

TÜRKİYE'DE



TÜRKİYE'DE EKONOMİ-YÖNETİM-SİYASET ÜZERİNE

# EKONOMİ-YÖNETİM-SİYASET ÜZERİNE

Bir seri halinde "Türkiye'de Ekonomi-Yönetim-Siyaset Üzerine", araştırmacıları ve okuyucuları için müracaat eseri niteliğinde 2017 yılında tasarlanan bu kitap, serinin ilk kitabı olacaktır. 2018 yılı içerisinde serinin ikinci kitabının ilk kitapta yer verilmeyen konularla okuyucuyla buluşması planlanmaktadır.

Bu ilk kitapta ekonomi, uluslararası ilişkiler ve kamu yönetimi gibi geniş bir yelpazedeki konularla kitabımızın nasıl olmasını istediğimiz hakkında fikir vererek, bir sonraki kitapta görüşene kadar sevgiyle kalın...



Academia Yayınevi

ISBN: 978-605-4931-59-0

Editör  
Ahmet OĞUZ

**Türkiye'de  
Ekonomi - Yönetim - Siyaset  
Üzerine**

**Editör**

Ahmet OĞUZ

Nisan - 2018



978-605-4931-59-0

# Türkiye’de Ekonomi-Yönetim-Siyaset Üzerine

## Editör

Ahmet OĞUZ

ISBN: 978-605-4931-59-0

*Birinci Basım* Nisan -2018/ Kütahya

## Kapak Tasarımı

Nurullah ÇAKMAK

## Baskı

Akademi Baskı Merkezi  
Seda ASAN GÜRSES  
Sertifika No: 28998

## Satış ve Dağıtım

Academia Yayınevi  
Servî Mah. Derbent Sok. No: 19-A  
Merkez/ Kütahya  
Tel:+90 -274-224 41 41  
academia.yayinevi@gmail.com

© Her hakkı saklıdır. İzin almaksızın kitabın herhangi bir bölümü veya tamamı, elektronik veya mekanik yöntemlerle (fotokopi dâhil) hiçbir şekilde basılamaz ve çoğaltılamaz. İktibaslarda kaynak gösterilmesi zorunludur.

Önsöz .....xi

## **BİRİNCİ BÖLÜM**

Türk Finans Sisteminin Gelişmiş ve Gelişmekte Olan  
Ülkelerle Kıyaslamalı Analizi ..... 12

## **İKİNCİ BÖLÜM**

Enflasyon ve İşsizliğin Hanehalkı Harcamaları ile İlişkisi.....48

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

Dünyada ve Türkiye’de Refah Devletinin Bunalımı .....65

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

Özelleştirmenin Gerekçesi ve Etkinliği: Petro-Kimya  
Firmaları Üzerine Bir Uygulama..... 79

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

Yaratıcı Yıkımdan Yeni Endüstrilerin Dinamik Yapı  
Modellerine: Endüstri Hayat Döngüleri ..... 100

## **ALTINCI BÖLÜM**

Türkiye’de Sermaye Hareketliliği ve İktisadi Büyüme..... 116

## **YEDİNCİ BÖLÜM**

Benimsenmiş Siyasal Kültürün Bireyin Siyasal Katılım  
Düzeyine Etkisi ..... 141

## **SEKİZİNCİ BÖLÜM**

Osmanlı Devletinde Sivil Toplum Unsurları ..... 165

## **DOKUZUNCU BÖLÜM**

Tedarik Zinciri Yönetiminde Kurumsal Sosyal Sorumluluk  
Yaklaşımı ..... 181

## **ONUNCU BÖLÜM**

Teknoloji Üretim Sürecinde Karşılaşılan Sistemsel Yaklaşımların  
Türkiye'nin Teknoloji Politikası Üzerine Uygulanabilirliği .198

## **ONBİRİNCİ BÖLÜM**

Toplumsal Cinsiyet Bağlamında İş Kanunu'nda  
Kadına Yönelik Düzenlemeler ..... 209

## **ONİKİNCİ BÖLÜM**

Evde ve Uzun Dönem Bakım Hizmetleri Standartları Üzerine:  
Akrediteasyon Uygulamaları..... 221

