

DERLEME**FİNANS BOYUTU İLE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ NEYİN ALTERNATİFİ ?**

Özlem ÖZKAN*

uzmanı, fizyoterapist, iş terapisti, diyetisyen, psikolog, konuşma terapisti ve yardımcı personel vb. oluşmaktadır.

I- GİRİŞ**I.1. Kavramsal Çerçeve**

Bu alanda evrensel bir tanım bulunmamakta, literatürlerin büyük bir çoğunluğunda, evde bakım, evde sağlık bakımı ve evde sağlık bakım hizmetleri birbirinin yerine kullanılmaktadır. ABD Ulusal Evde Bakım Birliği, evde sağlık bakımı kavramını kullanarak, 1994 yılında şu şekilde tanımlama yapmıştır. " Sadece evde bakım olmayıp, yaralanma riski olan, sakatlığı, kronik yada terminal hastalığı olan bireylere, ev ortamında sunulan kısa ve/veya uzun dönemli geniş sağlık ve sosyal hizmetler bütünüdür" (Stanhope, M.;1996:806.; 1990: 1).

Bir başka literatüre göre ise, hizmet tedavi, bakım, terapi, yiyecek-içecek temini, ev temizliği ve evde yaşlılara arkadaşlık etmeye kadar uzanan çeşitlilikte olduğundan kavram "evde sağlık hizmetleri" olarak ele alınmış; fakat benzer tanım kullanılmıştır(Rooney, AL., et. al.;1992:31)

Bu yazıda da evde sağlık hizmeti kavramı kullanılacaktır.

I.2. Genel Bilgiler

Evde sağlık hizmetlerinin amacı, hastanedeki bakımı sürdürme, kişinin kendi kendine yetecek düzeye gelmesini sağlama, kronik hastalıkların komplikasyonlarını önleme, hastalık ve sakatlıkların olumsuz etkilerini en aza indirme, evdeki bakıma yardım etme, kronik ve terminal dönemde olan hastaların yaşam kalitesini artırmadır. Hizmeti yürüten ekip -ülkeden ülkeye, hizmetin içeriğine göre değişiklik göstermekle birlikte- hekim, hemşire, sosyal hizmet

I.3. Gerekçe

Ülkemizde son on yıldır evde sağlık hizmetlerinin gerekliliği birçok meslek grubunca ortak nedenlerle gündeme getirilmektedir. Gerekçe olarak gösterilen bazı temel dayanaklar şunlardır:

- Son 30 yıldır ABD gibi gelişmiş ülkelerin evde bakıma oldukça yer vermesi ve uygulaması,

- Erken taburculuğu sağlayarak hastanedeki kalış süresini azaltması,

- Hasta/kişi memnuniyetinin daha fazla olması,

- Daha az maliyet ile daha kaliteli hizmetin sunulması,

Türk Eczacıları Birliği AR-GE Birimi

- Sağlık harcamalarındaki artışı engelleyerek tasarruf sağlaması,

- Uzun süreli bakıma gerek duyan nüfusun artması,

- Hastalıkların epidemiyolojisinde meydana gelen değişiklikler,

- Tüketicilerin beklentileri,

- Ülkemizde yaşanan sağlık sorunlarına ara bir çözüm yolu olarak görülmesi vb.

Bu yazıda, evde sağlık hizmetlerinin gerekliliği bu "gerekçelerin ötesinde", onun arkasında yatan dinamikler

* Hemşire, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Öğrencisi
Türk Eczacıları Birliği AR-GE Birimi

ile birlikte ele alınacaktır. Dinamik(ler), tarihsel süreç içerisinde evde sağlık hizmetlerini ortaya çıkaran belirleyicilerdir(genel sağlık ortamını belirleyen ekonomik ilişkiler). Çünkü:

- ABD, İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş kapitalist ülkeler için son otuz yıldır evde sağlık hizmetlerini gündemine almaktadır?

- Ülkemizde son on yıldır evde sağlık hizmetleri önerileri neden yoğunlaşmıştır?

- Gerek ülkemizde gerekse ABD gibi ülkelerde sağlığa ayrılan pay çok fazla olup, tasarrufa mı ihtiyaç vardır?

- Ülkemizde yaşanan sağlık sorunları örgütlenme sorunu mu -dur ki, evde sağlık bakımı ara çözüm olsun? Yoksa, örgütlenmeyi biçimlendiren ulusal, uluslararası ekonomi politika mıdır? gibi soruların yanıtları; ancak tarih içinde evde bakımı ortaya çıkaran öğelerle açıklanırsa mümkün olur.

II- EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL SÜRECİ

Evde sağlık hizmetleri, 1700'ü yılların sonunda İngiltere'de daha sonra Birleşik Devletlerde ev ziyaretleri şeklinde ortaya çıkmıştır(Stanhope, M., 1996:807-808., Stone, SC., et al.; 1998.:636-638). Ortaya çıkışı tek başına ya da tesadüf değildir. Bu tarihler sanayileşmenin başladığı zamana rastlamaktadır.

İngiltere, o dönemde sanayileşmeyi ilk yaşayan, dünya konjonktüründe en fazla sömürgeye sahip bir ülkedir. Yoksulluk, salgın hastalık, oldukça sağlıksız barınma koşulları(yaklaşık 150 kişinin 28 küçük odalı evlerde hayvanlarla birlikte kalması), aşırı çalışmaya bağlı omurga deformiteleri, kadın ve çocukların çok uzun saatlerde amansızca çalışması İngiltere'deki işçi sınıfının yaşadığı temel bazı olumsuzluklardır.

