holden 2005b).

1980'li yıllardan beri kapitalist ülkelerde ağırlıklı olarak gündeme getirilen evde sağlık hizmetleri, egemen eğilimin aksine, yukarıda açıklanan özelleştirme ci sağlık politikalarının ve uygulamalarının bir parçasıdır (Özkan 2000, Özkan 2006, Randall, Williams 2006). Özetlemek gerekirse, piyasadaki rekabete dayanamayan hastaneler, var olabilmek ya da gerekli rekabeti sürdürebilmek için ya kapanmış ya da yatak kapasitelerini azaltmıştır. Bu durum, kişilerin/hastaların bakım, bazı tedavi ve destek hizmet gereksinimlerinin karşılanamamasına yol aç-

mış, beraberinde piyasada evde sağlık hizmeti talebini oluşturmuştur. Temel amacı kar etme odaklı olan bu hastanelerde, hastaların mevcut yatış süresinin uzun süreli olduğu ve bunun ek maliyete yol açtığı düşüncesi yaygınlık kazanmıştır. Hastaların hastaneyi akut bakım için kullanması gerekirken, sıklıkla uzun süreli bakım için kullandığı belirtilmiştir. Hastaların hastanede 'uzun süre kullandığı yataklar' "sosyal neden ile kullanılan yataklar" olarak tanımlanmıştır (ILO 1999, ILO/PSI 1999, Randall, Williams 2006, Harrington 1984, Denton ve diğ., 2002). Bu reformlar sonucunda bakımın sadece mekanı değil, aynı zamanda koşulları da köklü bir biçimde değişmeye başlamıştır (Penning ve diğ., 2006).

Hastanede uzun süreli bakıma ve tedaviye gereksinim duyanların önemli bir bölümü tam ya da yarı bağımlı olan yaşlılar, psikiyatrik hastalığı olan vb. hastalardır. Bu hastalar emek yoğun bir bakımı ve tedaviyi gerektirir. Bu bazen bir hemşirenin ya da sağlık çalışanının zamanının çok büyük bir bölümünü sadece bu hastalarla geçirmesini gerektir ve bu hizmetlerin yerine teknolojiyi koymak mümkün değildir. Kar hedefini güden hastaneler için böyle bir emek yoğun hizmet bile onlar için önemli bir engel olarak görülmüştür. Bunun dışında, evde sağlık hizmetleri hastanelere göre daha az bir sermaye gerektirir ve büyük oranda emek yoğun bir sektördür (Randall, Williams 2006). Bu sermaye sınıfı için iyi bir yatırım olanağıdır. Tüm bu nedenlerden dolayı, piyasa aktörleri tarafından çözüm olarak pahalı kabul edilen kurum temelli bakım yerine, -hastane hizmetleri- politik bir retorik olarak da kabul edilen daha ucuz olduğu ön görüşüyle "toplum temelli bakım" özellikle evde bakım ya da evde sağlık hizmetleri önerilmiştir.

Tüm kapitalist ülkeler son otuz yıldır, ülkemiz ise yaklaşık 15 yıldır bu tablo ile karşı karşıyadır. Bunun sonunca, çok sayıda ülkede doğal olarak hastalar hastaneden daha ucuz olacağı öngörüsüyle erken taburcu edilerek, evde bakım hizmetlerine ya da ayaktan kliniklere yönlendirilmiştir (ILO/PSI 1999, Coleman 1995, ILO 1999, Belek 2006, Randall, Williams 2006). Bu gelişmelerle eş zamanlı olarak, hastaların hastaneden erken taburcu edilmesine yönelik bilimsel araştırma sayısında da artış olmuştur. Bu durum, hastaların hastaneden erken taburcu edilmesi, hastanede sürdürülmesi gereken bazı bakım ve destek hizmetlerinin bir bölümünün sınırlandırılmasıdır. Ya da bakım, rehabilitasyon vb. hizmetlerin daha az kamusal kaynak, daha fazla cepten ödeme ile evde sürdürülmesidir. Yukarıda da ifade edildiği gibi, bu bir maliyet paylaşım stratejisidir (Penning ve diğ., 2006). Bir başka ifadeyle, hastanede yürütülen bakım gibi bazı hizmetler sınırlandırılarak, harcamalardan tasarruf yapılması öngörülmektedir ve sağlık sektöründe ilk olarak merkez kapitalist ülkelerde uygulanmaya başlamıştır. Bu ülkelerin büyük bir çoğunluğunda, kişiler hastaneye yattığında yiyecek, temizlik vb.