## **ONÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

Siyasal Parti ve Lider İmajlarının Oluşumunda  
Medya Etkisi ..... 233

## **ONDÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

Yükselme Döneminden 21. Yüzyıla Uzanan Çizgide Osmanlı ve  
Cumhuriyet Dönemi Türk Kamu Personel Rejiminin Seyri:  
Önemli Yasal ve Kurumsal Gelişme Başlıkları Etrafında  
Memurluk Düzenine Genel Bir Bakış ..... 244

## **ONBEŞİNCİ BÖLÜM**

Türkiye'deki Firmaların Mali Yapısı ..... 271

# Evde ve Uzun Dönem Bakım Hizmetleri Standartları Üzerine: Akrediteasyon Uygulamaları

M. Nurullah KURUTKAN<sup>1</sup>

Oğuz KARA<sup>2</sup>

### Giriş

Akrediteasyon, bir sağlık kuruluşundan bağımsız olarak ayrı ve genellikle de kamu hariç bir kuruluşun, bir sağlık kuruluşunu, bakımın güvenliğini ve kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir dizi gerekliliği karşılayıp karşılamadığı yönünde değerlendirdiği sürece verilen isimdir. Akrediteasyon genelde gönüllü bir süreçtir. Akrediteasyon standartları genelde optimum ve ulaşılabilir olarak kabul edilmektedir. Akrediteasyon, bir kuruluşun hastalara verdiği bakımın güvenliği ve kalitesini iyileştirmek, güvenli bir bakım ortamı sağlamak ve hastaların ve çalışanların maruz kaldığı riskleri azaltmak için sürekli çalışma yönünde gözle görünür taahhüdünü sağlamaktadır. Akrediteasyon, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya çapında ilgi görmektedir (JCI Home Care, 2012).

İdeal bir akrediteasyon sisteminden bahsedebilmek için üç tarafa ihtiyaç bulunmaktadır: Standardı yayınlayan kuruluş, standardı denetleyen kuruluş ve standardı talep eden kurulu.

<sup>1</sup> Doç.Dr., Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, nurullahkurutkan@duzce.edu.tr

<sup>2</sup> Dr.Öğr.Üyesi, Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, oguzkara@duzce.edu.tr

Genelde devlet kurumları tarafından yazılan standartlar akreditasyon mantığına aykırı hareket etmektedir. Çünkü standardı yazan ve denetleyen aynı devlet kuruluşu olmaktadır. Devlet kurumlarının yazdığı standartların denetimi bir başka kuruluş tarafından gerçekleşirse akreditasyon süreci gerçekleşmiş olacaktır. Anılan sürece 3. taraf denetimi denilmektedir.

Bakım hizmetleri konusu dar bir bakış açısı ile iki yaklaşım açısından değerlendirilebilir. Bunlar global bakış ve lokal bakış yaklaşımlarıdır. Global bakış ile kastedilen, inceleme konusu ile ilgili meslek kuruluşlarının dünya ölçeğinde bir üst çatılarının bulunması ve bu üst kuruluşun meslek mensupları için yayınlamış olduğu ilkeler demetidir. Global bakış aynı zamanda inceleme konusunu direkt odağına alabilmektedir. Örneğin Uluslararası Cerrahlar Topluluğu'nun varlığı global bakışa bir örnek oluşturmaktadır. Bu tür kuruluşların meslek alanı için yayınladığı metinler ve rehberler de global bakış içinde değerlendirilmelidir. Lokal bakış açısından kastedilen ise Türkiye özelinde hem kamu hem de özel kuruluşlar ve kişiler tarafından yapılan çalışmalardır. Konu ile ilgili mevzuatın varlığı veya ilgili meslek mensuplarının yayınlamış olduğu metinler genel itibari ile global bakış açısına göre daha düşük düzeyde kalmaktadır. Bu konuda genel itibari ile süreç ve bilgi boşluklar bulunmaktadır.