Özellikle, salgın hastalıkların artmasıyla İngiltere burjuvazisi sağlığı(hasta olma) ve zenginliği(üretim düşmesiyle karın azalması) zarar görür endişesiyle olumsuz koşulları düzeltmiştir. Yoksulluğu ve açlığı yaşayan işçi sınıfını ertesi günü işine getirecek sağlık hizmeti "yardım etme" nin ötesinde bir şey olamazdı. Bu yaklaşımı gerçekleştirecek hizmet biçimi de evde bakım olmuştur. İngiltere burjuvazisinin isteği üzerine hemşireler, bazı gönüllü hayırsever kurum ve kuruluşlar yoksulların, düşkünlerin ve hastaların evlerini ziyaret ederek, bulaşıcı hastalıkları önleme, evin hijyenik koşullarını sağlama, anne-çocuk bakımı gibi işler üzerinden evde sağlık hizmetlerine başlamışlardır(Jaffe, KB.; 1989).

Bu zaman diliminde ABD "resmi halk sağlığı hareketi"nin içindedir. Bu hareket, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasını İngiltere'deki benzer nedenlerden dolayı öngördüğünden, evde sağlık hizmetleri yine aynı gerekçelerle gündeme gelmiştir. 1885'den itibaren,

Ziyaretçi Hemşireler Birliği'nin kurulması, eğitilmiş hemşire sayısının artması, birliğin hizmetine ödeme sistemi getirmesi hizmetin yürütülmesine dair gelişmelerdir. Evde bakım veren kurum 1901 yılında toplam 130 hemşiresiyle 58'e ulaşmıştır. 1916 yılına gelindiğinde, hizmet büyük bir çoğunlukla kamusal alanda sunulmaktadır(1922 kurum, 5150 hemşire). Ayrıca, ilk olarak evde bakım için iki özel sigorta şirketi kurulmuştur(Stanhope, M., 1996:807-808., Stone, SC., et al.; 1998.:636-638).

Her iki ülkede de evde sağlık hizmetleri ev ziyaretleri şeklinde, yardım etme ve bakım verme niteliğinde, hemşireler tarafından, kamusal alanda, işçi sınıfının sağlığının geliştirilmesi, korunması esasına dayalı, zaman zaman çok düşük ücretlerle sunulmuştur.

Birinci Dünya Savaşı, 1929'da kapitalizmin büyük depresyonu sonucunda yaşanan derin ekonomik kriz kendisini ücretlerin düşmesi, işsizlik, eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi kaynağını kamudan alan hizmetlerin daraltılması, üretim ilişkileri ve biçimlerinin değişmesi olarak göstermiştir. Böyle bir ortam, kapitalistleşme yoğunluğu düşük olan sektörler üzerinde baskı yaratıp, tasfiye edilmelerini sağladığından, işçi sınıfına yardım etme niteliğini taşıyan evde bakım hizmetleri yine burjuvazinin müdahalesi ile 1940'lı yıllara kadar sekteye uğramıştır. Burada çalışan hemşireler işten çıkarılmış ve bir çoğu bu krize habersiz ve hazırlıksız yakalandığından, uzunca bir süredir işsiz kalmıştır. Çok az sayıda yürütülen evde sağlık hizmeti de saat başı ya da kişi başı ödemelerle gerçekleştirilmiştir (Stanhope, M., 1996:809).

Ayrıca, bu yıllarda tekeli sermaye tıp merkezlerini kar getiren alanları olarak gördüğünden, teknolojisini bu alana yöneltmiştir. Toplumda hizmet veren sağlık çalışanları(hemşire, pratisyen doktor vb) teknolojinin olduğu ve uzmanlaşmanın yüksek bir değer olarak kabul edildiği yerlerde eğitilmeye başlamıştır. Bu durum, sağlık çalışanlarının toplumdaki çok yüksek teknoloji gerektiren merkezlerde çalışmasını, pratisyen olmak yerine uzmanlaşmasını gerekli kılmıştır. Bu nedenle, sağlığın korunmasından uzaklaşıp, tedaviye yönelmesi, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının toplumdaki kopup, yüksek teknolojinin bulunduğu yerlerde çalışması evde sağlık hizmetlerinin sekteye uğramasının bir başka boyutudur(Waitzkin, H.;1978:267).

Bu tarihlerde(Ekim 1917 ile başlayan) Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmetleri çok farklı bir anlayışa sahiptir. Bu anlayış; sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması, koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelikli olup, hizmetlerin bütüncül olması, sağlık hizmetlerinden devletin sorumlu olması, halkın katılımını esas alması ve bu ilkeler doğrultusunda sağlık insan gücü yetiştirilmesidir. Sovyetler Birliği'ndeki evde sağlık hizmetlerine dair elimizde veri olmamasına rağmen, sağlık ortamının ABD ve İngiltere'den olumlu olduğunu DSÖ'nün pek çok raporuna dayanan bilgilerden görmek mümkündür.

1945-1960'lı yılların sonuna kadar kapitalist ülkeler Keynezyen makro ekonomik yaklaşımlarla, özünde işteki verimliliği(karı) artırmak amacıyla, kamu sektörünü genişletmiş, eğitim, sağlık gibi hizmetlere bütçeden daha fazla pay ayırmış, sigorta ve ulusal sağlık sistemleri oluşturmuş, işsizlik, yoksulluk ve konut yardımı, yüksek ücret "olanakları" yaratmıştır (Aynı dönemde reel sosyalizmin varlığı ve işçi sınıfının örgütlü taleplerinin etkileri de unutulmamalıdır.). Kapitalist üretim ilişkileri içinde oluşturulan artık ürün fazlalığı bu fazlalığı emeği ile sağlayan işçi sınıfına bir miktar sunularak daha iyi çalışıp, işvereni zenginleştirmesi için gerekliliktir. Maksimum kar koşulları; ancak işçilere görece daha iyi sağlık, eğitim gibi hizmetlerle sunularak gerçekleştirilebilir; bu dönemde gerçekleştirilmiştir de...

