



TÜRKİYE’DE ÖZEL EVDE BAKIM VE EVDE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE SORUNLAR VE SOMUT POLİTİKA ÖNERİLERİ

İSTANBUL ÖRNEĞİ ÜZERİNDEN



Türkiye'de Evde Bakımın Sessiz Yolculuğu

Geç Başlayan Bir Sektör

Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetlerinin kurumsal gelişimi, sağlık sisteminin diğer alanlarına kıyasla oldukça geç başlamıştır. 2000’li yılların başına kadar evde bakım hizmetleri sınırlı ölçekte sunulmuş, hizmetlerin önemli bölümü bireysel girişimler veya hastanelerin kısıtlı uygulamaları şeklinde yürütülmüştür.

Sektör açısından en önemli dönüm noktası, 10 Mart 2005 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan “*Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik*” olmuştur. Bu düzenleme ile evde bakım merkezlerinin açılış, çalışma ve denetim esasları ilk kez kapsamlı biçimde tanımlanmış; özel sektörün evde sağlık ve bakım alanında faaliyet göstermesinin yasal altyapısı oluşturulmuştur. Buna rağmen, 2005-2020 yılları arasında sektörün büyüme hızı sınırlı kalmış, evde bakım hizmetleri sağlık sisteminin ana hizmet alanlarından biri haline gelememiştir. Bu dönemde faaliyet gösteren merkezlerin sayısı düşük seviyelerde kalmış, sektörün finansal sürdürülebilirliği ve kamu tarafından desteklenmesi konusunda önemli sorunlar yaşanmıştır.

Pandemi Her Şeyi Değiştirdi

Sektör açısında ikinci kırılma noktası ise 2020 yılında başlayan COVID-19 pandemisi olmuştur. Pandemi süreci evde sağlık ve bakım hizmetlerine yönelik farkındalığı ve talebi önemli ölçüde artırmıştır. Hastanelerdeki yoğunluk, enfeksiyon riskleri ve kronik hastaların sağlık kuruluşlarına erişimde yaşadığı güçlükler nedeniyle birçok sağlık hizmeti ev ortamına taşınmıştır. Böylece evde sağlık uygulamaları, pandemi yönetiminin önemli bileşenlerinden biri haline gelmiştir.

Ancak pandemi döneminde ortaya çıkan hızlı talep artışı, sektörün yapısal sorunlarını da görünür kılmıştır. Evde sağlık hizmeti sunumunda farklı organizasyon modelleri gelişmiş, düşük maliyetlerle faaliyet gösterebilen bazı yapılar resmi evde bakım merkezleriyle aynı pazarda hizmet vermeye başlamıştır. Bu durum, yüksek mevzuat yükümlülükleri altında faaliyet gösteren ruhsatlı evde bakım merkezleri ile daha düşük maliyetli hizmet sunan yapılar arasında rekabet dengesinin bozulmasına yol açmıştır.

Pandemi sonrasında evde sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç devam etmiş olsa da sektörün karşı karşıya olduğu temel sorunlar büyük ölçüde çözülmemiştir. Ruhsatlı evde bakım merkezleri; yüksek personel maliyetleri, denetim yükümlülükleri, geri ödeme mekanizmalarının yetersizliği ve kayıt dışı hizmet sunumuyla rekabet gibi nedenlerle ekonomik sürdürülebilirlik konusunda önemli zorluklar yaşamaktadır. Buna karşın, Türkiye’nin yaşlanan nüfusu, kronik hastalık yükündeki artış ve hastane merkezli bakım modellerinin maliyet baskısı dikkate alındığında, evde bakım hizmetlerinin önümüzdeki yıllarda sağlık sisteminin stratejik bileşenlerinden biri haline gelmesi beklenmektedir.

Hızla Yaşlanıyoruz!

Sektör açısından üçüncü önemli kırılma noktası, Türkiye’de yaşlı nüfusun özellikle 2018 sonrasında hızlanan artışıdır. Türkiye uzun yıllar genç nüfus yapısıyla öne çıkmış olsa da, son dönemde demografik dönüşüm süreci belirgin şekilde hızlanmıştır. Doğurganlık oranlarının düşmesi, yaşam süresinin uzaması ve nüfus yapısındaki değişim sonucunda yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı her yıl artmaktadır.

Uluslararası demografik projeksiyonlar, Türkiye’nin önümüzdeki yıllarda dünyanın en hızlı yaşlanan ülkeleri arasında yer alacağını göstermektedir. Bu durum yalnızca yaşlı nüfusun sayısal olarak artması anlamına gelmemekte, aynı zamanda sağlık, bakım ve sosyal destek ihtiyaçlarının da hızla büyümesi anlamına gelmektedir.

Yaşlanma sürecinin önemli bir diğer boyutu ise sağlıklı yaşam süresidir. Yaşlı nüfusun önemli bir bölümü kronik hastalıklar, hareket kısıtlılığı, bilişsel gerileme ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Çeşitli araştırmalar, 65 yaş ve üzerindeki bireylerin önemli bir kısmının günlük yaşam aktivitelerinde kısmi veya tam desteğe ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, Türkiye’nin yalnızca yaşlanan bir toplum değil, aynı zamanda bakım ihtiyacı giderek artan bir toplum haline geldiğini göstermektedir.

Evde Bakım Artık Bir Tercih Değil, Zorunluluk

Sonuç olarak, nüfusun hızla yaşlanması, kronik hastalık yükünün artması ve uzun dönemli bakım ihtiyacının büyümesi; evde sağlık, evde bakım, rehabilitasyon ve palyatif bakım hizmetlerini sağlık sisteminin tamamlayıcı bir unsuru olmaktan çıkarıp temel bileşenlerinden biri haline getirmektedir. Önümüzdeki yıllarda evde bakım sektörünün büyümesini belirleyecek en önemli faktörlerden birinin, Türkiye'nin hızlanan demografik dönüşümü olacağı değerlendirilmektedir.

Bu nedenle sektörün sürdürülebilir şekilde büyüebilmesi için evde bakım hizmetlerinin geri ödeme sistemleri içerisine alınması, kayıt dışı hizmet sunumunun etkin biçimde denetlenmesi, özel sağlık sigortaları kapsamının genişletilmesi ve evde bakım merkezlerinin kurumsal kapasitesini destekleyen yeni politika araçlarının geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Kamu Başardı, Talep Gerçeği Ortaya Çıktı

Özel sektörün sınırlı büyümesine karşılık, kamu tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri son derece hızlı bir gelişim göstermiş ve kısa sürede toplum tarafından yoğun ilgi görmüştür. Bu başarının arkasında hizmetlerin ücretsiz sunulmasının önemli bir etkisi bulursa da, ortaya çıkan talebin büyüklüğü evde sağlık ve bakım hizmetlerinin Türkiye'de uzun süredir karşılanmayı bekleyen temel bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Şubat 2010 ile 2024 yılı sonu arasında kamu evde sağlık hizmetlerinden yararlanan toplam hasta sayısı 2 milyon 780 bin 50'ye ulaşmıştır. Bu rakam, evde sağlık hizmetlerinin sağlık sistemi içerisindeki öneminin her geçen yıl arttığını ve vatandaşlar tarafından benimsendiğini ortaya koymaktadır.

Günümüzde sağlık hizmet sunumunda yaşanan dönüşüm, evde sağlık hizmetleri ile palyatif bakım uygulamalarının daha bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Özellikle palyatif bakım merkezlerinden veya hastanelerden taburcu edilen hastalar, ev ortamında yakın tıbbi takip ve multidisipliner desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle son yıllarda evde sağlık hizmetleri ile palyatif bakım uygulamalarının entegrasyonuna yönelik çalışmalar gündeme gelmiştir.

Palyatif bakım sonrasında hastaların önemli bir bölümü düzenli hekim muayenesi, laboratuvar tetkikleri için kan alma işlemleri, kronik yara ve bası yarası bakımı, beslenme desteği, ağrı yönetimi ve fizik tedavi-rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Bu hizmetlerin ev ortamında etkin şekilde sunulabilmesi, hem hastaların yaşam kalitesini artırmakta hem de gereksiz hastane başvurularının ve yeniden yatışların azaltılmasına katkı sağlamaktadır.

Türkiye'nin yaşlanan nüfusu, kronik hastalık yükündeki artış ve uzun süreli bakım ihtiyacının giderek büyümesi dikkate alındığında, evde sağlık hizmetleri ile palyatif bakım hizmetlerinin koordineli bir yapı içerisinde planlanması önümüzdeki dönemin en önemli sağlık politikalarından biri olmaya aday görünmektedir.

Hizmetin Kapsamı ve Erişim Standartları

- 80 Yaş Üstü Kuralı:** Kamuda erişimi kolaylaştırmak adına, 80 yaş ve üzerindeki bireylerin talep etmeleri halinde doğrudan evde sağlık hizmetinden yararlanabilmesine imkan tanınmıştır.
- Hizmet Kapsamı:** Muayene, enjeksiyon, pansuman, serum takibi, sonda değişimi, tıbbi rehabilitasyon, fizyoterapi gibi hizmetler verilmektedir.
- Tamamen Ücretsizdir:** Sağlık Bakanlığına bağlı birimlerce sunulan hizmetlerin hiçbir aşamasında hastalardan veya yakınlarından ücret talep edilmez.
- Kimler faydalaniyor?** sağlık kurulu raporu ile belgelenmiş kronik hastalığı bulunan, günlük yaşam aktiviteleri skoru yönünden tam bağımlı veya ileri derecede bağımlı olarak nitelendirilen 65 yaş ve üzeri hastalar, hastalığı sebebiyle cihaza veya eve bağımlı hastalar, palyatif bakım hizmeti almış ve tıbbi bakımının evde yapılması uygun görülen hastalar da evde sağlık hizmeti kapsamında yer alıyor. Hastaneden taburcu olurken hekimi tarafından evde sağlık hizmeti sunulması uygun görülen ve tedavi planı yapılan sürekli veya 30 güne kadar tıbbi bakım hizmeti alması uygun görülen kişiler ile diyabet, kalp yetmezliği, inme, KOAH, Alzheimer, demans, nörodejeneratif hastalıklar, terminal dönem kanser, multimorbiditeye sahip kronik hastalar, kalça/diz/omuz fraktürü sonrası tedavi ve takip yapılan hastalar ve amputasyon sebebiyle tıbbi bakım alması gereken hastalar da öncelikli olarak evde sağlık hizmeti kapsamında değerlendirmeye alınıyor.

ÖZEL EVDE BAKIM ve SAĞLIK MERKEZLERİNİN SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1. Mevzuata Bağlı Sorunlar

1.1. Yönetmelik İsmi Değişmeli, "Evde" Değil "Yerinde" Sağlık Dönemi Başlamalı

Mevcut mevzuatın temelini oluşturan 2005 tarihli "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik", yayımlandığı dönemin ihtiyaçlarına cevap vermiş olsa da günümüz sağlık hizmet sunum modellerini tam olarak karşılayamamaktadır. Yönetmeliğin isminde yer alan "evde bakım" kavramı, hizmeti belirli bir mekânla sınırlandırmakta ve sektörün gelişen yapısını yeterince yansıtmamaktadır.

Öncelikle "bakım" kavramı toplum nezdinde çoğu zaman yalnızca yaşlı bakımı veya kişisel destek hizmetleri olarak algılanmaktadır. Oysa günümüzde evde bakım merkezleri; hekim muayenesi, hemşirelik hizmetleri, ileri yara bakımı, rehabilitasyon, laboratuvar hizmetleri, uzaktan hasta takibi ve dijital sağlık uygulamaları gibi çok daha geniş bir sağlık hizmeti yelpazesi sunmaktadır.