destek hizmetleri, bazı terapiler için her herhangi bir cepten ödeme yapmaz iken ya da çok az bir katkı payı öderken, hastaneden erken ayrıldığında, aldığı sağlık hizmetlerin bedelini cebinden karşılamak durumunda kalmaktadır (Özkan 2000, Coleman 1995, Harrington 1984). Özellikle genel bütçeden finansmanlı birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlü olmadığı, sağlık kurumları arasında basamağın, sevk ve geri bildirim mekanizmasının bulunmadığı ülkelerde böylesi bir uygulama, onun parasını karşılayamayacak büyük toplumsal kesimler için bu hizmetten mahrum olmak ve önemli sağlık riskleri ile karşı karşıya kalmaktır.

Evde Sağlık Hizmetlerindeki Son Gelişmeler

1. Giderek piyasalaşan ve ticarileşen sağlık sistemi içinde bugün evde sağlık hizmetleri, çoğu ülkede ya özel sağlık kurumları tarafından -çokuluslu, çok ortaklı şirketlerin elinde- ya da kamunun -özellikle belediyeler- özel sektör ile yaptığı sözleşmelerle satın alınarak yürütülmektedir.

ABD, Kanada İngiltere başta olmak üzere kapitalist ülkelerde 1960'lı yıllardan itibaren kamu sigortaları tarafından önemli oranda desteklenen evde sağlık hizmetleri, sağlık sektöründeki özelleştirmelerle kısa sürede çok uluslu çok şirketli büyük sermayeli kurumlara dönüşmüştür (Harrington 1984, Harrington, Woolhandler, Mullan, Carrillo, Himmelstein 2001, Randall, Williams 2006, Özkan, Hamzaoğlu 2008, Özkan 2000). ABD'de 1963 yılında 1.100 olan evde bakım şirketi, 1996'da 22 bin olmuştur (Akdemir 2001). Aynı ülkede kar amaçlı evde bakım kurumlarının payı 1997 yılında %88.6 iken, 2001 yılında ise üçte ikisi büyük şirkete dönüşmüştür (Özkan 2000, Harrington ve diğ., 2001). Bunun yanı sıra, Kanada, Danimarka, İsveç, Finlandiya, Hollanda vb. ülkelerde ise sağlık sektöründe finansman ve hizmet sunumu bir arada ve kamusal iken, 1988 yılından itibaren evde sağlık hizmetleri dahil pek çok sağlık hizmeti belediyeler tarafından ve kamunun özel sektörden hizmet satın alması şeklinde yürütülmeye başlamıştır (Penning ve diğ., 2006, Coleman 1995, Laamanen, Broms, Happola, Brommels 1999). Örneğin, İngiltere'de 2006 yılında evde bakım hizmetlerinin her hafta 3.7 milyon saati yerel yönetimler tarafından sunulmaktadır ve bunun %80'ini özel sektör oluşturmaktadır (Bell 2008). Evde sağlık hizmetlerinin özel sektörün mülkiyetinde ve/veya yönetiminde olması, finansmanın önemli oranda cepten ödeme ya da katkı payı ile karşılanması, ödeme gücü olanların ise bu hizmeti özel sağlık sigortasıyla karşılamasıdır. Ek ödeme biçimlerini karşılayamayan büyük emekçi kesimler ise bu hizmete ulaşamamakta, başka bir ifadeyle, parasının yettiği kadar alabileceği hizmetle yetinmek zorunda kalmaktadır. Bu onların sağlık durumu için büyük bir risk faktörüdür (Özkan 2000, Randall, Williams 2006). Evde