Böyle olunca, ABD, İngiltere gibi ülkelerde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin, korunmasının, tekrar gündeme gelmesi, ulusal(İngiltere'de NHS) ya da kamu sigortasına dayalı(ABD'de Medicare ve Medicaid'in kuruluşu) sağlık finansman sistemlerinin kurulması, sağlığa daha fazla pay ayrılması gelişmelerin birkaçı olmuştur. Bu noktada ev ziyaretleri evde sağlık hizmetlerine(bakım, tedavi, sosyal hizmetler) dönüşerek değişmeye başlamıştır. Hemşirelerin bakımı yanında, doktorun da ekibe katılma ile tedavi hizmetleri, fizik tedavi, konuşma terapileri ve sosyal hizmetler olarak yürütülmesi(Jaffe, KB.; 1989), hemşire ve diğer sağlık çalışanı sayısında artış olması, devlet finansmanı ile sağlık müdürlüklerinde resmi evde sağlık hizmetlerinin başlaması, hastanelere bağlı evde bakım merkezlerinin açılması bu alandaki başlıca değişikliklerdir. Ayrıca, yaşlılar için devlet tarafından ücretsiz evde bakım yasal olarak onaylanmıştır(Tanlı, S.;1998). ABD'de Medicare ve Medicaid evde bakımın finansmanını karşılamayı kabul etmiştir.

Bazı literatür bilgilerine göre evde sağlık hizmetleri tanımına uygun olarak, koruyucu sağlık hizmeti kapsamında(evde çalışan halk sağlığı hemşirelerinin prenatal bakım, postpartum ziyaretler ve tüberküloz taraması, topluma yönelik sağlık eğitimi vb. hizmetleri yerine getirmesi) yürütülürken, Medicare'in kuruluşundan sonra geri ödemeye ait düzenlemeler, kar getiren evde sağlık hizmetleri merkezleri sayısının artışı, özel sağlık sigorta şirketlerinin kampanyaları ile bu anlayış kaybolmuştur(Stanhope, M., 1996:822-808., Stone, SC., et al.;1998.:644-646).

Bir başka bulgu da Medicare ve Medicaid' in kurulması özel sektörün ve özel hastanelerin kamu kaynaklarıyla desteklenmesini sağladığından, kamu kaynakları kurutulmaya başlanmıştır(Waitzkin,H.;1978:268). Gerçekten, bu tarihten itibaren gerek ABD'de gerek İngiltere'de evde sağlık hizmetlerinde özel sektörün payı hızla artmaya başlamıştır.

1970'li yılların ortalarında kapitalizmin tekrar uzun dönemli derin bir ekonomik krize girmesi ile, krizi aşma çabaları olarak Yeni Dünya Düzeni(piyasa ekonomisi,

özelleştirme, esneklik) gündeme gelmiştir. Piyasa ekonomisinin tüm yasalarını yaşama geçirmek için; devletin küçültülmesi, kamu harcamalarının kısıtlanması, sermayenin hızlı hareket etmesini sağlayan her türlü engelin kaldırılıp, bilgisayar gibi teknolojik araçlarla hızlandırılarak uluslararasılaştırılması, sağlık ve eğitim gibi hizmetlerin özelleştirilmesi, taşeronlaştırma, sendikasılaştırma başlıca öngörülen durumlardır.

Sağlık hizmetlerinin hızla özelleştirilmesi, yüksek teknolojiyi içine alan tedavi hizmetlerinin ağırlık kazanması, sağlık harcamalarının fazlalığı gerekçe gösterilerek kalite-maliyet, etkililik çalışmalarının yoğunlaştırılması, sağlık çalışanlarının esnek çalışma biçimlerine(yarı zamanlı, geçici, sözleşmeli çalışma vb) yönlendirilmesi/zorlanması sağlık ortamının bazı özellikleridir.

İşte tam da bu noktada evde sağlık hizmetleri daha da gündeme gelmeye başlamıştır. ABD'de Reagan'ın " Sokağa atmayalım da besleyelim mi?" ifadesi ile tüm bakımevi ve darülacezelerin boşaltılması, evde sağlık hizmetlerinin de fazlasıyla olumsuz etkilenmesinin en somut örneğidir. İlk ortaya çıkışı işçi sınıfına yardım etme niteliğinde iken, bu tarihlerden sonra biçim değiştirmiştir. Hastanecilik hizmetlerinin sağlık harcamaları içindeki payı fazla olduğu görüşünden hareketle, evde sağlık hizmetlerinin hastaneye göre daha etkin-etkili, daha ucuz ve kaliteli olması, hastaneden erken taburcu olmayı sağlaması, hasta memnuniyetini artırması, özel sağlık sigortasının hastanedeki harcamaları ödeme güçlüğü nedeniyle bu hizmetin baskınlaşmasına yönelik teşvik kampanyaları temel gerekçeler kabul edilmiştir(Logan, BB.et al.;1986., Stanhope, M. ;1996). Burada kullanılan bazı araştırma bulguları şunlardır:

- Evde bakım hastaneye göre kişi başı 2650-6360 dolar tasarruf sağlamıştır(Huges, LS., et al.; 1997).