Bunun yanında sağlık hizmetinin sunulduğu alan da artık yalnızca konutlarla sınırlı değildir. Günümüzde bireyler otellerde, iş yerlerinde, bakım merkezlerinde, öğrenci yurtlarında, sosyal tesislerde veya geçici olarak bulundukları farklı mekanlarda da sağlık hizmetine ihtiyaç duyabilmektedir. Dijital sağlık uygulamaları ve mobil sağlık ekiplerinin gelişmesiyle birlikte hizmetin temel tanımlayıcısı "ev" olmaktan çıkmış, "kişinin bulunduğu yer" haline gelmiştir.

Bu nedenle yönetmelik isminin ve hizmet tanımının güncellenmesi gerekmektedir. "Evde Bakım Hizmetleri" yerine **"Özel Yerinde Sağlık ve Yerinde Bakım Hizmetleri"** yaklaşımının benimsenmesi, sektörün mevcut faaliyet alanını daha doğru tanımlayacak ve gelecekte gelişecek dijital sağlık, mobil sağlık ve uzaktan takip modelleri için daha kapsayıcı bir çerçeve oluşturacaktır.

Yeni yaklaşımın merkezinde mekan değil, hizmetin kişiye ulaştırılması anlayışı yer almalıdır. Sağlık hizmetinin nerede verildiğinden çok, kişinin bulunduğu yerde güvenli, kaliteli ve sürdürülebilir şekilde sunulması esas alınmalıdır. Bu nedenle "yerinde sağlık" kavramı, Türkiye'nin gelecekteki sağlık politikaları açısından daha çağdaş, kapsayıcı ve sürdürülebilir bir yaklaşım olarak değerlendirilmelidir.

1.2. İnsan Kaynağı Sorunu Çözülmeden Sektör Büyüyemez

Evde sağlık ve bakım sektörünün önündeki en büyük yapısal sorunlardan biri insan kaynağı yetersizliğidir. Mevcut mevzuatta evde sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alabilecek sağlık personeli tanımları oldukça dar tutulmuş olup, uygulamada sistem büyük ölçüde hemşire ve ebe kadroları üzerinden yürümektedir. Ancak hızla artan hizmet talebi karşısında bu yaklaşımın sürdürülebilirliği her geçen gün zorlaşmaktadır.

Türkiye'nin yaşlanan nüfusu, kronik hastalık yükündeki artış ve evde bakım ihtiyacının büyümesi dikkate alındığında, mevcut hemşire ve ebe merkezli personel modelinin sektörün gelecekteki ihtiyaçlarını karşılaması mümkün görünmemektedir. Nitekim sağlık sektörünün genelinde yaşanan personel açığı, evde sağlık ve bakım alanında daha belirgin şekilde hissedilmektedir. Bu durum hem hizmet sunum kapasitesini sınırlandırmakta hem de personel maliyetlerinin önemli ölçüde artmasına neden olmaktadır.

Oysa sağlık sisteminde acil müdahale, hasta takibi ve uygulamalı bakım süreçlerinde eğitim almış geniş bir profesyonel insan kaynağı bulunmaktadır. Paramedikler, Acil Tıp Teknisyenleri (ATT) ve Anestezi Teknikerleri sahip oldukları eğitim ve mesleki yetkinliklere rağmen mevcut mevzuat nedeniyle evde sağlık ve bakım hizmetlerinde yeterince değerlendirilememektedir.

Bu nedenle evde sağlık ve bakım hizmetlerinin yalnızca hemşire ve ebe ekseninde tanımlanması yerine, daha geniş bir sağlık profesyoneli yelpazesini kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Gerekli eğitim,

sertifikasyon ve görev tanımları oluşturularak Paramedik, ATT ve Anestezi Teknikerlerinin de sistem içerisine dahil edilmesi sektör açısından bir tercih değil, giderek zorunluluk haline gelen bir ihtiyaçtır.

Böyle bir düzenleme, hizmet kalitesini koruyarak insan kaynağı kapasitesini artıracak, sağlık alanında eğitim almış binlerce gence yeni istihdam fırsatları sunacak, kayıt dışı personel kullanımını azaltacak ve sektörün sürdürülebilir büyümesine önemli katkı sağlayacaktır. Türkiye'nin önümüzdeki yıllarda karşı karşıya kalacağı bakım ihtiyacı düşünüldüğünde, evde sağlık hizmetlerinin geleceği daha kapsayıcı ve gerçekçi bir insan kaynağı planlamasını zorunlu kılmaktadır.

1.3. Üç Hekim Çalıştırma Şartı Gözden Geçirilmelidir

Evde sağlık ve bakım sektörünün gelişiminin önündeki önemli engellerden biri de mevcut kuruluş kriterleridir. Bugünkü düzenlemelerde yeni bir merkezin açılabilmesi için üç hekim istihdam edilmesi zorunluluğu bulunmaktadır. Hizmet kapasitesi henüz oluşmamış, hasta portföyü bulunmayan yeni bir girişim için bu şart ciddi bir mali yük oluşturmaktadır.

Özellikle son yıllarda artan hekim maliyetleri dikkate alındığında, üç hekim zorunluluğu birçok girişimci açısından sürdürülebilir olmaktan uzak hale gelmiştir. Sonuç olarak sektöre yatırım yapmak isteyen kişi ve kurumlar ya bu alana girememekte ya da bazı hizmetlerin kayıt dışı ve denetimsiz şekilde sunulmasına zemin oluşturmaktadır.

Bunun yanında mevcut uygulamada görev alan hekimlerin çalışma modellerine ilişkin kısıtlamalar da sektörün ihtiyaçlarıyla tam olarak örtüşmemektedir. Evde sağlık hizmetlerinin doğası gereği birçok branş hekimi belirli zaman dilimlerinde hizmet verebilmekte, ancak tam zamanlı istihdam zorunluluğu ve başka sağlık kuruluşlarında çalışma konusundaki sınırlamalar insan kaynağının etkin kullanımını güçleştirmektedir.

Bu nedenle kuruluş aşamasında aranan asgari hekim sayısının üçten ikiye düşürülmesi ve bu hekimlerden en az birinin kısmi zamanlı (part-time) olarak görev yapabilmesine imkan tanınması değerlendirilmelidir. Ayrıca hekim istihdamı, kuruluş aşamasındaki sabit bir yükümlülük yerine merkezin hasta sayısı ve hizmet kapasitesiyle ilişkilendirilmelidir.

Hasta sayısı arttıkça hekim kadrosunun da kademeli olarak artırıldığı bir model, hem hizmet kalitesini koruyacak hem de yeni yatırımların önünü açacaktır. Böyle bir yaklaşım, sektörün büyümesini teşvik ederken denetimli ve ruhsatlı hizmet sunumunu güçlendirecek, kayıt dışı faaliyetlerin azaltılmasına da katkı sağlayacaktır.

Evde sağlık hizmetlerinde amaç, kuruluş aşamasında yüksek maliyetli bariyerler oluşturmak değil; hasta güvenliğinden ödün vermeden erişilebilir, sürdürülebilir ve denetlenebilir bir hizmet altyapısı oluşturmaktır.

1.4. Hastanın Kendi Hekimine Erişimi Korunmalı

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinde başarılı sonuçların temel şartlarından biri, hastanın mevcut tedavi sürecinin kesintiye uğramadan devam ettirilmesidir. Ancak mevcut uygulamalarda konsültasyon süreçlerine ilişkin tanımlar ve yetki sınırları yeterince net değildir. Bu durum özellikle uzun süredir belirli uzman hekimler tarafından takip edilen hastaların bakım süreçlerinde koordinasyon sorunlarına yol açabilmektedir.

Bugün birçok hasta; onkoloji, nöroloji, kardiyoloji, göğüs hastalıkları veya geriatri gibi branşlarda kendi hekimi tarafından düzenli olarak takip edilmektedir. Evde sağlık hizmeti almaya başlamasıyla birlikte hastanın bu uzman hekimlerle olan ilişkisinin zayıflaması veya tamamen kesilmesi, bakımın sürekliliği açısından önemli bir eksiklik oluşturmaktadır.

Bu nedenle evde sağlık ve bakım hizmetlerinde konsültan hekim modelinin daha açık şekilde tanımlanması gerekmektedir. Muayenehanelerde çalışan hekimler, özel hastane hekimleri veya uygun mevzuat çerçevesinde kamu hekimleri; gerekli durumlarda hastaya fiziksel veya dijital ortamda konsültasyon hizmeti verebilmeli, tedavi planlamasına katkı sunabilmelidir.

Bu modelde evde bakım merkezi bünyesindeki sorumlu hekim; hasta bakım sürecini koordine eden, uygulamaları denetleyen ve gerekli onay mekanizmalarını yöneten hekim olarak görev yaparken, konsültan hekimler ise kendi uzmanlık alanlarında tedavi planlamasına destek veren ve hastanın mevcut takip sürecinin devamlılığını sağlayan paydaşlar olarak tanımlanmalıdır.

Ayrıca dijital sağlık uygulamalarının gelişmesiyle birlikte görüntülü muayene, uzaktan değerlendirme ve elektronik sağlık kayıtlarının paylaşımı gibi imkanların mevzuata daha güçlü şekilde entegre edilmesi büyük önem taşımaktadır. Böylece hasta, evde sağlık hizmeti alırken kendi uzman hekimlerinden kopmadan, daha bütüncül ve koordineli bir sağlık hizmetine erişebilecektir.

Evde sağlık hizmetlerinin amacı hastayı sağlık sisteminin geri kalanından izole etmek değil, aksine tüm sağlık profesyonellerini hastanın bulunduğu noktada bir araya getirebilen entegre bir bakım modeli oluşturmaktır.

1.5. Hastane ile Ev Arasındaki Köprü Kurulmalı

Sağlık hizmetlerinde en önemli hedeflerden biri, hastanın bakım sürecinin kesintisiz şekilde devam ettirilmesidir. Ancak mevcut mevzuatta evde sağlık ve bakım merkezleri ile hastaneler arasında hizmet alımı ve hizmet sunumuna ilişkin yeterli iş birliği mekanizmaları bulunmamaktadır. Bu durum özellikle taburculuk sonrası bakım ihtiyacı bulunan hastalar açısından önemli bir boşluk oluşturmaktadır.

Günümüzde ameliyat sonrası bakım gerektiren hastalar, inme geçiren bireyler, Alzheimer ve demans hastaları, uzun süreli rehabilitasyon ihtiyacı bulunan kişiler ve hastane yatışı sırasında refakat desteğine ihtiyaç duyan hastalar için hastane hizmetleri tek başına çoğu zaman yeterli olmamaktadır. Buna rağmen sağlık kuruluşları ile evde bakım merkezleri arasında kurumsal hizmet alımı modellerinin sınırlı olması, bakım sürekliliğinin sağlanmasını zorlaştırmaktadır.

Oysa evde bakım merkezleri; laboratuvarlar, radyoloji merkezleri ve ambulans hizmet sağlayıcıları gibi hastane dışı sağlık hizmeti sunan kuruluşlar arasında değerlendirilmelidir. Hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları ihtiyaç duyduklarında evde bakım merkezlerinden hizmet satın alabilmeli, hasta taburculuğu sonrasında bakım ve tedavi süreçlerini bu kurumlarla koordineli şekilde sürdürebilmelidir.

Böyle bir model sayesinde hastalar hastaneden taburcu olduktan sonra bakım boşluğuna düşmeyecek, yara bakımı, ilaç uygulamaları, rehabilitasyon, hemşirelik hizmetleri, hasta bakımı ve tıbbi takip süreçleri planlı şekilde devam edebilecektir. Aynı zamanda hastanelerin üzerindeki bakım yükü azalırken sağlık sisteminin kaynakları daha verimli kullanılabilir.