Lokal bakış açısından en kayda değer düzenleme, Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011 – 2013)'dür. Resmî Gazetede 19 Ocak 2011 Çarşamba 27820 Sayı ile Yüksek Planlama Kurulunca yayınlanan eylem planına göre, beş öncelikli stratejik alan belirlenmiştir: Stratejik Öncelikler,

- Öncelik: Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi
- Öncelik: Kurumsal Bakım Hizmetleri Konusundaki Eksikliklerin Giderilmesi
- Öncelik: Bakım Hizmetlerine Yönelik Eğitim Programlarının Geliştirilmesi
- Öncelik: Bakım ve Rehabilitasyon Edici Destek Teknolojilerinin Geliştirilmesi
- Öncelik: Bakım Güvence Sistemleri ve Finansmanı Oluşturulmasına Yönelik Çalışmaların gerçekleştirilmesi olarak belirlenmiştir.

Diğer bir mevzuat düzenlemesi ise Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 10 Mart 2005 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ilk mevzuat düzenlemesi olmuştur. Anılan yönetmelik bağlamında Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge çıkarılmıştır. Ayrıca Evde Bakım Derneğinin (<http://www.evdebakim.org.tr/>) yapmış olduğu kongrelerde lokal bakışa örnek oluşturmaktadır.

Kurumlar için akrediteasyonun faydaları şunlardır: Akrediteasyon süreci, hasta bakım süreçlerini ve sonuçlarını sürekli olarak iyileştirmek için çabalayan bir kuruluş içerisinde bir güvenlik ve kalite kültürü yaratmak üzere tasarlanmıştır. Akrediteasyon ile kuruluşlar: Kuruluşun hastalarının güvenliği ve bakım kalitesine önem verdiğine dair kamunun güvenini artırmakta, güvenli ve verimli bir çalışma ortamı sağlayarak çalışanların memnuniyetini artırmaktadır. Ayrıca bakım kalitesi hakkında veriler sağlayarak geri ödeme kurumlarıyla pazarlık imkânı bulmakta, hastaları ve yakınlarını dinlemekte, haklarına saygı duymakta ve bu kişilerin eşit ortaklar olarak bakım sürecine katkıda bulunmasını sağlamaktadır. Advers olayların ve güvenlik kaygılarının zamanında bildirilmesinden ders almaya açık bir kültür yaratmakta ve öncelikleri belirleyen iş birliği bir liderlik oluşturmakta ve her düzeyde kalite ve hasta güvenliği için sürekli liderlik sunmaktadır (JCI, Hospital, 2012).

### 1. Uluslararası Akrediteasyon Standartları

Sağlık hizmetleri alanında birden fazla akrediteasyon alanı ve standart seti bulunmaktadır: Akrediteasyon alanlarına göre inceleme yapan kuruluşların en önde geleni International Joint Commission'dur. JCI aşağıdaki konularda da standartlar ve akrediteasyon programları geliştirmiştir (JCI Long-term Care, 2012):

- Ayakta Tedavi (Ambulatory Care)
- Klinik Laboratuvarlar (Clinical Laboratories)
- Birinci Basamak Tedavi Merkezleri (Primary Care Centers)
  - Bakımın Sürekliliği (evde bakım, yaşam desteği, uzun süreli bakım, yaşam sonu bakımı; home care, life support, long-term care, end of life care)
- Tıbbi Nakil Kuruluşları (Medical Transport)



Akrediteasyon programlarına konu olan uygulamalardan birisi de evde bakım hizmetleri ve uzun dönem bakım hizmetleridir. Şubat 2012 yılına kadar evde bakım hizmetleri alanında herhangi bir uluslararası akrediteasyon programı yoktu. Onun yerine Amerika özelinde geçerli olan Ulusal Evde Bakım Akrediteasyon Standardı ( National Home Care Standarts) geçerli idi. Kısaca Amerikan özeli için geçerli olan akrediteasyonu tanıtmakta fayda vardır. 2012 Evde Bakım Akrediteasyon Standardı ana konular itibari ile ikiye ayrılmaktadır:

**Tablo 1:** Ulusal Evde Bakım Akrediteasyon Standardı (Amerika)

<b>2012 EVDE BAKIM AKREDİTASYON PROGRAMI (AMERİKAN ÖZELİ)</b>	
<b>Hasta Odaklı Standartlar</b>	<b>Organizasyon Odaklı Standartlar</b>
Etik, haklar ve sorumluluklar,	Organizasyonun performansının iyileştirilmesi
Bakımın sağlanması, tedavi ve hizmetler)	Liderlik,
İlaç Yönetimi	Çevre yönetimi ve ekipman güvenliği
Enfeksiyonun kontrolü, engellenmesi ve gözetimi	İnsan kaynakları yönetimi
	Bilgi yönetimi

Kaynak: JC, Home Care 2012, s:iii

Amerikan özeli için yayınlanan modelde Hasta odaklı fonksiyonlar dörde ayrılırken Organizasyon odaklı fonksiyonlar beşe ayrılmaktadır. (Yukarıda şematize edilen şablon diğer bütün Amerikan akrediteasyon programlarının genel çatısını oluşturmaktadır. Ek olarak başlangıçta Sentinel<sup>3</sup> olaylar ve hasta güvenliği hedefleri bulunmaktadır (CAMHC, 2008).

<sup>3</sup> Sentinel Olaylar: Tedavi ve bakımın genel seyri ile alakalı olmayan ve oluştuğunda büyük fonksiyon kayıplarına veya ölümlü neticelenen olaylardır. Türkçe karşılık olarak ani beklenmedik tehlikeli olaylar veya kritik olaylar diye çevirenlerde vardır. Ama biz sentinel olarak kullanılması taraftarıyız. Asli itibari ile sentinel olaylar hasta güvenliği kapsamında değerlendirilmektedir. Şiddeti ve

Her bir akreditasyon programının standartları ve ölçülebilir bileşenleri anlatan bir kitabı ve bu standart maddelerin skorlanarak takip edildiği ve hacimce aşağı yukarı iki kat büyüklüğünde olan bir el kitabı vardır<sup>4</sup>. Bu dediğimiz Amerikan modeli için geçerli olan bir husustur. Birleşik Komisyon (Joint Commission: JC) tarafından oluşturulan evde bakım akreditasyon programının maalesef uluslararası modeli 2012 yılının Şubat ayında yayınlanmıştır. Akreditasyon programının başlangıç kısımları sentinel olaylar ve hasta güvenliği konularına ayrılmıştır. Evde bakım hizmetlerinde ve diğer akreditasyon programlarında hasta güvenliği hedefleri yıllık olarak değerlendirilmekte ve değişimler dinamik bir sürece dâhil edilerek haziran ayında bir sonraki yılın hasta güvenliği hedefleri ve ölçülebilir bileşenleri ile beraber yayınlanmaktadır.

Akreditasyon standardı sayesinde, WHO tarafından literatüre kazandırılan tabire göre, **güvenli olmayan bakıma** yönelik düzenlemelerin yapılması sağlanacaktır. Bakım alanın hasta güvenliği açısından değerlendirilmesi **güvenli olmayan bakım** (Jha, 2008) sürecini zayıflatacak ve müspet sonuçların oluşmasını sağlayacaktır.

Uluslararası modelin tablosu Amerikan özeli için yayınlanan modelden oldukça farklılık göstermektedir. Hem içerik hem de düzey açısından farklılık bulunmaktadır. Uygulama açısından bakıldığında Amerikan özeli için yayınlanan modelin uluslararası modele göre yaklaşık yüzde elli daha ağır olduğu görülmektedir.

---

sonuçları itibari ile daha yıkıcı olduğu için akreditasyon programlarının tamamında hasta güvenliği hedeflerinden önce takip edilmektedir.

<sup>4</sup> Comprehensive Akreditation Manuel for diye başlayan seriler mevcuttur. Kısaca CAM da denilmektedir.