- Evde bakım hastanede kalış süresini ortalama 2.5-6 gün azaltmaktadır(Huges, LS., et al.; 1997).

- Kanada'da yaklaşık 300 yataklı orta büyüklükte bir hastanenin günlük bakım maliyeti 300 dolar iken, evde bakımın maliyeti 150 dolardır. Bu ülkede, 1985 yılı kişi başı hastane sağlık harcamaları yaklaşık 518 000 dolar iken, evde bakım bunun ancak üçte biridir(%44.3) (Federal/Provincial/Territorial Working Group On Home Care.; 1990: 9-20).

- ABD'de hastanede bakım yerine evde bakım tercih edildiğinde, AIDS'li hasta için %88, beslenme ve solunum güçlüğü olan yeni doğan için %67, normal hemşirelik bakımı %63 ve tüple beslenen hastalar için %64 oranında tasarruf sağlandığı saptanmıştır(MedPro Month ; 1991).

- ABD ulusal sağlık harcamalarının %40.2'sini hastanede bakım, %21.6'sını hekimlik, %9.1'ini evde hemşirelik bakımı, %3.7'sini de diğer evde bakım

hizmetleri oluşturmaktadır(Dodd, KJ.; 1998).

ABD’de bundan sonra evde sağlık hizmetleri açıklanan nedenlerden dolayı özendirilmeye başlanmış olup; hemen gerekli yasal düzenlemeler yoluna gidilmiştir. Bazı yasal düzenlemeler:

a- 1972 yılında Medicare’in evde sağlık hizmetlerinin %80 kendisi, %20’sini özel sigorta ya da kişilerin kendilerinin ödemesi,

b- Medicare evde sağlık hizmeti alan bir kişinin ödemesini yapacağı koşulları şu şekilde belirtmiştir:

- Hastanın eve bağımlı olması,
- Sunulan hizmet(ler)in en az 62 günde bir doktor tarafından gözden geçirilerek devam etmesi ya da bırakılması kararının verilmesi,
- Terapilerin sürekli, evde sağlık yardım hizmetlerinin gerekli olduğu takdirde denetlenmesi,
- Ev temizliği ve yiyecek hizmetlerini kişinin kendi cebinden ödemesi,
- Nitelikli hemşirelik hizmetlerinin ve terapilerin(fiziksel, iş, konuşma) sürekli olmaktan çıkarılıp, aralıklı ya da yarı zamanlı olmasıdır. Nitelikli hizmet kriteri bireyin durumu ve hizmetin kompleks olması, kayıtlı hemşire ve fizyoterapist tarafından denetimi gerektirmesi, müdahalelerin tıp dışı kişiler tarafından yapılması olarak tanımlanmış ve bunlar dışındaki hizmetlerin ödentisi yapılmamıştır(Stanhope, M., 1996.,Stone, SC., et al.; 1998.).

Medicaide’nin evde sağlık hizmetlerini ödeme koşulu ise:

- Kişileri yıllık gelirinin 14000 doların altında olması,
- Yoksul çocukların teşhis, tarama ve tedavileri,
- Aile planlaması hizmetleri,
- Sadece akut bakımı değil, uzun süreli bakımı,
- Dış bakımı, reçeteli ilaçlar ve gözlük temini,
- Nitelikli ve niteliksiz, bakım, tedavi ve terapi ve rehabilitasyon gibi hizmetlerin tümünün ödemesini yapmaktır(Benson, RE., et al.;1976:197).

Ulusal Evde Bakım Birliği bu düzenlemelerin ortadan kalkması için Medicare’e karşı dava açmışsa da başarılı olamamıştır.

c- 1982 yılında ABD kamu hastanelerinde kalış sürelerini azaltan ödeme planı uygulamaya koyarak,

hastaneler için PPS(Prospective Payment System) getirilmiştir. Bu nedenle 1983 yılından itibaren hastane hizmetlerinde maliyet etkililik çalışmaları, kişisel sağlık harcamalarının azaltılması üzerinde daha fazla durulmuş, hastanedeki uzun süreli bakım PPS ile bırakılmış, erken taburculuk uygulanarak hasta bakımı eve yöneltilmiştir. PPS’nin ilk yılında 21milyon bakım günü hastaneden eve transfer edilmiş, erken taburculuk PPS’nin kabulü ile %65 oranında artmıştır(Cushing, M.;1988).

Bir kaynağa göre bu kadar hızlı taburculuk karşısında ailelerin bunun üstesinden gelemeyeceği ya da tasarruf yapılması düşünülürken ek maliyet getireceği görüşüdür(Proctor, E., et al.;1992). Başka bir kaynağa göre PPS ile hastaların tekrar hastaneye dönüşünün artmasıdır. Bir çalışmada erken taburcu edilen hastaların %43’ü iki hafta içinde tekrar hastaneye geri dönmüştür. Bir hasta erken taburculuk adına hastaneden sadece temel sağlık problemleri çözümlenip eve gönderilirse, özellikle bakım veren hemşireleri çok büyük tehlikeler beklemektedir. Ayrıca, hastalarda yukarıda belirtilen koşullarda taburcu olmaktan memnun değildir. Bunun yanında çalışanların mesleki hatalı uygulamaları da artmıştır(Haydel, J.; 1999).