Gelişmiş sağlık sistemlerinde giderek yaygınlaşan yaklaşım, tüm hizmetlerin hastane içerisinde verilmesi değil; hastanın ihtiyacına göre farklı sağlık kuruluşlarının koordineli çalışmasıdır. Türkiye'de de evde bakım merkezlerinin sağlık hizmet sunum zincirinin resmi ve etkin bir parçası haline getirilmesi, hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi açısından önemli kazanımlar sağlayacaktır.

Amaç hastayı hastaneden çıkarmak değil, hastaneden eve uzanan bakım sürecini kesintisiz hale getirmektir.

1.6. Yaşlı Bakımında Kayıt Dışılık Son Bulmalı

Türkiye'nin hızla yaşlanmasıyla birlikte yalnız yaşayan, günlük yaşam aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyan yaşlı bireylerin sayısı da her geçen yıl artmaktadır. Ancak mevcut mevzuatta sağlık hizmetleri tanımlanmış olmasına rağmen, tıbbi müdahale gerektirmeyen günlük bakım ve sosyal destek hizmetlerini sunacak personel yapısı yeterince tanımlanmamıştır.

Bugün birçok aile; yaşlı yakınlarının kişisel bakımı, beslenmesi, ilaçlarının hatırlatılması, günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi, refakat edilmesi ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması için bakıcı desteğine ihtiyaç duymaktadır. Ancak bu hizmetlerin önemli bir bölümü kayıt dışı şekilde sunulmakta, hizmet veren kişilerin eğitim düzeyi, yetkinliği ve denetimi konusunda ciddi belirsizlikler yaşanmaktadır.

Özellikle çalışma izni bulunmayan yabancı uyruklu bakıcılar, sertifikasız personel ve herhangi bir kurumsal denetime tabi olmayan araçlar üzerinden yürütülen bakım hizmetleri hem yaşlı bireyler hem de aileleri açısından önemli riskler oluşturmaktadır.

Bu nedenle girişimsel tıbbi uygulama yapmayan, sağlık personelinin görev alanına müdahale etmeyen ancak öz bakım, günlük yaşam desteği ve sosyal bakım hizmetleri sunan "Bakım Destek Personeli" statüsü mevzuatta açık şekilde tanımlanmalıdır. Bu personelin eğitim standartları, görev tanımları, sertifikasyon süreçleri ve denetim mekanizmaları belirlenmelidir.

Ayrıca bugün insan kaynakları veya danışmanlık firması adı altında yürütülen bakıcı temini faaliyetleri de belirli standartlara bağlanmalıdır. Yaşlı, engelli ve bakıma ihtiyaç duyan bireylere hizmet sunan personelin kayıt altına alınması, mesleki yeterliliklerinin doğrulanması ve düzenli denetlenmesi hem hizmet kalitesini artıracak hem de kayıt dışılıkla mücadeleye önemli katkı sağlayacaktır.

Önümüzdeki yıllarda Türkiye'nin karşılaşacağı en büyük sosyal sorunlardan biri sağlık hizmeti eksikliği değil, uzun dönemli bakım ihtiyacının karşılanması olacaktır. Bu nedenle bakım hizmetlerinin profesyonelleştirilmesi ve bakım personelinin resmi bir statüye kavuşturulması artık ertelenemez bir ihtiyaç haline gelmiştir.

1.7. Tanım Karmaşası Giderilmeli, Yeni Hizmet Modelleri Mevzuata Yansıtılmalı

Evde sağlık ve bakım sektörünün gelişiminin önündeki en önemli yapısal sorunlardan biri, mevcut mevzuatta yer alan tanımların günümüz hizmet modellerini yeterince karşılayamamasıdır. Son yirmi yılda sağlık hizmetlerinin sunum şekli önemli ölçüde değişmiş; mobil sağlık ekipleri, dijital sağlık uygulamaları, uzaktan hasta takibi, bakım destek hizmetleri ve multidisipliner bakım modelleri yaygınlaşmıştır. Buna rağmen mevcut tanımlar büyük ölçüde 2005 yılının ihtiyaç ve koşullarını yansıtmaya devam etmektedir.

Bugün sahada evde bakım, evde sağlık, dijital sağlık, bakım personeli, yardımcı sağlık personeli ve konsültan hekim gibi kavramlar fiilen kullanılmasına rağmen mevzuatta yeterince tanımlanmamış veya birbirinden net biçimde ayrıştırılmamıştır. Bu durum hem uygulayıcılar hem de denetleyici kurumlar açısından belirsizliklere yol açmaktadır.

Özellikle hizmetin yalnızca "ev" ile tanımlanması, günümüzde otel, iş yeri, bakım merkezi, öğrenci yurdu veya bireyin geçici olarak bulunduğu diğer yaşam alanlarında sunulan sağlık hizmetlerini kapsam dışı bırakmaktadır. Oysa çağdaş yaklaşımda belirleyici unsur mekan değil, hizmetin bireyin bulunduğu yerde sunulmasıdır. Bu nedenle "yerinde sağlık" ve "yerinde bakım" kavramlarının mevzuatın merkezine yerleştirilmesi gerekmektedir.

Benzer şekilde evde sağlık hizmetleri ile uzun süreli bakım hizmetleri birbirinden farklı süreçler olmasına rağmen uygulamada çoğu zaman aynı başlık altında değerlendirilmektedir. Tıbbi müdahale ağırlıklı hizmetler ile günlük yaşam desteği ve sosyal bakım hizmetlerinin görev alanları netleştirilmeli; yardımcı sağlık personeli ve bakım destek personeli gibi yeni meslek tanımları mevzuata dahil edilmelidir.

Ayrıca dijital sağlık uygulamalarının, tele-tıp hizmetlerinin ve konsültan hekim modellerinin hukuki altyapısının güçlendirilmesi; hastanın kendi uzman hekimiyle bağlantısını sürdürebileceği, uzaktan değerlendirme ve takip mekanizmalarının kullanılabileceği çağdaş bir sağlık hizmet modeli oluşturulmasını sağlayacaktır.

Sonuç olarak, sektörün sürdürülebilir büyümesi yalnızca yeni yatırım veya finansman modelleriyle değil, aynı zamanda sahadaki gerçekliği yansıtan açık, anlaşılır ve çağın ihtiyaçlarına uygun tanımların oluşturulmasıyla mümkün olacaktır. Yönetmelikteki tanım karmaşasının giderilmesi, sektörün geleceğine yönelik yapılacak reformların temelini oluşturmalıdır.

1.8. Fiziki Altyapı ile Hizmet Yetkileri Arasındaki Çelişki Giderilmeli

Mevcut yönetmelikte evde bakım merkezlerinin kuruluş şartları ayrıntılı şekilde düzenlenmiş; başvuru ve müşteri hizmetleri bölümü, çağrı merkezi, malzeme odası, personel alanları ve özellikle "muayene ve acil odası" gibi fiziksel alanların oluşturulması zorunlu tutulmuştur. Yönetmelik kapsamında merkezlerde asgari 8 metrekare büyüklüğünde, gerekli tıbbi donanım ve malzemelerin bulunduğu bir muayene ve acil müdahale odasının bulunması şart koşulmaktadır.

Ancak mevcut uygulamada, mevzuat tarafından zorunlu tutulan bu alanlarda hekimlerin hasta muayenesi yapabilmesine veya belirli sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik açık bir yetkilendirme bulunmamaktadır. Bir taraftan muayene odası kurulmasının zorunlu tutulması, diğer taraftan bu alanın sağlık hizmeti sunumunda etkin şekilde kullanılamaması uygulamada önemli bir çelişki yaratmaktadır.

Özellikle merkez bünyesinde görev yapan hekimlerin; değerlendirme, kontrol muayenesi, tedavi planlaması ve konsültasyon amaçlı hasta kabul edebilmesinin önünün açılması gerekmektedir. Bu durum hem mevcut fiziki altyapının etkin kullanılmasını sağlayacak hem de hastaların basit sağlık ihtiyaçları için farklı kurumlara yönlendirilmesinin önüne geçecektir.

Bununla birlikte evde bakım ve evde sağlık merkezlerinin kendi fiziki alanlarında; serum uygulamaları, enjeksiyon işlemleri, pansuman ve yara bakımı, kateter ve sonda değişimleri, numune alma işlemleri gibi düşük riskli ve ayaktan sunulabilecek sağlık hizmetlerini gerçekleştirebilmelerine imkan tanınmalıdır. Böylece merkezler yalnızca hizmet organizasyonu yapan yapılar olmaktan çıkacak, ihtiyaç halinde bireyin bulunduğu yerde veya merkez ortamında sağlık hizmeti sunabilen bütünleşik bir modele dönüşebilecektir.

Bu yaklaşım, önerilen "Yerinde Sağlık" kavramıyla da uyumludur. Çünkü yerinde sağlık anlayışında esas olan hizmetin yalnızca evde verilmesi değil, bireyin ihtiyacına göre bulunduğu ortamda veya hizmet merkezinde güvenli ve erişilebilir şekilde sunulabilmesidir.

Sonuç olarak, mevcut yönetmelikte yer alan fiziki mekan zorunlulukları ile hizmet sunum yetkileri arasındaki uyumsuzluk giderilmeli; merkezlerde bulunan muayene ve acil müdahale alanlarının sağlık hizmeti sunumunda etkin kullanılabilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Böylece hem mevcut altyapı daha verimli değerlendirilecek hem de vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılacaktır.

1.9. "Başka Yerde Çalışamaz" Şartı Yeniden Düzenlenmelidir

Mevcut yönetmeliğin yasaklar başlıklı hükümleri incelendiğinde, evde bakım merkezlerinde görev yapan hekim ve diğer sağlık personelinin başka bir özel sağlık kuruluşunda çalışamayacağı düzenlenmiştir. Ancak bu hüküm, günümüz sağlık sektörünün çalışma gerçekleri ve insan kaynağı ihtiyaçlarıyla tam olarak örtüşmemektedir.

Türkiye'de hekimler ve sağlık profesyonelleri birçok farklı sağlık kuruluşunda mevzuatın izin verdiği çerçevede kısmi zamanlı (part-time) veya sözleşmeli olarak görev alabilmektedir. Özel hastaneler, tıp merkezleri, poliklinikler ve muayenahanelerde farklı çalışma modelleri uygulanırken, evde bakım merkezlerine yönelik getirilen mutlak çalışma yasağı sektörde ayrı bir kısıtlama yaratmaktadır.

Bu durum özellikle kuruluş aşamasındaki merkezlerin hekim ve sağlık personeli istihdam etmesini zorlaştırmakta, personel maliyetlerini artırmakta ve sektörün sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca sağlık insan kaynağının etkin kullanımını engelleyerek, mevcut personel kapasitesinin farklı hizmet alanlarında değerlendirilmesinin önüne geçmektedir.

Özellikle evde sağlık hizmetlerinin doğası gereği birçok uzman hekim ve sağlık çalışanı belirli zaman dilimlerinde hizmet verebilmekte, ancak mevcut yasaklar nedeniyle bu profesyonellerin bilgi ve deneyimlerinden yeterince faydalanılamamaktadır. Sonuç olarak hem merkezler gereksiz mali yüklerle karşılaşmakta hem de vatandaşların hizmete erişim imkanları daralmaktadır.

Bu nedenle evde bakım ve evde sağlık merkezlerinde görev yapan hekimler ile sağlık personelinin, ilgili mevzuat ve çalışma süreleri çerçevesinde birden fazla sağlık kuruluşunda görev alabilmelerine imkan tanınmalıdır. Esas olan personelin yalnızca tek bir kurumda çalışması değil, görev aldığı tüm kurumlarda hasta güvenliği, hizmet kalitesi ve denetlenebilirliğin sağlanması olmalıdır.