sağlık hizmetleri için özel sigorta yaptıırma gücü olanlar ise başka bir risk ile karşı karşıyadır. Çünkü bu şirketler karlarını arttırmak için ödeme zorluğu bulunmayan özel sigortası olan hastaları ya da düşük maliyet ile daha az bakıma gereksinimi olanları tercih etmektedir (Harrington 1984). Ayrıca kar amacı güden ve sayıları giderek artan evde bakım kurumlarının nitelikli bakım sağlayamadığı belirtilmektedir (Denton ve diğ., 2002, Harrington ve diğ., 2001, Harrington 1984, Coleman 1995, Randall, Williams 2006, Castle, Men, Engberg 2006).

2. Evde sağlık hizmetleri hastanedeki hizmetlerden daha ucuz değildir.

Araştırmaların büyük bir çoğunluğu, evde sağlık hizmetlerinin hastanedeki hizmetlerden daha ucuz olduğuna dayanır ve maliyet ise daha çok hastanın hastanede yattığı gün sayısı ile hesap edilir (Gerson, Hughes 1976). Aile üyelerinin cepten harcamaları, aile üyelerinin profesyonel bakıma ücretsiz emek olarak katılımı, sağlık çalışanlarının ve ailenin ücretlendirilmeyen emeği, sabit ve yinelenen maliyetler analiz edilmediği takdirde, evde sağlık hizmetleri hastanedeki hizmetlerden daha ucuz görülebilmektedir (Denton ve diğ., 2002, King, Hall, Caleo, Gurney, Harnett 2000, Guerriere ve diğ., 2008). Nitekim bu faktörler dikkate alınarak yapılan çalışmalarda, evde sağlık hizmetlerinin ucuz olmadığı görülmektedir. Örneğin, evde yürütülen kemoterapinin hastaneden yürütülmesinden daha pahalı olduğu tespit edilmiştir (King ve diğ., 2000). Ayrıca hastaların erken taburcu edilmesi ve evde sağlık hizmetlerini finanse edecek gücü olmaması nedeniyle hizmetten mahrum olması, başka sağlık sorunları ile onların tekrar hastaneye başvurmasına yol açabilmektedir (Özkan 2006). Kamusal sigortaları olanların dahi bu hizmet için cepten ödeme, katkı payı gibi ek ödeme biçimleri ise kişiler için ekonomik bir yüküdür (Penning ve diğ., 2006, Denton ve diğ., 2002, Stewart, Grabowski, Lakdawalla 2009, Randall, Williams 2006). Örneğin, ABD’de 1977-2004 yılları arasında hemşirelik evlerinden alınan evde sağlık hizmetlerinde cepten ödemeler %7.5 artmıştır. Aynı ülkede 2005 yılında kamusal sigorta olan Medicare kapsamında olmayanların cepten ödemeleri evde bakım harcamalarının %40’ını oluşturmuştur (Stewart ve diğ., 2009).

3. Evde bakım kurumlarında çalışan sağlık çalışanları, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmadığı gibi ucuz emek gücüdür.

Sağlık sektöründe halen devam eden piyasalaşmayla, özel ve kamu işletmesine dönüşen evde sağlık hizmetleri kurumları da piyasada rekabet edebilmek ve karlarını arttırmak için esnek üretime dayalı çalışma biçimlerini arttırmaktadır. Örneğin, “Tele çalışma” evde sağlık hizmetlerinde giderek artmaktadır. ABD’de evde sağlık hizmeti için her gün günde 1.5 milyon ev ziyaretinin yapıldığını ve bunun maliyetinin 90 dolar olduğu bunun da işletmeye yük getirdiği belirtilmek-