Bu veriler ülkemiz koşulları içinde göz ardı edilmemesi gereken bilgilerdir. Çünkü; evde sağlık hizmetlerinin gerekliliği ifade edilirken, bu tarihler referans olarak gösterilmektedir. Oysa, örnek gösterilen ülkelerden de görüleceği üzere evde sağlık hizmetlerinin dile getirilişinin gerekçeleri bambaşkadır. Ülkemizde bu gerekçelerin arkasındaki dinamikler gözardı edilerek, evde sağlık hizmetleri gerekliliği dile getirilir ise, döner sermaye uygulamaları esasında çalışan hastaneler için erken taburculuk hızlı hasta sirkülasyonu ve hızlı kar fırsatı sağlayacak, ayrıca bu ya da özel sektöre bağlı evde bakım merkezleri açılarak kişilerin bazı bakım, tedavi ve terapileri ücretsiz alma hakkı elinden alınacaktır.

1970’li yıllardan itibaren evde bakımın daha ucuz olduğu düşüncesi ağırlıkta iken, 1980’li yılların ortalarından sonra liberal politikaların esintileri evde sağlık hizmetlerine doğru da yöneldiğinden, evde sağlık hizmetlerinin daha ucuz olduğu argümanı bırakılmış, gerek özel sağlık sigorta şirketleri gerekse ABD’de Medicare ve Medicaide “Evde sağlık hizmetleri pahalı oluyor” görüşünü dile getirmeye başlamıştır. Örnek vermek gerekirse:

- ABD’de hastane bakım harcamaları %11.1, doktor hizmetleri %11artar iken, evde sağlık bakımı %34.4 artmıştır (Bishop, C.,et al.;1993:96).

- ABD hükümeti evde bakım için 1990 yılında 10 milyar dolar, 1993 yılında da birey ve aileler için uzun süreli bakıma 100 milyar dolar ödemiştir(Stone, SC., et al.; 1998:643).

- Evde sağlık hizmetleri için Medicare %66, Medicaide %16.8 gibi büyük oranda ödeme yapmıştır. Cepten ödeme ve özel sigorta %9.1 gibi küçük bir orana sahiptir(Stone, SC., et al.; 1998.:644).

1980'li yılların ortalarından itibaren bu defa evde sağlık hizmetleri harcamalarının nasıl kısıtlanacağı, bunun için hizmet paketinin nasıl daraltılacağı, kişilerin ne kadar daha fazla prim ödeyeceği, kamunun payının nasıl azaltılacağı, başlıca çözüm önerileri olarak görülmüştür. Bununla da ilgili ABD'de tekrar yasal düzenlemeler yoluna gidilmiştir.

d- 1993 de harcamaları kısıtlamak amacıyla Medicare'den yararlananların hizmet sınırlılıkları tekrar belirlenmiştir. Ödeme kapsamında olan hizmetler:

- 1980 yılında evde kısıtlılık kriteri kaldırılıp, 65 yaş üstü sınırı getirilmiştir. Eğer kişiler tıbbi bakım almak için yetişkin bakım merkezlerine başvurur ise(diyaliz kliniklerine, kemoterapi yapılan yerlere vb.) evdeki sınırlılıkların göz önünde bulundurulması,

- Bu kişilerin kronik ya da terminal hastalığı olması,
- Akut bakım (kısa zamanda, aralıklı),
- Sınırlı iş terapistleği ve nitelikli hemşirelik bakımına ihtiyaç duyması,

Intravenöz, intramüsküler olarak verilen ilaçların uygulanması,

- Cilt bakımı (yara vb),
- Fiziksel durumun gözlenmesi ve değerlendirilmesi,
- Hastaya bakım verenlere eğitim verme,
- Teropatik egzersizler (fonksiyon kaybı vb.),
- Kateter uygulamaları,

- Medicare tüm bu hizmetlerin %80'ini ödeyip, geri kalanını kişiler ödemektedir. Ayrıca diyetisyenlik, dini danışmanlık, krizde danışmanlık, yiyecek, temizlik, temel hastalıklarda ilaç temini, ilaç, gözlük, işitme cihazı vb. ödemeler de ise kişilerin cebinden olmaktadır(Stanhope, M.; 1996: 822-24, Stone, SC, et al.;1998:644-46.).

e- ABD'de evde bakım hizmetlerinde asıl değişiklik 1997 yılında Bütçe Dengeleme Yasası ile olmuştur. PPS yerine Interim Payment System (IPS) getirilmiştir. Kişilerin ödediği primler arttırılmış, hizmet paketi daha da kısıtlanmıştır. Bu yasa ile 18 ayda 3000 Medicare sertifikalı evde bakım merkezi kapanmıştır (Dodd, KJ., 1998., Haydel, J.; 1998). ABD nüfusunun %20'sini kapsayan Medicare ve Medicaide bu kısıtlamalarla evde sağlık hizmetlerinde tasarruf(!) sağlamıştır. Medicare

harcamalarında 115 milyar dolar, Medicaid harcamalarının ise 13.6 milyar dolar tasarruf sağlanmıştır. IPS'nin yürürlüğe girmesi ile ortalama ziyaret %33, ortalama fiyat maliyeti %40, ortalama ziyaret maliyeti de %13 azalmıştır (Dodd, KJ.; 1998). ABD'de bu tasarruf görünen o ki evde sağlık hizmetleri paket halinde, kişilerden daha fazla para alınarak yerine getirilmiştir; Fakat Bu tasarruflar neyin, Kimin ve neye rağmen tasarrufu? Evde sağlık hizmetleri alanında düşünülen gereken en önemli sorunların birkaçıdır.