Evde bakım merkezlerinin diğer sağlık kuruluşlarından farklı ve daha ağır bir istihdam rejimine tabi tutulması yerine, sağlık sektörünün genel çalışma modelleriyle uyumlu bir yapı oluşturulması hem insan kaynağının daha verimli kullanılmasını sağlayacak hem de sektör üzerindeki gereksiz mali baskıyı azaltacaktır.

1.10. Tanıtım ve Bilgilendirme Kısıtlamaları Yeniden Değerlendirilmelidir

Evde sağlık ve evde bakım hizmetlerinde vatandaşın doğru bilgiye ulaşabilmesi, ruhsatlı kuruluşları kayıt dışı yapılardan ayırt edebilmesi ve güvenilir hizmet sağlayıcılarına erişebilmesi büyük önem taşımaktadır. Ancak mevcut tanıtım ve bilgilendirme hükümlerinin uygulamadaki yorumları, birçok durumda ruhsatlı kuruluşların görünürlüğünü azaltmakta ve vatandaşın doğru bilgiye ulaşmasını zorlaştırmaktadır.

Evde bakım merkezleri doğası gereği hastane veya tıp merkezi gibi yoğun hasta trafiğinin bulunduğu yapılar değildir. Bu merkezlerin büyük bölümü hizmetlerini mobil ekipler aracılığıyla sunmakta, fiziksel mekanları ise ağırlıklı olarak koordinasyon ve operasyon merkezi olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle vatandaşların ruhsatlı merkezlere ulaşabildiği en önemli alanlar; merkezlerin fiziksel görünürlüğü ve dijital iletişim kanallarıdır.

Bununla birlikte uygulamada dış cephe tabelaları, cam giydirmeleri, bilgilendirme afişleri, hizmet tanıtım materyalleri ve benzeri görünürlük unsurlarına ilişkin farklı yorumlar ortaya çıkabilmekte; bazı durumlarda ruhsatlı kuruluşların kendilerini tanıtabilmeleri fiilen zorlaşmaktadır. Oysa kayıt dışı hizmet sunan kişi ve kuruluşlar herhangi bir denetime tabi olmadan dijital platformlarda faaliyet gösterebilmektedir.

Bu nedenle reklam ile bilgilendirmenin birbirinden net şekilde ayrılması gerekmektedir. Vatandaş yanıltmayan, haksız rekabete yol açmayan ve sağlık hizmetini ticari bir meta gibi sunmayan içeriklerin; bilgilendirme ve görünürlük kapsamında değerlendirilmesine imkan tanınmalıdır. Merkezlerin fiziksel mekanlarında hizmet alanlarını tanımlayan afişler, bilgilendirme panoları, yönlendirme tabelaları ve benzeri tanıtıcı unsurların kullanılabilmesi önündeki belirsizlikler giderilmelidir.

Ayrıca yetki belgesine sahip tüm evde sağlık ve evde bakım merkezlerinin ruhsat bilgileri, sorumlu personelleri ve faaliyet izinleri kendi internet sitelerinde yayınlanmalı; İl Sağlık Müdürlükleri ve Bakanlık tarafından güncel ve doğrulanabilir kuruluş listeleri kamuoyuna açık şekilde paylaşılmalıdır. Böylece vatandaşlar ruhsatlı kuruluşları kolaylıkla doğrulayabilecek, kayıt dışı hizmet sunumunun önüne geçilmesine katkı sağlanacaktır.

Amaç sağlık hizmetlerinin reklamını yapmak değil; vatandaşın güvenilir, denetlenebilir ve ruhsatlı sağlık hizmeti sunucularına erişimini kolaylaştırmaktır. Günümüzde görünürlük ve bilgilendirme imkanlarının aşırı kısıtlanması, çoğu zaman kayıt dışı yapılar aleyhine değil, ruhsatlı ve denetlenen kuruluşlar aleyhine sonuç doğurmaktadır.

2. Finansmana Bağlı Sorunlar

2.1. Sgk Sağlık Uygulama Tebliği (Sut) Bağlamında Evde Sağlık ve Uzaktan Sağlık Hizmetleri

Mevcut SGK mevzuatı, evde sağlık ve bakım hizmetlerinde kamu birimleri ile özel hastanelere alan açarken, Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsatlı bağımsız "Özel Evde Bakım Merkezleri"ni sistemin dışında bırakmaktadır. SUT kapsamında kamuya ait birimlerin sunduğu muayene, tetkik, yara bakımı, eğitim, EKG, uyku testi ve hemodiyaliz gibi kritik hizmetler devlet tarafından finanse edilirken; bağımsız özel merkezlerin bu hizmetler için Kurumdan hiçbir ücret talep edemeyeceği belirtilmiştir. Bu durum, aynı bakanlıktan ruhsat almış yapılar arasında açık bir negatif ayrımcılık yaratmaktadır.

Üstelik bu adaletsizlik sadece kamu-özel ayrımıyla sınırlı kalmayıp, **bizzat özel kuruluşların kendi içinde de derin bir eşitsizlik** doğurmaktadır. Mevzuata göre, SGK anlaşmalı bir özel hastane bünyesindeki evde bakım biriminin yazdığı reçete bedelleri devlet tarafından karşılanırken; tamamen bu işe odaklanmış, aynı hukuki denetimlerden geçen bağımsız "Özel Evde Bakım Merkezleri"nin yazdığı reçeteler kapsam dışı bırakılmaktadır. Aynı nitelikte personel istihdam eden ve özünde aynı klinik hizmeti sunan iki özel aktör arasındaki bu çifte standart, serbest piyasa kurallarına ve rekabet eşitliğine doğrudan zarar vermekte, hastane içi birimlere haksız bir finansal avantaj sağlamaktadır.

Madalyonun diğer yüzünde ise ciddi bir hasta mağduriyeti ve hak ihlali yer almaktadır. Evde bakıma ihtiyaç duyan kronik veya yatalak bir hasta, bağımsız bir özel merkezden hizmet almayı seçtiğinde en temel hakkı olan SGK güvencesinden (reçete, yara bakımı, tetkik vb.) yararlanamamaktadır. Bu durum, hastanın özgürce kurum seçme hakkını elinden almakta ve maddi durumu yetersiz olan aileleri kamudaki yoğunluk ve uzun bekleme listeleri karşısında çaresiz bırakmaktadır.

Sonuç olarak, kamunun evde sağlık hizmetlerindeki aşırı yoğunluğu ve arz yetersizliğini çözümlenin yolu özel sektörü dışlamak ya da kendi içinde ayırtırmak değil, sisteme entegre etmektir. Sağlık Bakanlığı denetimindeki bağımsız evde bakım merkezlerinin de belirli hizmet ve reçete kodlarıyla SGK (SUT) kapsamına alınması gerekir. Bu adım atıldığında hem devletin üzerindeki hasta yükü azalacak hem de vatandaşlar ticari kaygılardan uzak, eşit haklarla daha kaliteli ve kesintisiz bir sağlık hizmetine kavuşacaktır.

Mevcut SGK mevzuatı aşağıdaki bilgileri içermektedir.

2.1.1. Hizmet Tanımları ve Kapsamı

- Evde Sağlık Hizmetleri (Madde 2.1.1.A):** Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yönergesi doğrultusunda, Bakanlığa bağlı resmi sağlık hizmet sunucuları bünyesinde kurulmuş olan birimlerce verilen sağlık hizmetleridir.
- Uzaktan Hasta Değerlendirmeye Yönelik Sağlık Hizmetleri (Madde 2.1.1.B):** Sağlık Bakanlığı denetiminde, MHRS üzerinden randevu almış kişilere yönelik; ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinde uzman hekimler tarafından mesai saatleri içinde sesli ve görüntülü olarak sunulan muayene, tetkik değerlendirme, kronik hastalık takibi, tedavi yönetimi, e-reçete ve e-rapor düzenleme işlemlerini içeren dijital sağlık hizmetidir.

2.1.2. Finansman Esasları ve Ödeme Kuralları

A. Özel Sektör Kısıtlamaları ve Kamu İstisnası (Madde 2.2)

- İşyeri sağlık birimleri, özel poliklinikler ve "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" kapsamında hizmet veren özel merkez veya birimlerin sunduğu sağlık hizmetleri için SGK'dan ücret talep edilemez.**
- İstisna:** Kamu kurumlarına ait evde bakım merkezleri ile Kurumla sözleşmeli sunucuların bünyesindeki evde bakım birimlerince SUT usullerine göre düzenlenen **reçete bedelleri** SGK tarafından karşılanır.

B. Evde Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Protokolü (Madde 2.2.1.B-3 & 2.4.4.N)

- **Faturalandırma:** Hizmetler, EK-2/C listesinde yer alan P920010 kodu üzerinden faturalandırılır. Aynı hasta için aynı sağlık sunucusundan günde en fazla 1 adet ödeme yapılır.
- **10 Gün Kuralı:** Hastanın aynı kuruma ayaktan başvurusu ile evde sağlık faturalandırması arasında en az 10 gün bulunmalıdır. Bu süre içinde sadece EK-2/A-2 listesindeki ilave işlemler faturalandırılabilir.
- **Malzeme Temini:** Tıbbi malzemelerin sağlık kuruluşu tarafından temini zorunludur. Kurumca karşılanmayanlar hariç, faturalandırılabilir malzemeler ilaveten fatura edilebilir.
- **Özel Durum (Epidermolizis Bülloza):** Ayakta yara bakım hizmetleri sadece Evde Sağlık Hizmeti Birimlerince 530533 kodu üzerinden faturalandırılır. Malzemeler işlem puanına dahildir; hastaya dışarıdan alınırsa bedeli hastaya ödenir ve kurumun hak edişinden kesilir.

C. Uzaktan Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Protokolü (Madde 2.2.1.B-4)

- **Faturalandırma:** Tüm branşlar için EK-2/B listesindeki 520032 kodu kullanılır. Üçüncü basamak (üniversite/egitim araştırma) hastanelerinde bu puanın **iki katı** ödenir. Günde en fazla 1 adet faturalandırılabilir.
- **Kota Sınırlaması (%15):** Kuruma fatura edilecek uzaktan sağlık başvuru sayısı, ilgili merkezin acil servis hariç toplam ayaktan başvuru sayısının **%15'ini** geçemez.
- **Karşılıklı 10 Gün Sınırlaması:**
 - Ayaktan normal muayene olunan uzmanlık dalında, takip eden 10 gün içinde uzaktan sağlık kodu faturalandırılmaz.
 - Uzaktan sağlık hizmeti faturalandırdıktan sonraki 10 gün içinde de aynı uzmanlık dalında yeni bir uzaktan sağlık veya normal ayaktan muayene (EK-2/A) faturalandırılmaz.

2.1.3. İade Alınan Tıbbi Cihazların Tedarik ve Reçeteleme Kriterleri

A. İade Kapsamındaki Cihazlar (Madde 3.3.6)

SGK tarafından taahhütname karşılığı hastaya verilen ve işi bitince iade alınan cihazlar şunlardır:

1. Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon Cihazları (CPAP, Auto CPAP, BPAP grupları, ASV)
2. Evde uzun süreli/taşınabilir oksijen tedavi cihazları (Konsantrator, tüp, taşınabilir cihazlar)
3. Ev tipi ventilatör ve kesintisiz güç kaynağı
4. Akülü tekerlekli sandalye

Kritik Tedarik Kuralı: Hastaların sağlık kurulu raporu ile Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerine başvurması şarttır. Cihaz öncelikle SGK stoklarından verilir. Stokta yoksa, "**stokta yoktur onayı**" alınarak hastanın piyasadan aldığı cihaz ve aksesuarların bedeli SGK tarafından karşılanır. Onay alınmadan yapılan şahsi alımlar ödenmez.