**Tablo 2:** Ulusal Evde Bakım Akreditasyon Standardı  
(Uluslararası)

<b>2012 EVDE BAKIM AKREDİTASYON PROGRAMI (ULUSLARARASI MODEL)</b>	
<b>Hasta Merkezli Standartlar</b>	<b>Sağlık Kuruluşu Yönetim Standartları</b>
Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri	Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği
Hastaların Değerlendirilmesi	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
Hasta ve Yakınlarının Hakları	Çevrenin Yönetimi ve Güvenliği
Bakıma Erişim ve Bakımın Sürekliliği	Çalışan Kalifikasyonları ve Eğitimi
Hasta İlaç Yönetimi	Yönetişim ve Liderlik
Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitimi	

Kaynak: JCI Home Care, 2012 s:iii

Evde bakım akreditasyon programı evde bakım hizmetlerini üç kategoriye ayırmaktadır (2008 Standards for Home Health, s:127-128): Home Health Service (Evde Sağlık Hizmetleri), Personal Care/ Support Service (Kişisel Bakım ve Destek Hizmetleri) ve Hospice (Bakım evi) bu üç kategoriyi oluşturmaktadır.

Uzun dönem bakım merkezinin standartları açısından bakıldığında ise, kurumlarda bakım gören kişilere sakin (resident) denilmektedir. Sakinler için geliştirilen standartlar ise sakin odaklı ve bakım sağlığı organizasyonların yönetimi olmak üzere iki başlıkta incelenmiştir. Aşağıda genel bir tablo ile standart tanıtılmaya çalışılacaktır.

**Tablo 3:** Ulusal Evde Bakım Akreditasyon Standardı  
(Uluslararası)

<b>2012 UZUN DÖNEM AKREDİTASYON PROGRAMI (ULUSLARARASI MODEL)</b>	
<b>Sakin Merkezli Standartlar</b>	<b>Bakım Sağlığı Organizasyonun Yönetimi</b>
Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri	Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği
Sakin Erişimi ve Değerlendirme	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
Sakin ve Sakin Yakınlarının Hakları	Çevrenin Yönetimi ve Güvenliği
Sakinin Bakımı ve Bakımın Sürekliliği	Çalışan Kalifikasyonları ve Eğitimi
Sakinin İlaç Yönetimi	Yönetişim ve Liderlik
Sakin ve Ailesinin Eğitimi	İletişim ve Bilgi Yönetimi

Kaynak: JCI, Long Term Care 2012, s:iii

Akreditasyon standardının genel işleyiş düzenine bakacak olursak önce standardın maddesi yazılmakta, sonra maddenin amacı ve ölçülebilir bileşenler sıralanmaktadır. Uygulamada ise her bir maddenin etkinliği ölçülebilir bileşenlere puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. Örneğin, herhangi bir hedefin ölçülebilir bileşeni uygulamada etkin ve yerleşmiş ise buna 2 puan verilmekte, kısmi bir uygulama var ise 1 puan verilmekte ve en son olarak uygulama şekillendirilmemiş veya yanlış konumlandırılmışsa 0 puan verilmektedir. Akreditasyon programlarının diliyle söyleyecek olursak buna skorumla denilmektedir.

Hem uzun dönem bakım merkezleri hem de evde bakım hizmetleri standardında üzerinde en çok durulan konuların başında hasta güvenliği (patient safety) gelmektedir. Kavramsal kurgulamaya geçmeden önce hasta güvenliğinin önemi, tarihçesi ve kapsamı üzerinde durmak gerekecektir. Çok yakın tarihli olan kavramın içeriği açısından en yetkili otoritelere başvuracak olursak iki büyük bilgi kaynağı ile karşı karşıya kalırız. Biri, Joint Commission (Birleşik Komisyon), diğeri ise Dünya Sağlık

Örgüt'üdür. (WHO; bundan sonra DSO) Bir de bunlara ek olarak, Birleşik Komisyonun uluslar arası kuruluşu olan JCI'yı (Joint Commission International) sayabiliriz. Amerika dışındaki ülkelerde Amerikan Modeli maddeler ve şartlar açısından yumuşatılmaktadır. JCI yayınları, ülkelere rehberlik etmektedir. Genelde Amerikan modelinde geçerli olan bir uygulama bir veya birkaç sene sonra uluslar arası modelde takip edilmektedir.