Bu yasal belirlemelerden sonra ABD' de evde bakım gerektiren hizmetler;

- Kronik hastalıklı ve özürlü hastalar(diyabet, böbrek hastalığı, felç vb),
- Terminal dönemde ağrı kontrolüne ve psikolojik desteğe ihtiyacı olan hastalar,
- Uzun süredir kronik hasta olup, bir süre için yardımcıya ya da refakatçiye ihtiyacı olan aileler,
- Yaşam destek aletlerine bağlı çocuk ve aileler,
- Hareket kısıtlılığı olan hastalar veya günlük faaliyette yardıma ihtiyacı olan yaşlılar,
- Akut dönemde olup, hastaneden çeşitli nedenlerle taburcu edilerek bakımına evde devam edecek hastalar,
- Hastaneden yeni taburcu olmuş, iyileşme dönemini tam atlatmamış cerrahi ve doğum hastaları,
- Devamlı yara bakımı gerektiren cerrahi hastalar,
- Günlük tedavisi hastanede kalmayı gerektirmeyen hastalar(Tanlı, S:1998) olarak belirlenmiştir.

Kanada da ve ABD'de tarihsel süreç içerisinde evde sağlık hizmetleri finans boyutu ile değerlendirildiğinde, genelde sağlık hizmetlerinin finansmanı özelde evde sağlık hizmetlerinin finansmanı özel sağlık şirketleri ile sağlanmaktadır. Kamu finansmanı altında ödenen evde sağlık hizmeti ise sınırlı sayıda kişiyi, sınırlı bakım ve terapileri içermektedir.

Ayrıca, buraya kadar yazılanlardan da anlaşılacağı üzere, evde sağlık hizmetleri belli tarihsel dönemlerde belli argümanlarla gündeme getirilmiştir. Günümüzdeki argümanı ise hastanedeki harcamalardan daha ucuz olmasıdır. Ülkemizde de evde bakımın sağlık sistemimizin içinde yer alması önerilirken, kullanılan argümanlardan birisi de budur. Bu argüman, evde bakımın arkasında yatan dinamiklerle mi öngörülmektedir? Yoksa, bu dinamikler göz ardı mı edilmektedir? Her iki soru kritik ve düşündürücüdür.

III- ABD'de EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

Örgütsel olarak:

- Tek başına hizmet veren evde bakım merkezleri,
- Hastaneye bağlı evde bakım birimleri,
- Hastanenin evde bakım firma(lar)sını satın alması veya ortak olması(Tanlı, S.;1998),

Finansal olarak ise:

- Kar amaçlı özel,
- Kar amaçsız özel,
- Kamudur.

Diğer bir sınıflama yaklaşımı yönetsel ve örgütsel yapının bir arada ele alınması şeklindedir;

Gerek ABD, gerekse Kanada'da beş tip evde sağlık hizmeti merkezi bulunmaktadır. Sırasıyla:

1- Kamuya dayalı; Hükümet ya da yerel kamu yönetimleri çerçevesinde, kar amacında olmayan merkezlerdir. Genel vergi gelirleriyle finanse edilmektedir. Evde bakım yanında, toplumda sağlık eğitimi ve hastalıkların önlenmesi gibi programları da yürütmektedir. İstihdam edilen halk sağlığı hemşireleri sadece evde bakım değil, aşılama, sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetlerini de yerine getirmektedir.

2- Gönüllü ve özel (kar amacı olmayan); Bu kuruluşların kurulması(rehabilitasyon birimleri gibi) 1966 yılında Medicare'in kurulması ile gündeme gelmiştir. Kamu dışı olduğundan, finansman genel vergilerin dışında tutulmaktadır. Bazı yardımsever kuruluşların desteği ile hizmetini sunmaktadır.

3- Karma; İlk olarak Ziyaretçi Hemşireler Birliği olarak kurulmuştur. Bu ve benzeri kuruluşlar gönüllü birimler olduğundan, doğrudan kendi yöneticilerine karşı sorumludurlar. Anne-çocuk sağlığı ve bakımı, hastalığın önlenmesi ve hasta bakımı başlıca hizmetlerindedir. Daha sonra bu merkezler diğer sağlık birimleri ile birleşerek "karma birimler" olmuşlardır. Hizmetler ve ödeme sistemi de karmadır. Medicare kurulduktan sonra, sayıları zaman içinde hızla azalmaya başlamıştır.

4- Hastaneye dayalı; 1970'li yıllarda hastanenin yüksek maliyetini kontrol etmek amacıyla gündeme gelmiştir. 1983'de PPS' nin erken taburculuğu öngören ödeme sistemini getirmesiyle hastaneye dayalı evde bakım merkezlerinin sayıları hızla artmaya başlamıştır. Hastanenin özel ya da kamu oluşuna göre tipi değişmektedir. ABD'de hastaneye dayalı evde bakım merkezlerinin %40'ı kar amacıyla çalışan özel kuruluşlardır(Stone, SC, et al.;1998:633). Gelirleri daha çok hastane gelirlerinden ya da topluma dayalı birimlerin rekabetlerinden sağlanmaktadır.