B. Oksijen Tedavisi Cihazları Reçeteleme ve Klinik Kriterleri (Madde 3.3.6.B)

- **Kurul Raporu:** Göğüs hastalıkları, nöroloji, anestezi ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulunca düzenlenmelidir. Çocuk hastalarda çocuk göğüs/nöroloji uzmanı, yoksa 3. basamak hastaneden olmak kaydıyla çocuk sağlığı uzmanı raporlayabilir/reçete edebilir.
- **Rapor İçeriği:** Tanı, cihaz türü/gerekçesi, akım hızı, günlük kullanım süresi, aksesuarlar ve ekte arteriyel kan gazı laboratuvar çıktısı bulunmalıdır.
- **Klinik Ölçüm Kriterleri:**
 - *Kronik Solunum Yetmezliği:* İstirahat veya egzersizde $PaO_2 \leq 55 \text{ mmHg}$ veya $SaO_2 \leq 88\%$ olmalıdır.
 - *Kor pulmonale veya Konjestif Kalp Yetmezliği:* PaO_2 55-59 mmHg veya $SaO_2 \leq 89\%$ ile birlikte EKG'de "P Pulmonale" bulgusu ya da Hematokrit $> 55\%$ olmalıdır.
 - Terminal dönem hastalarda efor kapasitesini sınırlayan durumlarda da karşılanır.
- **Taşınabilir Oksijen Cihazı Kriteri:** İstirahatte değerleri normal ($PaO_2 > 55\%$, $SaO_2 > 88\%$) olmasına rağmen egzersiz/iş esnasında desatüre olan (eforla %4'ten fazla düşüş yaşayan, $PaO_2 \leq 55\%$, $SaO_2 \leq 88\%$) ve yataklak olmayan, aktif iş/öğrencilik hayatı süren mobilize hastalara verilir.
-

2.1.4. Elektronik Reçete İstisnaları (Madde 4.1.5)

SGK genel kural olarak manuel yazılan reçetelerin bedelini karşılamamaktadır ve hekim şifresi/elektronik imza ile e-reçete girişini zorunlu kılmaktadır. Ancak saha ve hizmet koşulları göz önünde bulundurularak şu iki yapısal model bu zorunluluğun istisnası (manuel giriş olanağı) olarak kabul edilmiştir:

- **Madde 4.1.5-f:** Evde sağlık hizmeti kapsamında düzenlenen reçeteler.
- **Madde 4.1.5-ğ:** "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" kapsamında hizmet veren (kamuya ait veya kuruma sözleşmeli) merkez veya birimlerce düzenlenen reçeteler.

2.1.5. Ödeme Miktarları

EK-2B	700490	Elektrokardiyogram, evde çekim		₺178,74	EKG ÇEKİMİ
EK-2B	702960	2 – 4 kanal arası poligrafik uyku tetkiki		₺612,03	UYKU TESTİ
EK-2B	702970	5 – 8 kanal arası poligrafik uyku tetkiki		₺890,46	UYKU TESTİ
EK-2B	702980	8 kanaldan fazla poligrafik uyku tetkiki		₺1.391,08	UYKU TESTİ
EK-2B	702990	Auto-CPAP ile titrasyon		₺556,75	UYKU TESTİ
EK-2B	702210	Ev programı/aile eğitimi	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon programları	₺104,94	FİZİK TEDAVİ
EK-2B	704233	Ev hemodiyalizi	SUT'un 2.4.4.D-1-1 maddesine bakınız. P704210, P704230, 704210, 704230 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.	₺4.342,48	HOMODİYALİZ
EK-2B	520032	Uzaktan hasta değerlendirmeye yönelik sağlık hizmetleri	Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde faturalandırılır. Tüm tetkik, tahlil, işlem dahil. SUT' un 2.1.1.B ve 2.2.1.B-4 Maddesine bakınız.	₺254,96	UZAKTAN MUAYENE
EK-2B	530533	Epidermolizis büllösa hastalığında yara bakım hizmetleri	Günde bir adet faturalandırılır. Yara bakım hizmetleri ve tüm malzemeler dahildir. 530500, 530510, 530520, 530530, 530531, 530532, 530560, 530561, 530580, 530581 ile birlikte faturalandırılmaz. Yalnızca SUT Eki EK/3B listesinde yer alan malzemelerle yapılan pansumanlar bu işlem kodu üzerinden faturalandırılmaz. SUT'un 2.4.4.N maddesine bakınız.	₺2.249,71	YARA BAKIMI
EK-2C	P920010	Evde sağlık hizmetleri	Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucularınca yapılması halinde faturalandırılır. Muayene, tetkik, tahlil, işlemler dahildir. SUT' un 2.1.1.A ve 2.2.1.B-3 maddesine bakınız.	₺801,01	

2.2. TTB-HUV

2.2.1 TTB-HUV Listelerinde Evde Sağlık Hizmetleri Yer almaktadır

Evde sağlık hizmetlerinin sağlık sistemi içerisindeki yeri yalnızca hizmet sunum ihtiyacından değil, aynı zamanda mevcut ücretlendirme sistemleri içerisindeki tanımlardan da anlaşılmaktadır. Nitekim Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (TTB-HUV) listesinde evde gerçekleştirilen tıbbi uygulamalara ilişkin özel düzenlemeler bulunmaktadır. Muayene ve Hekimlik Hizmetleri, Fizik Tedavi, Evde Hemşirelik Hizmetleri, Eğitim Hizmetleri, Radyoloji Hizmetleri ve Evde Basit Hasta Bakıcı Hizmetleri yapılabilecek hizmetler arasındadır.

2.2.2 Evde Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti Sadece Tıbbi İşlemden İbaret Değildir

Evde sağlık hizmetleri, sağlık kuruluşu ortamında verilen hizmetlerden farklı olarak önemli ölçüde operasyonel yük taşımaktadır. Bir evde sağlık hizmetinin sunulabilmesi için;

- Sağlık personeli istihdamı,
- Ulaşım ve araç giderleri,
- Yakıt maliyetleri,
- Tıbbi malzeme ve sarf giderleri,
- Yazılım ve çağrı merkezi altyapıları,
- Organizasyon ve koordinasyon süreçleri,
- Vergi ve KDV yükleri,
- Kalite ve denetim gereklilikleri

aynı anda yönetilmek zorundadır. Bu nedenle evde sunulan sağlık hizmetlerinin maliyet yapısı, yalnızca gerçekleştirilen tıbbi işlemin maliyetinden ibaret değildir.

2.2.2.A. Mevcut Geri Ödeme Yaklaşımı Sektörü Zorlamaktadır

Uygulamada bazı özel sağlık sigortaları ve tamamlayıcı sağlık sigortaları, TTB-HUV listelerinde tanımlanmış evde sağlık ücretlerini esas almak yerine, bu bedeller üzerinden yüksek oranlı indirimler talep ederek evde bakım merkezleriyle sözleşme yapma eğilimindedir. Özellikle TTB-HUV referans ücretlerinin önemli ölçüde altında fiyatlandırma talepleri, hizmet sunucularının maliyetlerini karşılamasını zorlaştırmaktadır.

Bu durum, ruhsatlı ve denetlenen evde bakım merkezlerinin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilerken; kaliteli hizmet sunumu, nitelikli personel istihdamı ve kurumsal yatırım kapasitesi üzerinde de baskı oluşturmaktadır.

2.2.2.B. Kaliteli Hizmet İçin Gerçekçi Ücretlendirme Gereklidir

Evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve kurumsallaşması isteniyorsa, geri ödeme ve sözleşme modellerinin sektörün gerçek maliyetleri dikkate alınarak yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Hizmetin sürdürülebilirliği sağlanmadan kalite standartlarının korunması mümkün değildir.

Özel sigortalar, tamamlayıcı sağlık sigortaları ve diğer ödeme sistemleri tarafından oluşturulacak sözleşme modellerinde; evde sağlık hizmetlerinin taşıdığı operasyonel yük, personel maliyetleri ve hizmet organizasyon giderleri dikkate alınmalıdır.

2.2.3 Evde Hizmet Sunumunun Ek Maliyetleri Resmen Kabul Edilmektedir

TTB-HUV Genel İlkeleri kapsamında, sağlık kuruluşu dışında gerçekleştirilen tıbbi işlemlerde ilave emek, zaman, ekipman, ulaşım ve organizasyon gereklilikleri dikkate alınarak, özel birim belirlenmemiş işlemlerde ilgili işlem puanının %50 fazlasının uygulanacağı açıkça belirtilmiştir. Bu yaklaşım, evde sunulan sağlık hizmetlerinin standart sağlık kuruluşu ortamına göre daha fazla kaynak ve planlama gerektirdiğinin resmi kabulü niteliğindedir.

“Özel olarak birim belirlenmemişse, evde uygulanan her türlü tıbbi işlemde listede belirlenmiş olan birimin %50 fazlası uygulanır.GENEL İLKELER - 00.02631: Bu listede belirtilen ameliyat/girişimle ilgili birimler, işlemin uygulanması (işlem için rutin gerekli, zorunlu veya bir aşaması/parçası olan tüm invaziv/cerrahi uygulamalar

dahil) ile, postoperatif kontrol evresinde (hastanın sağlık kuruluşunda veya sağlık kuruluşu dışında bulunduğu dönemde), günümün koşullarına uygun, işlemin gereği olarak yapılan tüm rutin kontrol, takip, bakım işlem/girişimlerini kapsar. Uygulama sırasında/sonrasında (preoperatif / intraoperatif / postoperatif) uygulama için rutin veya zorunlu olmayan veya uygulama ile ilişkisi olmayan kontrol, takip, bakım, işlem ve girişimler (invazif/non invazif), liste birimleri ile ek olarak ücretlendirilir.

Bu tarifede tanımlı (laparotomi, torakotomi, kraniyotomi vb) açık cerrahi işlemler veya (laparoskopi, artroskopi, torakoskopi, sistoskopi, üreteroskopi vb) kapalı/endoskopik işlemler için belirtilen birimler, bu işlemler yalnız tanı amacı ile uygulandığında dikkate alınması içindir. Açık cerrahi (laparotomi, torakotomi, kraniyotomi vb) veya endoskopik cerrahi (laparoskopi, artroskopi, torakoskopi, sistoskopi, üreteroskopi vb) tekniği takiben başka bir işlem(ler) uygulandığında (ilgili bölümde farklı bir şekilde belirtilmemiş ise), yalnız esas cerrahi işlem/işlemlerin birimi dikkate alınır. Bu işlem(ler)in yapılmasına olanak sağlayan açık/kapalı cerrahi işlem birimleri dikkate alınmaz. Uygulanan esas cerrahi işlem(ler)in birimi, tanı amaçlı açık/kapalı cerrahi işlem biriminden küçük ise, esas işlem birimi yerine yalnız tanı amaçlı açık/kapalı cerrahi işlemin birimi dikkate alınır."

2.2.4 Evde Sağlık Hizmetlerinin Katsayısı Yeniden Değerlendirilmelidir

TTB-HUV Genel İlkeleri kapsamında sağlık kuruluşu dışında gerçekleştirilen işlemler i&ccilin ilgili işlem puanının %50 artırımlı uygulanması öngörümektedir. Bu düzenleme, evde sunulan sağlık hizmetlerinin ilave emek, zaman, ulaşım ve organizasyon maliyeti gerektirdiğinin kabulü açısından önemli olmakla birlikte, g&uumun&uumumüz ekonomik koşullarında yeterli düzeyde değildir.