tedir. Çözüm olarak da maliyeti 20-30 dolara düşüren “tele ziyaret” uygulamaları başlatılmış, 1997 yılından itibaren ise “tele evde sağlık hizmetleri kurumları” hızla yaygınlaşmıştır. Bu durum, maliyeti düşürüp bu kurumların sahiplerinin karını arttırırken, evde sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının birbirleri ve hastalar arasındaki iletişimi azaltmakta, çalışanların iş yükünü arttırmakta, hastaların ev ortamında görülmeden teknoloji kanalıyla mekanik bir bakım ve tedavi hizmetinin sunulmasına yol açmaktadır (Wheeler 1998, Denton ve diğ., 2002).

Evde sağlık hizmetleri emek yoğun bir sektör olmasına karşın, maliyet artışlarının bir nedeni de emek maliyet olarak görüldüğü için şirketler ucuz emek gücü stratejileri uygulamaktadır. O nedenle evde sağlık hizmetlerinde kadın emeği, göçmen emeği ve eğitim düzeyi düşük – genellikle lisans mezunu olmayan hemşireler- sağlık çalışanları sendikasıız olarak, çok düşük ücretlerle, ağır iş yükü altında ve iş güvencesizliği içinde çalışmaktadır (Bell 2008, Breedveld ve diğ., 2006, ILO 1999, Randall, Williams 2006, Neysmith, Aronson 1997, Özkan, Hamzaoğlu 2008). Bir çalışmada ABD’ye sınavla gelen hemşirelerin öncelikle sağlık ve güvenlik açısından riskli kabul edilen hastanelerde (%63), daha sonra evde bakım merkezlerinde çalıştıkları belirlenmiştir (Özkan 2008).

Evde giderek karmaşıklaşan sağlık hizmetleri karşısında eğitim düzeyi düşük emek-gücü tek başına olduğundan önemli zorluklarla karşılaşmaktadır (Laamanen ve diğ., 1999, Denton ve diğ., 2002). Karın artmadığı durumlarda özel ya da kamu işletmeleri kanalıyla yürütülen evde sağlık hizmetleri kurumları sahipleri tarafından çalışan sayısı azaltılmaktadır. Örneğin, ABD’deki hemşirelik evlerinde 1992-2003 yılları her yıl %2 düzeyinde sağlık emek-gücü azaltılmıştır (Castle, Men, Engberg 2006). Evde sağlık hizmeti talebi artarken, evde sağlık hizmeti sunan sağlık çalışan sayısının azaltılması onların iş yükünü ve yoğun çalışmasını arttırmaktadır (Denton ve diğ., 2002, Randall, Williams 2005, Laamanen ve diğ., 1999). Ayrıca düşük ücretler nedeniyle, sağlık çalışanları daha fazla ücret ve daha az sorumlulukla büyük süpermarketler gibi herhangi bir yer de çalışmayı tercih etmek zorunda kaldığından, evde bakım kurumlarından kısa sürede ayrılmaktadır (Bell 2008). Temizlik vb. ev destek hizmetlerinin tümüyle ücretli olması, özellikle evdeki yaşlı ve yakınlarının sağlık bu destek hizmetleri birbirine karıştırmasına da bağlı olarak, sağlık çalışanlarından bu hizmetler talep edilmekte bu hizmetlerin bazıları sağlık çalışanları tarafından yerine getirilmektedir. Bu, sağlık çalışanlarına önemli zorluk yaşatmasının yanı sıra, ücretlendirilmeyen işlerin de evde gerçekleştirilebildiğini göstermektedir (Neysmith, Aronson 1996). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar, böylesi çalışma koşulları içinde olan sağlık çalışanlarının iş güvencesizliği yaşamasına, iş stresi, yorgunluk, ve tükenmişlik gibi mesleki

risklere yol açtığını göstermektedir (Hasson, Arnetz 2008, Denton ve diğ., 2002, Brulin, Winkvist, Langendoen 2000, Özkan 2006). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin %72.3'ünün tanımadığı insanların evlerinde hizmet verme, %73.8'i hastaların evlerinde bakım için uygun ortam sağlama konusunda güçlük yaşadığı belirlenmiştir (Kar 2008).