Dinamik süreç takibi (hedeflerin her sene revizyona tabi tutulması) Birleşik Komisyon tarafından müesseseleştirilmiştir. Yani öncü kuruluş Birleşik Komisyon'dur. Birleşik Komisyon (JC; ortak ve birlik komisyonu diyenlerde vardır) 1951 de kurulmuş ve hasta güvenliği hedeflerinin çekirdeğini oluşturan Sentinel Olay Veri tabanını 1995 yılında kurumsallaştırmıştır. 1998 yılında ise Sentinel Olay Uyarısı Sayı 1 yayınlanarak ilk defa kamuya bu konuda geliştirilmiş ve rafine edilmiş bilgi aktarılmıştır. 2003 yılına gelindiğinde Sentinel Olay uyarılarının 32. yayınlanmıştı. Kök neden analizine dayalı olan bilgilerden derlenerek oluşturulan hasta güvenliği hedefleri 2004 yılında ilan edildi. Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri (NPSG: National Patient Safety Goal) 2005 yılında tüm JC (Joint Commission) akreditasyon programlarına uygulanabilir hale getirildi. Akreditasyon programlarının uluslar arası modellerinde ise 2007 yılından itibaren takip edilmeye başlandı. 2003 yılı baskısında 2. baskı olarak yayınlanan JCI Hastane Akreditasyon Standardı 2008 yılında yeniden revize edildi. 2008 yılı itibari ile akreditasyonun zorunlu koşulları alanına dâhil edildi. 2008 yılı itibari ile 2005 yılından beri takip edilen numara ve harf kodlama sistemi değiştirilerek şu anki son halini alan hasta güvenliği hedefleri bütün akreditasyon programlarına konu edilmiştir (Kurutkan, 2011).

Hipokrat'tan beri tıp eğitiminin en temel ilkesi 'Primum non nocere' - 'Önce zarar verme'dir. Bu sözle anlatılmak istenen, sağlık hizmeti verilirken yapılan hataların en aza indirilmesidir. Ama ne yazık ki, hastalar sağlık hizmeti alırken teşhis, tedavi ve bakım aşamalarında tıbbi hatalara maruz kalmaktadır (Blumental, 1994). Uçağa binen bir insanın uçak kazasında ölme veya sakat kalma riski yaklaşık milyonda birdir. Başka bir açıdan söylenecek olursa, uçakta kaza yapma riskinin % 50 olması için, kişinin sürekli olarak 20.000 yıl uçması gerekir! Ancak, yolu herhangi bir sağlık kuruluşuna düşen bir kimsenin, sağlık sisteminin herhangi bir aşamasındaki bir hata nedeniyle zarar görme riski ise 300 de

birdir. Kaldı ki, birçok tıbbi hata, gerekli yerlere bildirilmediği için, bu oranın çok daha fazla olacağını tahmin etmek güç değildir. Hata yapmak, insani bir şeydir, ancak hatalardan gerekli dersler çıkarılmaması, insani değildir (Ovalı, 2008)

Yaşlılar arasında düşmeler tehlikeli, maliyetli ve sıklıkla önlenabilir olaylardır. 65 yaş ve üstü yetişkinlerin üçte birinde düşme vakası raporlanmıştır. Yılda yatak başına 1,5 düşme vakasının %25'i fraktür, laserasyon veya hastane bakımını gerektiren düşmelerle sonuçlanır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezine (CDC) göre 65 yaş üstü yetişkinlerin düşme maliyetinin 2020 yılına kadar 43,8 milyar \$ olması beklenmektedir. (Mills ve diğ. 2005). Bu rakamlarda göstermektedir ki sürecin düzenlenmeye ve standarda ihtiyacı vardır. İşte hasta güvenliği hedefleri tam bu noktada devreye girmektedir. Hasta güvenliği uygulamaları, sürecin kapalı, gizemli ve mahrem bölgelerini aydınlatarak bakım güvenliğine katkıda bulunmaktadır.