Evde sağlık hizmetleri; sağlık kuruluşu ortamında sunulan hizmetlerden farklı olarak araç, yakıt, tıbbi sarf malzeme, personel giderleri, yazılım altyapıları, çağrı merkezi organizasyonu, kalite süreçleri, vergi yükleri ve koordinasyon maliyetlerini aynı anda taşımaktadır. özellikle son yıllarda personel, ulaşım ve operasyon maliyetlerinde yaşanan artışlar dikkate alındığında, mevcut %50 ilave katsayı birçok hizmet i&ccilin gerçek maliyetleri karşılamaktan uzak kalmaktadır.

Bunun yanında uygulamada özel sağlık sigortaları ve tamamlayıcı sağlık sigortaları, çoğu zaman TTB-HUV listelerinde belirlenen ücretler üzerinden ek indirim taleplerinde bulunmakta ve evde bakım merkezleri ile sözleşmelerini bu indirimli bedeller üzerinden yapmaya çalışmaktadır. Sonuç olarak teorik olarak %50 artırımlı görünen ücretler, uygulamada çok daha düşük seviyelere gerilemekte ve hizmet sunucularının mali sürüd&uumur&uumulebilirliğini olumsuz etkilemektedir.

Bu nedenle evde sağlık hizmetleri i&ccilin uygulanan mevcut **1,5 katsayısının en az 2 katsayısı olarak yeniden d&uumuzenlenmesi** değerlendirilmelidir. Böyle bir d&uumuzenleme yalnızca hizmet sunucularının gelirlerini artırmak amacı taşımamakta; aynı zamanda nitelikli personel istihdamının korunması, kayıt dışılığın azaltılması, hizmet kalitesinin sür&uumud&uumur&uumulebilmesi ve vatandaşların kesintisiz sağlık hizmetine erişiminin g&uumuvence altına alınması açısından da önem taşımaktadır.

Evde sağlık hizmetlerinin geleceği yalnızca hizmet ihtiyaçının artmasına değil, bu hizmeti sunan kurumların ekonomik olarak ayakta kalabilmesine de bağlıdır. Bu nedenle &uumucretlendirme modellerinin sektör&uumn gerçek maliyetlerini yansıtacak şekilde g&uumuncellenmesi gerekmektedir.

2.2.5 Evde Sağlık Hizmetleri Geniş Bir Hizmet Yelpazesini Kapsamaktadır

TTB-HUV listelerinde evde sağlık hizmetleri yalnızca hekim muayenesinden ibaret değildir. Ev ortamında sunulan çok sayıda teşhis, tedavi, takip ve bakım uygulaması &uumucretlendirme sistemlerinde tanımlanmış durumdadır.

Bu kapsamda evde sağlık hizmetleri i&ccilerisinde;

- Hekim muayeneleri ve hasta değerlendirmeleri,
- Hemşirelik hizmetleri,
- Kan alma ve laboratuvar numune işlemleri,
- Serum ve intravenöz tedavi uygulamaları,
- Enjeksiyon uygulamaları,
- Yara bakımı ve pansuman işlemleri,
- Kateter ve sonda uygulamaları,

- Trakeostomi ve PEG bakım hizmetleri,
- Evde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları,
- Kronik hastalık takibi,
- Palyatif bakım hizmetleri,
- Evde radyolojik görüntüleme hizmetleri,
- Holter, EKG ve benzeri tanısal işlemler,
- Tıbbi cihaz takibi ve eğitimleri,
- Hasta ve aile danışmanlığı,
- Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimleri

gibi çok sayıda sağlık hizmeti yer almaktadır.

Bu durum göstermektedir ki evde sağlık hizmetleri yalnızca belirli işlemlerin hastanın evine taşınması değil; teşhis, tedavi, takip, rehabilitasyon ve bakım süreçlerini kapsayan kapsamlı bir sağlık hizmet modelidir. Mevcut ücretlendirme sistemleri de bu gerçeği kabul etmekte ve ev ortamında sunulan sağlık hizmetlerini ayrı bir hizmet alanı olarak değerlendirmektedir.

2.2.6 Ücretlendirme ile Mevzuat Arasında Uyum Sorunu Bulunmaktadır

Ancak mevcut düzenlemelerde evde sağlık ve evde bakım hizmetlerinin kapsamı, ücretlendirilmesi ve kurumsal sunumuna ilişkin hükümler arasında bütüncül bir yapı bulunmamaktadır. Bir taraftan evde uygulanan işlemler için ücretlendirme esasları tanımlanırken, diğer taraftan bu hizmetlerin kurumsal organizasyonu ve sürdürülebilirliği konusunda önemli boşluklar devam etmektedir.

2.2.7 Evde Sağlık Hizmetleri Ayrı Bir Hizmet Alanı Olarak Değerlendirilmelidir

Bu nedenle yeni düzenlemelerde evde gerçekleştirilen tıbbi işlemlerin yalnızca sağlık kuruluşu dışında yapılan uygulamalar olarak değil, kendine özgü operasyonel, mali ve klinik özellikleri bulunan bir hizmet alanı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ücretlendirme sistemlerinde tanınan bu gerçeklik, hizmet sunum modelleri ve mevzuat altyapısına da yansıtılmalıdır.

2.2.8 Sonuç ve Politika Önerisi

Evde sağlık hizmetleri artık sağlık sisteminin istisnai bir uygulaması değil; yaşlanan nüfus, kronik hastalık yükü ve uzun dönemli bakım ihtiyacının artmasıyla birlikte sağlık hizmet sunumunun temel bileşenlerinden biri haline gelmiştir. Bu nedenle mevzuat, denetim ve finansman mekanizmalarının da bu dönüşüme uyumlu şekilde yeniden yapılandırılması önem arz etmektedir.

2.2.9 TTB Evde Sağlık Fiyat Tarifeleri

Huv Kodu	GENEL İŞLEM	İŞLEM	BİRİM	BİRİM*1,5	İST KOD	ÜCRET	SUT KOD
01.24998	MUAYENE	MUAYENE GÜNDÜZ (Hastanın Bulunduğu Yerde - 01.21427: Hastanın bulunduğu yere gidildiğinde taşıt ücreti hastaya aittir. Muayenenin Günü ve Yeri - 01.03572: Gündüz : Saat 08:00-20:00 arasındır.Gece: Saat 20:00-08:00 arasındır. MUAYENE - 01.00001: Hekim uygulamaları birimlerinde pratisyen - uzman hekim veya akademik unvanlar arasında fark gözetilmmez.)	45	67,5	109	₺ 7.357,50	
01.28569	MUAYENE	MUAYENE GECE (Hastanın Bulunduğu Yerde - 01.21427: Hastanın bulunduğu yere gidildiğinde taşıt ücreti hastaya aittir. Muayenenin Günü ve Yeri - 01.03572: Gündüz : Saat 08:00-20:00 arasındır.Gece: Saat 20:00-08:00 arasındır. MUAYENE - 01.00001: Hekim uygulamaları birimlerinde pratisyen - uzman hekim veya akademik unvanlar arasında fark gözetilmmez.)	60	90	109	₺ 9.810,00	
01.49995	MUAYENE	MUAYENE RESMİ TATİL GÜNDÜZ (Hastanın Bulunduğu Yerde - 01.46424: Hastanın bulunduğu yere gidildiğinde taşıt ücreti hastaya aittir. Resmi Tatil Günlerinde - 01.32140: Resmi tatil günleri, ulusal bayram ve genel tatiller hakkında kanun ile belirlenen tatil günlerini ve haftalık tatil gününü kapsar. İdari izinli sayılan günler bu kapsamın dışındadır. Muayenenin Günü ve Yeri - 01.03572: Gündüz : Saat 08:00-20:00 arasındır.Gece: Saat 20:00-08:00 arasındır. MUAYENE - 01.00001: Hekim uygulamaları birimlerinde pratisyen - uzman hekim veya akademik unvanlar arasında fark gözetilmmez.	50	75	109	₺ 8.175,00	
01.53566	MUAYENE	MUAYENE RESMİ TATİL GECE (Hastanın Bulunduğu Yerde - 01.46424: Hastanın bulunduğu yere gidildiğinde taşıt ücreti hastaya aittir. Resmi Tatil Günlerinde - 01.32140: Resmi tatil günleri, ulusal bayram ve genel tatiller hakkında kanun ile belirlenen tatil günlerini ve haftalık tatil gününü kapsar. İdari izinli sayılan günler bu kapsamın dışındadır. Muayenenin Günü ve Yeri - 01.03572: Gündüz : Saat 08:00-20:00 arasındır.Gece: Saat 20:00-08:00 arasındır. MUAYENE - 01.00001: Hekim uygulamaları birimlerinde pratisyen - uzman hekim veya akademik unvanlar arasında fark gözetilmmez.	70	105	109	₺ 11.445,00	
01.64279	MUAYENE	Gündüz KONSÜLTASYON - 01.57137: Konsültasyon, (hastanın isteği dışında) hasta hekiminin lüm;zum görmesi nedeniyle, kurum dışından (veya aynı sağlık kurumundan) başka bir hekim tarafından, hastanın veya hekimin bulunduğu yerde,	45	67,5	109	₺ 7.357,50	