4. Giderek paralı hale dönüşen evde sağlık hizmetleri, ödeme gücü olmayanlar için bu hizmetin informal bakım vericilerden almasına yol açmaktadır.

Piyasacı sağlık politikaları gereği hastaların hastaneden hızla taburcu edilmesi, evde sağlık hizmetinin az sayıda sağlık çalışanı ile yürütülmesi gibi maliyet etkili çalışma, formal iş gücünde bakım verici olarak görünmeyen informal bakım vericilerin sayısını arttırmıştır. Literatürler, özellikle merkez kapitalist ülkelerde evde sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanı sayısının azalmasıyla birlikte, informal bakıcıların artışının kaygı verici olduğunu belirtmektedir. Emeklerinin karşılığı ödenmeyen bu informal bakım vericiler daha çok kadınlar ve evdeki anne ya da evin kız(lar)ıdır. Bu durum evde sağlık hizmetine gereksinim duyan kişinin sağlığını tehdit etmesinin yanı sıra, bakımı üstlenen evdeki kadın için ek bir yük, çok büyük bir emek zamanıdır. Buna karşın görünmeyen bir emektir (King ve diğ., Coleman 1995, Lilly Laporta, Coyte 2007).

Sonuç olarak, böylesi özelliklere sahip bir sağlık sistemi içinde gelişen ve büyüyen evde sağlık hizmetleri ancak piyasacı sağlık sistemini destekler ve onun devamlılığını sağlar. Sürekli, eşit ve ulaşılabilir bir hizmet ise mümkün değildir. Bu uygulama içinde olan ülkelerdeki veriler ise bunu desteklemektedir.

Türkiye'deki Durum

Bilindiği gibi, Türkiye'deki sağlık sistemi 1980 yılından itibaren köklü değişimlerle karşı karşıyadır. Kamu sağlık kurumlarının işletmeleştirilmesi, özelleştirme, merkezi sağlık örgütlenmesinin desantralize edilmesi, devletin tümüyle sağlık hizmetlerinden elini çekmesi, kamu kaynaklarıyla özel sektörün desteklenmesi, finansmanda genel bütçenin yerine ek sağlık vergilerini oluşturan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, sağlık ocakları ve sağlık evleri gibi birinci basamak sağlık kurumlarını ortadan kaldırılarak, aile hekimliği bu uygulamalardan en önemlileridir. Bir başka ifadeyle bu reformlar "pahalı ve paralı" sağlık hizmetine geçişin araçlarıdır. Bunların yanı sıra, performansla göre ücretlendirme, kamusal istihdamın daraltılmasına bağlı olarak sözleşmeli sağlık çalışanı çalıştırılması, esnek çalışma saatleri ise diğer özelleştirmeci sağlık politikaları ve uygulamalarıdır (Hamzaoglu 2007, Özkan, Hamzaoglu 2008). Tüm kapitalist ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de evde sağlık hizmetleri bu özelleştirmeci sağlık poli-

tikaları içinde önem kazanmıştır. Türkiye’de özellikle 1990’lı yılların sonlarına doğru çeşitli kurumlar ve bilim insanları tarafından evde sağlık hizmetlerinin gerekliliğine büyük oranda egemen eğilimin gerekçeleriyle dikkat çekilirken, aynı zamanda konu ile ilgili bilimsel makale ve bilimsel toplantı sayısında artış görülmektedir.