5- Mal sahibine ait (kar amacında olan); Ödemeler cepten yapılır. Kardan çok, bakımın önemli olduğunu iddia etseler de, bunun nedeni Medicare sertifikalı tüm evde bakım merkezleri ile aynı koşulları paylaşmak

Tablo 1: ABD'de Yıllara Göre Medicare Sertifikalı Evde Sağlık Hizmeti Birimleri

Yıllar	Hast. Dayalı	Rehabil. Merkezi	Nitelikli Hem. Hizm.	Ziyar. Hem. Birliği	Karma	Kar Amacı Olan Özel	Özel Mal Sahibine Ait	Kar Amacı Olmayan Özel	Diğer	Toplam
1967	133	0	0	549	93	939	0	0	30	1753
1975	273	9	5	525	46	1228	47	0	109	2242
1980	359	8	9	515	63	1260	186	484	40	2924
1985	1277	20	129	515	59	1205	1943	832	4	5983
1986	1341	17	117	500	62	1192	1915	826	4	5984
1987	1382	14	108	496	61	1172	1882	803	1	5923
1988	1439	12	97	491	55	1073	1846	766	1	5785
1989	1465	10	102	474	51	1011	1818	727	1	5676
1990	1486	8	101	476	47	985	1884	710	0	5695
1991	1537	9	86	530	41	941	1970	701	0	5780
1992	1623	3	106	594	52	1083	1962	637	28	6004
1993	1809	1	123	586	46	1196	2146	558	41	6497
1994	2081	3	123	586	45	1146	2892	597	48	7521
1995	2357	3	153	579	38	1161	3730	667	59	8747

Kaynak: Stone, SC., et al., (1998), "Comprehensive Community Health Nursing Family Aggregate&Community ractice"Chapter 21. Mosby, 5th. Ed., 633.

zorunda olmasındandır (Stanhope, M.; 1996: 809-811, Stone, SC, et al.;1998:637, Logan, BB., et al.; 1986: 447).

Bu kuruluşlar bazı sayısal verilerle karşılaştırıldığında;

ABD’de 1967–1995 arası Medicare sertifikası olan evde bakım merkezleri dört kat artmıştır. Medicare öncesi özel mülkiyete sahip ve kar amacı güden evde bakım merkezleri yok iken(kamunun payı %50) (Logan, BB., et al.; 1986: 451), 1995 yılına gelindiğinde, %55.9 oranına ulaşmıştır. Hastaneye dayalı evde sağlık merkezleri de büyük oranda cepten ödemeyi gerektirdiğinden bu orana eklendiğinde artış %88.6 olmaktadır (Tablo-1). Bir başka kaynağa göre, 1997 yılında ABD’de toplam 18500 evde sağlık hizmetlerinin %70’i(7897) kar amacıyla olan birimlerdir(Dodd, KJ. 1998).

Bu durum ülkemizde evde sağlık hizmetlerinin gerekliliğine değinilirken, gözden kaçmaması gereken bir veridir. Çünkü, evde bakımın olumlu yönlerine değinilirken, referans gösterilen ülkelerden birisi olan ABD sağlık hizmetlerinin %70’inin özel sigorta kapsamında olması, evde bakım hizmetlerini yerine getiren birimlerin %70’inin kar amacı güden birimler olması; Kar amacı ile hizmet sunan birimlerin ne kadar kamu yararına olabileceği düşünülebilir? Nitekim, evde bakım hizmetlerinde özel sektörün sayısının artması; yönetimde çok başlılığın artması, hasta bağımsızlığının azalması, hizmetin ücretlendirilmesinde aşırı fiyat artışı, rüşvetin artması, hizmetin yanlış kullanımı, hizmetin sağlığın korunması ve geliştirilmesinden uzaklaşması, aralıklı olarak verilmesi Kanada’da evde bakım alanında profesyonel olmayan çalışanların(ev destek çalışanları, ev sağlığı yardımcıları ki bunlar genel olarak kadındır) sendikasızsız olması, ve olumsuz iş koşulları olumsuz sonuçların bir kaçıdır(Logan, BB, et al.; 1986:448., Canadian Association For Community Care. 1995:13).

GSMH’den %4(%63’ü kamu), genel bütçeden Sağlık Bakanlığı bütçesine %2.65 pay ayıran(Türkiye’de Sağlık İstatistikleri 2000) ve sağlıkta yaşanan sorunların çözümünü sağlığı serbest piyasa koşullarına devrederek özelleştirmede bulan ülkemizde, Evde sağlık hizmetlerine bu tip verilerle yaklaşmak, karını daha da arttırmaya çalışan özel sektör için ilgi çekici olabilir; Çünkü ülkemizde genelde sağlık hizmetlerine, özelde koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan pay bellidir. Dolayısıyla, en iyi niyetle, ülkemizde evde bakımı kamu finansmanı kurgusuyla tartışmak, örnek gösterilen ülkelerden de anlaşılacağı gibi mümkün görünmemektedir.

IV- SONUÇ

Evde sağlık hizmetleri kendisini biçimleyen belirleyiciler ile değerlendirildiğinde ortaya çıkan sonuç:

1- Kamunun evde sağlık hizmetlerinin sunumunda finansmanından arındırılmasının bir aracı olarak kullanılma olasılığı yüksektir.

2- Hizmetin kamudan finansmanı oldukça düşük olduğundan, özel sektör baskındır. Özellikle 1970’li yıllardan itibaren evde bakım anlayışını savunan gelişmiş kapitalist ülkeler evde sağlık hizmetleri ile nasıl tasarruf yapılacağı? hizmet paketinin nasıl daraltılacağı?(yani özel sigortacılık) kamunun payının nasıl azaltılacağı? kişilerin ödeyecekleri primlerin ne şekilde arttırılacağı? gibi soruların yanıtları peşindedir. Ülkenin yaşadığı her ekonomik krizde de genelde sağlık hizmetleri, özelde evde sağlık hizmetleri kamu hizmeti alanı dışına çıkartılmaktadır.