		hastaya yapılan muayenedir.&nbsp;Saglık kurumu (kadrolu) hekimlerinin, hasta hekiminin isteği &uuml;zerine (hastanın istek ve iradesi dışında) aynı kurumda yaptıkları muayeneler (tanım olarak kons&uuml;ltasyon olsa bile) kons&uuml;ltasyon olarak değerlendirilmez ve bunlar (işlem g&uuml;n ve saatinden bağımsız olarak) yalnız g&uuml;nd&uuml;z muayene birimi ile &uuml;cretlendirilir. Sağlık kurumundan/dışarıdan aynı branş hekim(ler)i tarafından yapılan kons&uuml;ltasyon(lar)da (muayene g&uuml;n&uuml; dahil) 5 g&uuml;n boyunca, (daha fazla kons&uuml;ltasyon yapılsa bile) birden fazla kons&uuml;ltasyon yazılmaz. Sağlık kurumu hekimlerinin 5. g&uuml;nden sonra yaptığı aynı branş kons&uuml;ltasyonu ile farklı branş hekim(ler)i tarafından yapılan kons&uuml;ltasyonlar, (her branş i&ccedil;in ayrı olmak &uuml;zere) normal g&uuml;nd&uuml;z muayenesi olarak değerlendirilir. Bu uygulamada tanımlı olan g&uuml;n, saat ve bunlara ait birimler, yalnız hastanın hizmet aldığı sağlık kuruluşu dışından gelen hekim(ler) i&ccedil;in ge&ccedil;erlidir. MUAYENE - 01.00001: Hekim uygulamaları birimlerinde pratisyen - uzman hekim veya akademik unvanlar arasında fark g&ouml;zetilmez.					
01.67850	MUAYENE	Gece KONS&uuml;LTASYON - 01.57137: Kons&uuml;ltasyon, (hastanın isteği dışında) hasta hekiminin l&uuml;zum g&ouml;rmesi nedeniyle, kurum dışından (veya aynı sağlık kurumundan) başka bir hekim tarafından, hastanın veya hekimin bulunduğu yerde, hastaya yapılan muayenedir.&nbsp;Saglık kurumu (kadrolu) hekimlerinin, hasta hekiminin isteği &uuml;zerine (hastanın istek ve iradesi dışında) aynı kurumda yaptıkları muayeneler (tanım olarak kons&uuml;ltasyon olsa bile) kons&uuml;ltasyon olarak değerlendirilmez ve bunlar (işlem g&uuml;n ve saatinden bağımsız olarak) yalnız g&uuml;nd&uuml;z muayene birimi ile &uuml;cretlendirilir. Sağlık kurumundan/dışarıdan aynı branş hekim(ler)i tarafından yapılan kons&uuml;ltasyon(lar)da (muayene g&uuml;n&uuml; dahil) 5 g&uuml;n boyunca, (daha fazla kons&uuml;ltasyon yapılsa bile) birden fazla kons&uuml;ltasyon yazılmaz. Sağlık kurumu hekimlerinin 5. g&uuml;nden sonra yaptığı aynı branş kons&uuml;ltasyonu ile farklı branş hekim(ler)i tarafından yapılan kons&uuml;ltasyonlar, (her branş i&ccedil;in ayrı olmak &uuml;zere) normal g&uuml;nd&uuml;z muayenesi olarak değerlendirilir. Bu uygulamada tanımlı olan g&uuml;n, saat ve bunlara ait birimler, yalnız hastanın hizmet aldığı sağlık kuruluşu dışından gelen hekim(ler) i&ccedil;in ge&ccedil;erlidir. MUAYENE - 01.00001: Hekim uygulamaları birimlerinde pratisyen - uzman hekim veya akademik unvanlar arasında fark g&ouml;zetilmez.	60	90	109	₺ 9.810,00	
01.74992	MUAYENE	Gündüz KONS&uuml;LTASYON RESM&uuml; TAT&uuml;L- 01.57137: Kons&uuml;ltasyon, (hastanın isteği dışında) hasta hekiminin l&uuml;zum g&ouml;rmesi nedeniyle, kurum dışından (veya aynı sağlık kurumundan) başka bir hekim tarafından, hastanın veya hekimin bulunduğu yerde, hastaya yapılan muayenedir.&nbsp;Saglık kurumu (kadrolu) hekimlerinin, hasta hekiminin isteği &uuml;zerine (hastanın istek ve iradesi dışında) aynı kurumda yaptıkları muayeneler (tanım olarak kons&uuml;ltasyon olsa bile) kons&uuml;ltasyon olarak değerlendirilmez ve bunlar (işlem g&uuml;n ve saatinden bağımsız olarak) yalnız g&uuml;nd&uuml;z muayene birimi ile &uuml;cretlendirilir. Sağlık kurumundan/dışarıdan aynı branş hekim(ler)i tarafından yapılan kons&uuml;ltasyon(lar)da (muayene g&uuml;n&uuml; dahil) 5 g&uuml;n boyunca, (daha fazla kons&uuml;ltasyon yapılsa bile) birden fazla kons&uuml;ltasyon yazılmaz. Sağlık kurumu hekimlerinin 5. g&uuml;nden sonra yaptığı aynı branş kons&uuml;ltasyonu ile farklı branş hekim(ler)i tarafından yapılan kons&uuml;ltasyonlar, (her branş i&ccedil;in ayrı olmak &uuml;zere) normal g&uuml;nd&uuml;z muayenesi olarak değerlendirilir. Bu uygulamada tanımlı olan g&uuml;n, saat ve bunlara ait birimler, yalnız hastanın hizmet aldığı sağlık kuruluşu dışından gelen hekim(ler) i&ccedil;in ge&ccedil;erlidir. MUAYENE - 01.00001: Hekim uygulamaları birimlerinde pratisyen - uzman hekim veya akademik unvanlar arasında fark g&ouml;zetilmez.	50	75	109	₺ 8.175,00	
01.78563	MUAYENE	Gece KONS&uuml;LTASYON RESM&uuml; TAT&uuml;L- 01.57137: Kons&uuml;ltasyon, (hastanın isteği dışında) hasta hekiminin l&uuml;zum g&ouml;rmesi nedeniyle, kurum dışından (veya aynı sağlık kurumundan) başka bir hekim tarafından, hastanın veya hekimin bulunduğu yerde, hastaya yapılan muayenedir.&nbsp;Saglık kurumu (kadrolu) hekimlerinin, hasta hekiminin isteği &uuml;zerine (hastanın istek ve iradesi dışında) aynı kurumda yaptıkları muayeneler (tanım olarak kons&uuml;ltasyon olsa bile) kons&uuml;ltasyon olarak değerlendirilmez ve bunlar (işlem g&uuml;n ve saatinden bağımsız olarak) yalnız g&uuml;nd&uuml;z muayene birimi ile &uuml;cretlendirilir. Sağlık kurumundan/dışarıdan aynı branş hekim(ler)i tarafından yapılan kons&uuml;ltasyon(lar)da (muayene g&uuml;n&uuml; dahil) 5 g&uuml;n boyunca, (daha fazla kons&uuml;ltasyon yapılsa bile) birden fazla kons&uuml;ltasyon yazılmaz. Sağlık kurumu hekimlerinin 5. g&uuml;nden sonra yaptığı aynı branş kons&uuml;ltasyonu ile farklı branş hekim(ler)i tarafından yapılan kons&uuml;ltasyonlar, (her branş i&ccedil;in ayrı olmak &uuml;zere) normal g&uuml;nd&uuml;z muayenesi olarak değerlendirilir. Bu uygulamada tanımlı olan g&uuml;n, saat ve bunlara ait birimler, yalnız hastanın hizmet aldığı sağlık kuruluşu dışından gelen hekim(ler) i&ccedil;in ge&ccedil;erlidir. MUAYENE - 01.00001: Hekim uygulamaları birimlerinde pratisyen - uzman hekim veya akademik unvanlar arasında fark g&ouml;zetilmez.	70	105	109	₺ 11.445,00	
01.92847	MUAYENE	Hastanın bulunduğu yerde izlem, günlük (Tanım, ilk yapılan muayeneye ek işlem olarak, 8-24 saat ile izlenen hastalar i&ccedil;in ge&ccedil;erlidir. İzleme s&uuml;recinde bulunan hastada, izlemi yapan hekim tarafından, izlem boyunca yapılan muayene(ler), bu tanımın kapsamındadır, ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Yatan Hasta Muayenesi/İzlemi - 01.85705: Tanım, hastanede veya hastanın bulunduğu yerde hekimlerin kısa s&uuml;re (2-8 saat) veya uzun s&uuml;re (8-24 saat/g&uuml;n&uuml;k) devamlı izlemek durumunda olduğu hastalar i&ccedil;in ge&ccedil;erlidir. İzleme s&uuml;recinde, izlemi yapan hekim tarafından yapılan muayene(ler) tanımın kapsamındadır ayrı işlem olarak değerlendirilmez. MUAYENE - 01.00001: Hekim uygulamaları birimlerinde pratisyen - uzman hekim veya akademik unvanlar arasında fark g&ouml;zetilmez.	75	112,5	109	₺ 12.262,50	

01.92947	MUAYENE	Hastanın bulunduğu yerde izlem, kısa süreli (Tanım, ilk yapılan muayeneye ek işlem olarak, 2-8 saat ile izlenen hastalar içiçin geçerlidir. 2 saatten az zaman yapılan izleme, muayene kapsamındadır, ek işlem olarak değerlendirilmez. İzleme sürecinde bulunan hastada, izlemi yapan hekim tarafından, izlem boyunca yapılan muayene(ler), bu tanımın kapsamındadır, ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Yatan Hasta Muayenesi/İzlemi - 01.85705: Tanım, hastanede veya hastanın bulunduğu yerde hekimlerin kısa süm;re (2-8 saat) veya uzun süm;re (8-24 saat/gün;lük) devamlı izlemek durumunda olduğu hastalar içiçin geçerlidir. İzleme sürecinde, izlemi yapan hekim tarafından yapılan muayene(ler) tanımın kapsamındadır ayrı işlem olarak değerlendirilmez. MUAYENE - 01.00001: Hekim uygulamaları birimlerinde pratisyen - uzman hekim veya akademik unvanlar arasında fark gözitilmez.)	35	52,5	109	₺ 5.722,50	
02.10201	HEMŞİRELİK	Buhar tedavisi	10	15	109	₺ 1.635,00	701100
02.11561	HEMŞİRELİK	Oksijen inhalasyon tedavisi, günlük (İşlem, uygulandığı tüm servislerde gün;lük yatan hasta takibi kapsamındadır, ek işlem olarak değerlendirilmez. Yalnız, gün;lük hasta takibi olmayan hastalarda uygulanması halinde liste birimi ile değerlendirilir.)	10	15	109	₺ 1.635,00	
02.12241	HEMŞİRELİK	Pulse oksimetre ile O2 satürasyonu takibi, günlük (İşlem, uygulandığı tüm servislerde yatan hasta gün;lük takibi kapsamındadır, ek işlem olarak değerlendirilmez. Yalnız, gün;lük yatan hasta takibi olmayan hastalarda uygulanması halinde liste birimi ile değerlendirilir.)	5	7,5	109	₺ 817,50	
02.14961	HEMŞİRELİK	Lavman	25	37,5	109	₺ 4.087,50	530260
02.27201	HEMŞİRELİK	Arteriyel ponksiyon/kan alma	15	22,5	109	₺ 2.452,50	
02.81601	HEMŞİRELİK	Yanık debridmanı ve pansumanı, %10'dan küçük alanda	100	150	109	₺ 16.350,00	530510
02.82281	HEMŞİRELİK	Yanık debridmanı ve pansumanı, %10'dan büyük alanda	150	225	109	₺ 24.525,00	
02.82961	HEMŞİRELİK	Yanık debridmanı ve pansumanı, %10'dan büyük alanda, ameliyathanede, genel anestezi altında	300	450	109	₺ 49.050,00	
02.83641	HEMŞİRELİK	Yara pansumanı, küçük (50 cm2'den küçük)	10	15	109	₺ 1.635,00	
02.84321	HEMŞİRELİK	Yara pansumanı, büyük (50 cm2'den büyük)	20	30	109	₺ 3.270,00	
02.85001	HEMŞİRELİK	Yara debridmanı ve pansumanı, küçük (50 cm2'den küçük)	30	45	109	₺ 4.905,00	
02.85681	HEMŞİRELİK	Yara debridmanı ve pansumanı, orta (50-100 cm2)	75	112,5	109	₺ 12.262,50	
03.32034	EĞİTİM	Yara bakımı aile eğitimi	15	22,5	109	₺ 2.452,50	
03.32345	EĞİTİM	Aspirasyon/Beslenme aile eğitimi	15	22,5	109	₺ 2.452,50	
03.32656	EĞİTİM	Ev tipi ventilatör aile eğitimi	20	30	109	₺ 3.270,00	
16.43626	HEMŞİRELİK	Endotrakeal tüp veya trakeostomi kanülü değişimi	25	37,5	109	₺ 4.087,50	550040
04.29693	HEMŞİRELİK	Perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) tüpü değiştirilmesi (Tanım, hastada bulunan mevcut PEG tüm;pünün çılarak yerine yenisini konulmasını kapsar. Bir ay içiçinde yapılan en fazla 2 değişim işlemi ücretlendirmede dikkate alınır. Değişim sırasında yapılan (yapılır ise) gastroskopi, işlemin kapsamındadır ek işlem olarak değerlendirilmez.	150	225	109	₺ 24.525,00	
07.30928	FTR	Ekleme içi enjeksiyon/aspirasyon, tek ekleme	20	30	109	₺ 3.270,00	
07.24584	FTR	Klasik masaj, bölgesel	6	9	109	₺ 981,00	701890
07.25377	FTR	Klasik masaj, genel	8	12	109	₺ 1.308,00	701900
07.55907	FTR	Yürüme rehabilitasyonu ve egzersizi (ÖZEL HASTALIKLARDA REHABİLİTASYON AMAÇLI EGZERSİZLER - 07.46788: Bu başlık kapsamında bulunan bütüm; n işlemler, (yatarak/ayaktan tedavi alan) tüm; m hastalarda gün;nde en fazla bir seans olarak uygulanır ve ücretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm; m işlemlerde spesifik ekipman ve fizyoterapist bulunması zorunludur. Öz el Hastalıklarında Rehabilitasyon amaççli egzersizlerden herhangi birisinin uygulamasında, aynı seansta aynı başlık altındaki veya Temel Egzersizler başlığı altındaki başka herhangi bir egzersiz işleminin uygulaması, Öz el Hastalıklarında Egzersiz işleminin kapsamında olup ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Egzersiz işlemlerinde kullanılan (kullanılırsa) fizik tedavi amaççli ilaçların bedeli, işlem ücretine ilave edilir.	20	30	109	₺ 3.270,00	
07.51546	FTR	Multipl skleroz rehabilitasyonu ve egzersizi ÖZEL HASTALIKLARDA REHABİLİTASYON AMAÇLI EGZERSİZLER - 07.46788: Bu başlık kapsamında bulunan bütüm; n işlemler, (yatarak/ayaktan tedavi alan) tüm; m hastalarda gün;nde en fazla bir seans olarak uygulanır ve ücretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm; m işlemlerde spesifik ekipman ve fizyoterapist bulunması zorunludur. Öz el Hastalıklarında Rehabilitasyon amaççli egzersizlerden herhangi birisinin uygulamasında, aynı seansta aynı başlık altındaki veya Temel Egzersizler başlığı altındaki başka herhangi bir egzersiz işleminin uygulaması, Öz el Hastalıklarında Egzersiz işleminin kapsamında olup ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Egzersiz işlemlerinde kullanılan (kullanılırsa) fizik tedavi amaççli ilaçların bedeli, işlem ücretine ilave edilir.	25	37,5	109	₺ 4.087,50	
07.52339	FTR	Parkinson rehabilitasyonu ve egzersizi ÖZEL HASTALIKLARDA REHABİLİTASYON AMAÇLI EGZERSİZLER - 07.46788: Bu başlık kapsamında bulunan bütüm; n işlemler, (yatarak/ayaktan tedavi alan) tüm; m hastalarda gün;nde en fazla bir seans olarak uygulanır ve ücretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm; m işlemlerde spesifik ekipman ve fizyoterapist bulunması zorunludur. Öz el Hastalıklarında Rehabilitasyon amaççli egzersizlerden herhangi birisinin uygulamasında, aynı seansta aynı başlık altındaki veya Temel Egzersizler başlığı altındaki başka herhangi bir egzersiz işleminin uygulaması, Öz el Hastalıklarında Egzersiz işleminin kapsamında olup ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Egzersiz işlemlerinde kullanılan (kullanılırsa) fizik tedavi amaççli ilaçların bedeli, işlem ücretine ilave edilir.	20	30	109	₺ 3.270,00	
07.52735	FTR	Geriyatrik Rehabilitasyon (75-84 yaş / orta yaşlı), seansı (Bir yılda en fazla 30 seans ücretlendirilir. Bu uygulama ile birlikte, Temel Egzersizler ve Özel Hastalıklarda Rehabilitasyon Egzersizleri (Robotik rehabilitasyon ile Lenfödem kompleks boşaltıcı tedavi ve bandajlama hariç) başlıkları altında bulunan uygulamalar aynı tedavi seansında ücretlendirilemez. ÖZEL HASTALIKLARDA REHABİLİTASYON AMAÇLI	15	22,5	109	₺ 2.452,50	