## **2. Evde Bakım Hizmetleri: Türkiye Uygulaması**

Evde bakım hizmetleri açısından ülkemizdeki uygulamalar ise şöyle özetlenebilir: Türkiye’de özel kuruluşların yanı sıra kamu kesiminden Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından evde bakım hizmetleri sunulmaktadır. Ülkemizde, evde bakım hizmetlerinden ekonomik yoksunluk içerisinde bulunan bireylerle ağır özürülüler karşılıksız olarak yararlanabilmektedir. Türkiye’de evde bakım hizmetleri SHÇEK tarafından özel bakım hizmetlerinden bakım hizmeti alan engelliler için özel bakım merkezine, hizmet karşılığı olarak her ay net olarak iki aylık asgari ücret tutarında ödeme yapmasıyla gerçekleştirilmektedir. Bakıma muhtaç özürülülere verilecek evde bakım ücreti kişiye bakana verilmektedir. Ancak engelli olan ve engelliye bakmakla yükümlü olan kişi arasında kan bağı olmalıdır ve engelli ile ona bakan kişinin aynı evde yaşaması zorunludur. SHÇEK’in verilerine göre evde bakım hizmetlerinden yararlanan özürülü kişi sayısı 2007 yılında 28.583 iken 2009 yılı sonunda bu rakam 210.320’ye yükselmiştir. 2009 yılında evde bakım hizmetleri için yapılan harcama tutarı ise 869.362 TL olmuştur.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurulu (SHÇEK) verilerine bakıldığında evde bakım hizmetlerinden faydalananların sayılarında yıldan yıla hızlı bir şekilde artışın olduğu görülmektedir. 2006 yılının sonunda başlayan uygulama,

hizmetten faydalanmak için yapılan başvuruları sırasıyla değerlendirmekte ve sırada hala birçok başvurunun bekliyor olmasından dolayı önümüzdeki yıllarda da rakamda artışın olması beklenmektedir. Hizmetten yararlanan kişi sayısı 2007 yılında 28.583 iken, 2009 yılı sonunda bu rakam 210.320 yükselmiştir. SHÇEK tarafından yapılan çalışmaya göre; özürülü evde bakım hizmetlerinden 2010 yılı sonunda 297.000 kişinin yararlanması öngörülmekte, bu rakamın 2014 yılı sonuna kadar 561.000 kişiye ulaşacağı ve 2014 yılı sonunda durağanlaşacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca Sosyal Hizmetlerin evde bakım hizmetlerine dair bütçelerinden ayrılan payın da toplam bütçenin yarısından fazlasını oluşturuyor olması bu hizmete dair olumlu ve umut vadeden gelişmelerden bir diğeri olarak sunulmuştur.

**Tablo 4.** Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması, (SGP \$) / Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%)

ÜLKELER	1993	2002	2012
Türkiye	124 / (%1,8)	330 / (%3,8)	789 / (%4,4)
OECD	984 / (%5,5)	1.565 / (%5,9)	2.386 / (%6,9)*

2013 yılının asgari ücretinin belirlenmesi ile birlikte yeni evde bakım maaşları ve evde bakım maaşlarının bağlanmasında önemli bir kriter olan gelir sınırı da belli oldu. Buna göre 2013 yılında evde bakım maaşı gelir sınırı 467 TL oldu. 2012 yılında 448 TL olan bu rakam 2013'ün ikinci altı ayında (Temmuz – Aralık) ise 487,52 TL olacak. Böylece 2013'te evde bakım maaşı gelir sınırı 19 TL artmıştır (www.sosylayardimlar.net, Erisim Tarihi 04/03/2016)

- İlk 6 ay (Ocak – Haziran) için 2013 evde bakım maaşı gelir sınırı: 467 TL
- İkinci 6 ay (Temmuz – Aralık) için 2013 evde bakım maaşı gelir sınırı: 487,52 TL

Evde bakım ücretinin bağlanmasında önemli bir kriter olan kişi başına düşen gelir sınırı ailedeki tüm gelirlerin ailede yaşayan kişi sayısına bölünmesiyle bulunuyor. SHÇEK'in verdiği evde bakım maaşının bağlanabilmesi için kişilerin bu sınırdan daha fazla geliri olmaması gerekiyor. Yani 2013 yılında kişi başına düşen geliri 467 TL'den yüksek olan ailelerde bulunan engelli vatandaşlarımız için evde bakım maaşı bağlanamayacak (www.sosylayardimlar.net, Erisim Tarihi 04/03/2016).