1930 yılında yasalaşan 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 1961 yılında yasalaşan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun son yıllara kadar bazı eksiklikleri olsa da evde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi açısından önemli olmuştur (Cimete 1998). Örneğin, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki Yönetmelikte; uzman hekimlerin gerekli olduğu durumlarda konsultasyon için evde hasta muayenesi, sağlık ocağı hekiminin takdirine bırakılan evde hasta muayenesi ve tedavisi, hemşireler ve ebeler tarafından yapılan gebe, bebek ve çocuk, 15-49 yaş kadın izlemleri, evde doğum ve bağışıklama hizmetleri evde yürütülen sağlık hizmetleridir (<http://www.hukuki.net/kanun/63470.35.text.asp>). Bunlar parasız hizmetlerdir ve birinci basamak sağlık kurumları tarafından yürütülmektedir. Kısa bir süre sonra, bu yasaların karşısında sağlık mevzuatının yürütülmesi, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün piyasacı sağlık politikalarının uygulanması sonucunda, tüm hizmetlerde olduğu gibi sınırlı kapsamda evde yürütülen sağlık hizmetleri de önce sekteye uğramış daha sonra da yürütülemez hale gelmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesinin yanı sıra, hastaların/kişilerin hastaneden hızla taburcu edilmesiyle, onların bakım, tedavi vb. sağlık hizmetleri de büyük oranda ailelerin sorumluluğuna dönüşmüştür. Bu kişilerin bir bölümü gereksinimlerini eğer bedelini ödeme gücü yeterse özel evde bakım merkezlerinden ya da belediyeler tarafından sunulan paralı evde bakım hizmetlerinden karşılamaktadır. Son yıllar evde sağlık hizmetleri uygulamasına işletmeleştirilmiş sınırlı sayıdaki devlet hastaneleri de (Denizli, Nazilli, Balıkesir vb.) dahil olmaya başlamıştır.

Bu eğilimlerle beraber, Sağlık Bakanlığı 10.03.2005 tarihinde 25751 Sayılı “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” yayımlamıştır. Bu yönetmelik, sayılarının ne kadar olduğu bilinmeyen ancak giderek artan tümüyle özel evde bakım sağlık kurumlarının açılması ve denetimine yönelik faaliyetini düzenlemeye dönüktür. Bir bakıma onların işlerlik kazanmasına yöneliktir. Son yıllarda özel hastanelerde olduğu gibi, özel evde bakım sağlık kurumlarının belirli bir süre kamusal fonlarla subvanse edilmesi de olasıdır. 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 hiç bir geri bildiri mekanizma bulunmayan ve kişilerin ödeme gücü ile sınırlı olan paralı evde sağlık hizmetlerinin herkese süreklilik ilkesiyle hizmet sunması olanaklı değildir.

Evde Sağlık Hizmetleri Nasıl Olmalıdır?

Sürekli, eşit ve herkesin ulaşabileceği bir “evde sağlık hizmetleri nasıl olmalıdır?” sorusuna yanıt verebilmek için öncelikle “sağlık sistemi nasıl olmalıdır?” sorusuna yanıt vermek gerekir. Sağlıklı bir toplum için nitelikli sağlık sistemi: a) öncelikle herkesin sağlığını geliştirmeye, hastalıkların önlenmesine ve hastalıklardan korumaya odaklı b) hizmetin içeriği ne olursa olsun, parasız c) eşit ve ulaşılabilir d) sağlık örgütlenmesi merkezi e) basamaklı ve basamaklar arasında sevk zinciri olan e) sağlık sisteminin yapı taşı olan güçlü bir birinci basamak sağlık kurumları olan f) sağlık hizmetini sürekli ve toplumun gereksinime göre sunan g) entegre ve bütüncül h) kişiye ve çevreye yönelik hizmetler bir arada sunan ı) sağlık kurumlarının ve sağlık emekçilerinin eşit dağılan i) üretimin gerçekleştiği/insanın yaşadığı her yere sağlık kurum ve kuruluşu olan j) sağlık çalışanları ve hastalar/kişiler için sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı bulunan k) sağlık çalışanlarının ekip anlayışı ile kolektif çalıştıkları özelliklere sahip olmalıdır (SoL Meclis Sağlık Komisyonu 2003). Ancak böyle bir sağlık sistemi içinde tasarlanan bir evde sağlık hizmeti amacına ulaşabilir. Ne var ki bu özelliklere sahip bir hizmetin kapitalist bir toplumsal bir formasyonda olması olanaklı değildir.