3- Kamu hizmeti olarak sunulduğunda, sağlık hizmetlerine bütüncül yaklaşım içinde yer alır; Ancak uygulanan ülke örneklerinde görüldüğü üzere, özel sağlık sigortacılığın gereği olarak, evde sağlık hizmetleri kar getiren alana yaslanmaktadır. Kar “SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDE YA DA KORUNMASINDA DEĞİLDİR.

4- Hizmet tasarruf tedbirleri üzerine oturduğundan, aralıklı ya da yarı zamanlı olarak sunulmaktadır. Bu da HİZMETİN SÜREKLİLİK İLKESİNİ ORTADAN KALDIRMAKTADIR.

5- Hemşirelik ya da diğer meslek gruplarının hizmetleri nitelikli ve niteliksiz olarak ayrılmış ve buna göre ücretlendirilmiştir. Nitelikli, niteliksiz hizmet kriterlerinin ne olduğu ve nasıl belirlendiği uygulanan ülkelerde bile tartışma konusudur.

6- Niteliksiz meslek grubu olarak adlandırılan çalışanlar(temizlik işçileri ve büyük bir bölümü kadın) olumsuz çalışma ortamında ve sendikasızsız olarak çalıştırılmaktadır.

7- Özetle paran kadar evde sağlık hizmeti anlayışı hakimdir.

İşte, daha önceden de ifade edildiği gibi bir sorunu kendi öznel koşullarında değerlendirmek ve çözüm aramak, çözümsüzlükten başka bir şey değildir. Ülkemizde de evde sağlık hizmetleri arkasında yatan ekonomi politikası göz ardı ederek gündeme getirmek, sağlık hizmetlerini piyasa koşullarına endeksleyen ülkelerin görüşlerinin uzantısını kopya etmek, ülkemizin sağlık sorunlarının çözümünde ara yol görmek daha önceden de ifade edildiği gibi “ Evde sağlık hizmetlerine bu tip verilerle yaklaşmak, karını daha da arttırmaya çalışan özel sektör için ilgi çekici olabilir”

Ülkemizde şimdiden bu hizmete kimlerin talip olacağını tahmin etmek hiç de zor değildir. Örnek gösterilen ülkelerden de anlaşılacağı üzere talipliler karını arttırmaya çalışan özel işletmeler, döner sermaye ile çalışan hastaneler ilk akla gelen birimlerdir. Sonuç olarak, karşı çıkış evde sağlık hizmetlerine değildir. Karşı çıkış, evde sağlık hizmetlerini koşullayan ekonomik politikalaradır.

KAYNAKLAR

Bishop, C., Skwara, KC. (1993), "Recent Growth of Medicare Home Health", 96-109.

Benson, RE., Mcdevitt, JQ. (1976) "Community Health And Nursing Practice", 190-200.

Canadian Association For Community Care. (1995), "Canadian Home Care Labour Market Study Report", 1-13.

Cushing, M. (1988), "Perils of Home Care", American Journal of Nursing, April:441-446.

Dodd, KJ. (1998), "Millennium Challenges In The US For Home Health Care Provider", The Corridor Group, Inc.

Federal/Provincial/Territorial Working Group On Home Care. (1990), "Canada Report On Home Care".
Haydel, J. (1999), "Help For Home Health Strategies", Nurse Management, 29(12): 30-32.

Huges, LS., Ulasevich, A., et al. (1997), "Impact of Home Care On Hospital Days: A Meta Analysis", Health Services Research, 32(4):415-429.

Jaffe, KB. (1989), "Home Health Care And Rehabilitation Nursing", Nursing Clinic Of North America, 24(1):

Kutlu, S., Şahin, Ü. (1998), "Sağlık Bakımı Hizmet Sunumu Olarak Evde Bakım Hizmetleri", I. Ulusal Evde Bakım Kongresi. 24-26 Eylül. İstanbul.

Logan, BB., Dawkins, GE. (1986), "Family-Centered Nursing In The Community" Chapter:18. Addison-Wesley Publishing Company inc., 431-60.

MedPro Month. (1991);1(11).

Odacıoğlu, Y., Şahin, Ü., et al. (1998), "Hastane Hizmetleri İle Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyon ve Koordinasyon Nasıl Olmalıdır?", I. Ulusal Evde Bakım Kongresi. 24-26 Eylül.

Proctor, E., Morrow, HN., et al. (1992), "Patient And Family Satisfaction With Discharge Plans", Medical Care, 30(3):262-275.

Rooney, AL., Biere, DM. (1992), "Demonstration Excellence In Home Care Through Joint Commission Accreditation", JONA, 22(9):31-36.

Singer, B. (1996), "How Can Choosing A Nursing Home Be Right For Mom Or Dad?" singlbc@aol.com.

Stanhope, M. (1996), "Community Health Nursing Promoting. Health of Aggregates Families and Individuals", Chapter:41. Mosby, 4th Ed., 805-825.

Stone, SC., Mcguire, LS., et al. (1998), "Comprehensive Community Health Nursing Family Aggregate&Community Practice" Chapter 21. Mosby, 5th Ed., 630-651.

Tanlı, S. (1998), "Evde Bakım Hizmetleri İçin Bir İşletme Planı Önerisi", I. Ulusal Evde Bakım Kongresi. 24-26 Eylül, İstanbul.

Türkiye'de Sağlık İstatistikleri 2000. TTB. Yayın No: 001/2000. Şubat-Mart 2000.

Waitzkin, H. (1978), "A Marxist View of Medical Care". Annals of International Medicine, 89:264-278.