## **Sonuç**

Dar bir açı ile bakıldığında akreditasyon standartları, evde bakım hizmetleri ve uzun dönem bakım hizmetleri hasta ve sakin açısından şu konuların yönetilmesini sağlamaktadır. Sakin veya hastanın güvenliğini sağlamakta, hizmete erişimin önündeki engelleri kaldırmakta, hasta ve ailesinin eğitimi garantiye almakta, hasta ve sakinin ilaç uygulamalarının kontrollü olmasını sağlamakta ve hizmetin sürdürülebilirliğini güvencesini oluşturmaktadır.

Akreditasyon, sakin veya hastaya hizmet veren organizasyonların yönetim kapasitesini aşağıdaki unsurlar açısından kuvvetlendirmektedir: Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği sağlanmakta, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolünü sağlamak için kurum girişimlerde bulunmakta, hizmet çevresinin yönetimi ve güvenliği sağlanmakta, hizmet verenlerin nitelikleri ve eğitimleri arttırılmaya çalışılmakta, kurumun veya hizmetin yönetim ve liderlik kapasitesi güçlendirilmekte ve kurum içi dışı iletişim bilgi yönetimi bağlamında yönetilmektedir.

Hizmet sektöründe ayakta kalmak ve rakipler karşısında rekabeti sürdürebilmek için hizmet alanın süreçlerinde katma değer oluşturacak uygulamalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu uygulamaların başında etkin bir akreditasyon uygulaması gelmektedir. Bu bağlamda devlet öncülüğünde gerçekleştirilen evde bakım hizmetleri uygulaması ve evde bakımı özel sektör bağlamından yürüten kurumlar için ivedilikle bir kalite düzeyinin kurgulanmasına ihtiyaç vardır. Tescil ve ruhsat işlemleri dışında 3. Taraf denetimine açık bir akreditasyon uygulaması yerinde bir çözüm olacaktır.



### **Kaynakça**

2008 Comprehensive Accreditation Manual for Home Care (CAMHC): Effective January 2008 Joint Commission Resources.

2008 Standards for Home Health, Personal Care, Support Services and Hospice, Joint Commission Resources, 2008

2012 Standards for Home Health, Personal Care and Support Services, and Hospice (Standards for Home Care (JCAHO)), Joint Commission Resources, 2012 (JC; Home care)

Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011 – 2013) Resmi Gazete, 19 Ocak 2011 Sayı: 27820

Blumenthal D. Making medical errors into "medical treasures". JAMA 1994 272(23): 1867-8.

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, 10 Mart 2005

Ovalı F., Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Yaklaşımları, Medipol Vakfı Yayınları 2008, <http://www.evdebakim.org.tr/> 5.3.2013

Joint Commission International Accreditation for Hospital, 4th edition Joint Commission Resources, 2012 (JCI Hospital)

Joint Commission International Accreditation Standards for Home Care, Joint Commission Resources, 2012, (JCI Home care)

Joint Commission International Accreditation Standards for Long Term Care, Joint Commission International, Joint Commission Resources, 2012, (JCI Long term care)

Kurutkan, M.N ve Seyyar Ali., “Bakım Hizmetleri ve Bakım güvenliği” Sageya Yayınevi Ankara, 2011

Mills P., Neily J., Luan D., Stalhandske E., Weeks W., “Using Aggregate Root Cause Analysis to Reduce Falls and Related İnjuries”, Journal on Quality and Patient Safety, Jan. 2005, vol.31, no.1

World Alliance for Patient Safety, Summary Of The Evidence on Patient Safety: Implications For search, The Research Priority setting Working Group of the World allinace For Patient Safety, edited by Ashish Jha 2008 WHO

[www.sosylayardimlar.net](http://www.sosylayardimlar.net), Evde Bakım Hizmetleri, Erisim Tarihi 04/03/2016