KAYNAKLAR

- Akdemir N. (2001) Sağlık hizmetlerinde süreklilik Evde Bakım Hizmetleri. Yeni Türkiye, 7(39):926-934.
- Belek İ. (2006) Talep, maliyet paylaşımı, maliyet sınırlaması, talep belirsizliği. İçinde: Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü. eds E. Nalcacı, O. Hamzaoğlu ve E. Özalp. Nazım Kitaplığı, İstanbul. ss. 179-181, 307.
- Bell L. (2008) Home care in England. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi. 20-23 Eylül 2008, İstanbul. ss. 24-28.
- Breedveld EJ, Meijboom BR, De Roo AA. (2006) Labour supply in the home care industry: A case study in Duch region. Health Policy, 76(2):144-155.

- Brulin C, Winkvist A, Langendoen S. (2000) Stress from working conditions among home care personnel with musculoskeletal symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1):181-189.
- Castle NG, Men A, Engberg J. (2006) Downsizing in the nursing home industry. *Health Care Management*, July-Sep; 31(3):321-340.
- Cimete G. (1998) Evde sağlık bakımı hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve evde bakımda hemşirelerin yeri. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi. 24-26 Eylül 1998, İstanbul. ss. 7-16.
- Coleman BJ. (1995) European models of long-term care in the home and community. *International Journal of Health Services*, 25(3):455-74.
- Denton, M, Zeytinoglu IU, Davies S, Lian J. (2002) Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring. *International Journal of Health Services*, 32(2):327-357.
- Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik. R.G. Tarihi:10.03.2005 R.G. Sayısı: 25751 <http://www.saglik.gov.tr/TR/Yonlendir.aspx?...> Erişim tarihi: 20 Haziran 2009.
- Gerson LW, Hughes OP. (1976) A comparative study of the economics of home care. *International Journal of Health Services*, 6(4):543-555.
- Guerriere DN, Wong AY, Croxford R, Leong VW, McKeever P, Coyte PC. (2008) Costs and determinants of privately financed home-based health care in Ontario, Canada. *Health&Social Care in the Community*, Mar;16(2):126-36.
- Hamzaoğlu O. (2007) Kapitalizmin depresyonu ve sağlık: Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı. *İktisat*, 479-480: 58-65.
- Harrington C. (1984) Public policy and the nursing home industry. *International Journal of Health Services*, 14(3):481-490.
- Harrington C, Woolhandler S, Mullan J, Carrillo H, Himmelstein DU. (2001) Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care? *American Journal of Public Health*, Sep;91(9):1452-1455.
- Hasson H, Arnetz JE. (2008) Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: A comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, Feb;17(4):468-81.
- Holden C. (2005a) Privatization and trade in health services: A review of the evidence. *International Journal of Health Services*, 35(4):675-689. Çeviren Özkan Ö. (2005). Sağlık hizmetlerinde özelleştirme ve ticaret: Kanıta dayalı bir derleme. *Toplum ve Hekim*, 20(6):423-430.
- Holden C. (2005b) Investigating international health markets: Methodological problems and challenges. *Social Policy & Society*, 4(4):427-435.
- International Labour Organization (ILO). (1999) Terms of employment and working conditions in health sector reforms. Erişim adresi: <http://www.ilo.org>. Erişim tarihi: 17 Aralık 2004.
- ILO/PSI. (1999) Employment and working conditions in the health sector of Central Asian Countries ILO/PSI Conference, Almaty, Kazakhstan, 24-26 March 1999. Erişim adresi: <http://www.ilo.org>. Erişim tarihi: 4 Aralık 2004.

- Kar G. (2008) Evde bakım hizmeti veren hemşirelerin hizmetlerde yaşadıkları güçlükler ve iş doyum düzeyleri. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi. 20-23 Nisan 2008, İstanbul. ss. 152.
- King MT, Hall J, Caleo S, Gurney HP, Harnett PR. (2003) Home or hospital? An evaluation of the costs, preferences and outcomes of domiciliary chemotherapy. *International Journal of Health Services*, 30(3):557-579.
- Laamanen R, Broms U, Happola A, Brommels M. (1999) Changes in the work and motivation of staff delivering home care services in Finland. *Public Health Nursing*, 16(1):60-71.
- Lilly MB, Laporte A, Coyte PC. (2007) Labor market work and home care's unpaid caregivers: A systematic review of labor force participation rates, predictors of labor market withdrawal, and hours of work. *The Milbank Quarterly*, Dec; 85(4): 641-90.
- Navarro V. (2007) Neoliberalism as a class ideology; or the political causes of the growth of inequalities. *International Journal of Health Services*, 37(1):47-62.
- Neysmith SM, Aronson J. (1997) Working conditions in home care: Negotiating race and class boundaries in gendered work. *International Journal of Health Services*, 27(3):479-99.
- Øvretveit J. (2003) Nordic privatization and private healthcare. *International Journal of Health Planning and Management*, 18:233-246. Çev Etiler N. (2005) İskandinav ülkelerinde özelleştirme ve özel sağlık hizmetleri. *Toplum ve Hekim*, 20(5): 353-360.
- Özkan Ö, Hamzaoğlu O. (2008) Uluslararası sağlık emek göçü: Ne, nasıl, neden", TÜSAM 3. Sınıf Çalışmaları Sempozyumu. Türkiye İşçi Sınıfı ve Emek Hareketi Küreselleşiyor mu? 19-20 Mayıs, 2007, İstanbul. ss. 170-178.
- Özkan Ö. (2008) Uluslararası hemşire göçü: Kim(ler) için ve neden bir sorundur?. *Toplum ve Hekim*, 23(3): 222-231.
- Özkan Ö. (2006) Evde bakım, evde sağlık hizmetleri. İçinde: Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü. eds E. Nalcacı, O. Hamzaoğlu ve E. Özalp. Nazım Kitaplığı, İstanbul. s. 83.
- Özkan Ö. (2000) Finans boyutu ile evde sağlık hizmetleri neyin alternatifi? *Toplum ve Hekim*, 15(6):182-189.
- Penning MJ, Brackley ME, Allan DE. (2006) Home care and health reform: Changes in home care utilization in one Canadian province, 1990-2000. *Gerontologist*, 46(6): 744-758.
- Randall GE, Williams AP. (2006) Exploring limits to market-based reform: Managed competition and rehabilitation home care services in Ontario. *Social Science&Medicine*, Apr;62(7):1594-604.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik. Erişim Adresi: <http://www.hukuki.net/kanun/63470.35.text.asp> Erişim tarihi: 20 Haziran 2009.

- SoL Meclis Sağlık Komisyonu. (Alpar A, Esenler B, Nalçacı E, Belek İ, Hamzaoğlu O, Özkan Ö) (2003) Sosyalist Türkiye’de Sağlık. Nazım Kültürevi Kitaplığı: 57. İstanbul. ISBN 975-8271-48-2.
- Stewart KA, Grabowski DC, Lakdawalla DN. (2009) Annual expenditures for nursing home care: Private and public payer price growth, 1977 to 2004. *Medical Care*, Mar; 47(3):295-301.
- Thomé B, Dykes AK, Hallberg IR. (2003) Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: Systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, Nov;12(6):860-72.
- Türkay M. (2006) İrlanda sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim*, 21(5-6):344-356.
- Wheeler T. (1998) Strategies for delivering tele-home care-provider profiles. *Telemed Today*, Aug;6(4):37-40.