		EGZERSİZLER - 07.46788: Bu başlık kapsamında bulunan bütün işlemler, (yatarak/ayaktan tedavi alan) tüm hastalarda gümde en fazla bir seans olarak uygulanır ve ümcretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm işlemlerde spesifik ekipman ve fizyoterapist bulunması zorunludur. Öz el Hastalıklarda Rehabilitasyon amaçl egzersizlerden herhangi birisinin uygulamasında, aynı seansta aynı başlık altındaki veya Temel Egzersizler başlığı altındaki başka herhangi bir egzersiz işleminin uygulaması, Öz el Hastalıklarda Egzersiz işleminin kapsamında olup ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Egzersiz işlemlerinde kullanılan (kullanılırsa) fizik tedavi amaçl ilaçl arın bedeli, işlem ümretine ilave edilir.					
07.52933	FTR	Geriyatrik Rehabilitasyon (85 ve üstü yaş / ileri yaşlı), seansı Bir yılda en fazla 30 seans ücretlendirilir. Bu uygulama ile birlikte, Temel Egzersizler ve Özel Hastalıklarda Rehabilitasyon Egzersizleri (Robotik rehabilitasyon ile Lenfödem kompleks boşaltıcı tedavi ve bandajlama hariç) başlıkları altında bulunan uygulamalar aynı tedavi seansında ücretlendirilemez. ÖZEL HASTALIKLARDA REHABİLİTASYON AMAÇLI EGZERSİZLER - 07.46788: Bu başlık kapsamında bulunan bütün işlemler, (yatarak/ayaktan tedavi alan) tüm hastalarda gümde en fazla bir seans olarak uygulanır ve ümcretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm işlemlerde spesifik ekipman ve fizyoterapist bulunması zorunludur. Öz el Hastalıklarda Rehabilitasyon amaçl egzersizlerden herhangi birisinin uygulamasında, aynı seansta aynı başlık altındaki veya Temel Egzersizler başlığı altındaki başka herhangi bir egzersiz işleminin uygulaması, Öz el Hastalıklarda Egzersiz işleminin kapsamında olup ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Egzersiz işlemlerinde kullanılan (kullanılırsa) fizik tedavi amaçl ilaçl arın bedeli, işlem ümretine ilave edilir.	25	37,5	109	₺ 4.087,50	
07.53132	FTR	Kas hastalıklarında egzersiz (ÖZEL HASTALIKLARDA REHABİLİTASYON AMAÇLI EGZERSİZLER - 07.46788: Bu başlık kapsamında bulunan bütün işlemler, (yatarak/ayaktan tedavi alan) tüm hastalarda gümde en fazla bir seans olarak uygulanır ve ümcretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm işlemlerde spesifik ekipman ve fizyoterapist bulunması zorunludur. Öz el Hastalıklarda Rehabilitasyon amaçl egzersizlerden herhangi birisinin uygulamasında, aynı seansta aynı başlık altındaki veya Temel Egzersizler başlığı altındaki başka herhangi bir egzersiz işleminin uygulaması, Öz el Hastalıklarda Egzersiz işleminin kapsamında olup ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Egzersiz işlemlerinde kullanılan (kullanılırsa) fizik tedavi amaçl ilaçl arın bedeli, işlem ümretine ilave edilir.	20	30	109	₺ 3.270,00	
07.53925	FTR	Serebro vasküler olayda egzersiz uygulamaları (PNF, Brunstroom, Bobath, vb) (ÖZEL HASTALIKLARDA REHABİLİTASYON AMAÇLI EGZERSİZLER - 07.46788: Bu başlık kapsamında bulunan bütün işlemler, (yatarak/ayaktan tedavi alan) tüm hastalarda gümde en fazla bir seans olarak uygulanır ve ümcretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm işlemlerde spesifik ekipman ve fizyoterapist bulunması zorunludur. Öz el Hastalıklarda Rehabilitasyon amaçl egzersizlerden herhangi birisinin uygulamasında, aynı seansta aynı başlık altındaki veya Temel Egzersizler başlığı altındaki başka herhangi bir egzersiz işleminin uygulaması, Öz el Hastalıklarda Egzersiz işleminin kapsamında olup ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Egzersiz işlemlerinde kullanılan (kullanılırsa) fizik tedavi amaçl ilaçl arın bedeli, işlem ümretine ilave edilir.	25	37,5	109	₺ 4.087,50	
07.48374	FTR	Solunum rehabilitasyonu amaçlı egzersiz (postural drenaj+manuel uyarma) (ÖZEL HASTALIKLARDA REHABİLİTASYON AMAÇLI EGZERSİZLER - 07.46788: Bu başlık kapsamında bulunan bütün işlemler, (yatarak/ayaktan tedavi alan) tüm hastalarda gümde en fazla bir seans olarak uygulanır ve ümcretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm işlemlerde spesifik ekipman ve fizyoterapist bulunması zorunludur. Öz el Hastalıklarda Rehabilitasyon amaçl egzersizlerden herhangi birisinin uygulamasında, aynı seansta aynı başlık altındaki veya Temel Egzersizler başlığı altındaki başka herhangi bir egzersiz işleminin uygulaması, Öz el Hastalıklarda Egzersiz işleminin kapsamında olup ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Egzersiz işlemlerinde kullanılan (kullanılırsa) fizik tedavi amaçl ilaçl arın bedeli, işlem ümretine ilave edilir.	15	22,5	109	₺ 2.452,50	
07.48770	FTR	Pulmoner Rehabilitasyon (ÖZEL HASTALIKLARDA REHABİLİTASYON AMAÇLI EGZERSİZLER - 07.46788: Bu başlık kapsamında bulunan bütün işlemler, (yatarak/ayaktan tedavi alan) tüm hastalarda gümde en fazla bir seans olarak uygulanır ve ümcretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm işlemlerde spesifik ekipman ve fizyoterapist bulunması zorunludur. Öz el Hastalıklarda Rehabilitasyon amaçl egzersizlerden herhangi birisinin uygulamasında, aynı seansta aynı başlık altındaki veya Temel Egzersizler başlığı altındaki başka herhangi bir egzersiz işleminin uygulaması, Öz el Hastalıklarda Egzersiz işleminin kapsamında olup ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Egzersiz işlemlerinde kullanılan (kullanılırsa) fizik tedavi amaçl ilaçl arın bedeli, işlem ümretine ilave edilir.	15	22,5	109	₺ 2.452,50	
07.49167	FTR	Kardiyak rehabilitasyon amaçlı egzersiz (ÖZEL HASTALIKLARDA REHABİLİTASYON AMAÇLI EGZERSİZLER - 07.46788: Bu başlık kapsamında bulunan bütün işlemler, (yatarak/ayaktan tedavi alan) tüm hastalarda gümde en fazla bir seans olarak uygulanır ve ümcretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm işlemlerde spesifik ekipman ve fizyoterapist bulunması zorunludur. Öz el Hastalıklarda Rehabilitasyon amaçl egzersizlerden herhangi birisinin uygulamasında, aynı seansta aynı başlık altındaki veya Temel Egzersizler başlığı altındaki başka herhangi bir egzersiz işleminin uygulaması, Öz el Hastalıklarda Egzersiz işleminin kapsamında olup ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Egzersiz işlemlerinde kullanılan (kullanılırsa) fizik tedavi amaçl ilaçl arın bedeli, işlem ümretine ilave edilir.	20	30	109	₺ 3.270,00	
07.49960	FTR	Artroplasti rehabilitasyonu amaçlı egzersiz (ÖZEL HASTALIKLARDA REHABİLİTASYON AMAÇLI EGZERSİZLER - 07.46788: Bu başlık kapsamında bulunan bütün işlemler, (yatarak/ayaktan tedavi alan) tüm hastalarda gümde en fazla bir seans olarak uygulanır ve ümcretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm işlemlerde spesifik ekipman ve fizyoterapist bulunması zorunludur. Öz el Hastalıklarda Rehabilitasyon amaçl egzersizlerden herhangi birisinin uygulamasında, aynı seansta aynı başlık altındaki veya Temel Egzersizler başlığı altındaki başka herhangi bir egzersiz işleminin uygulaması, Öz el Hastalıklarda Egzersiz işleminin kapsamında olup ayrı işlem olarak değerlendirilmez. Egzersiz işlemlerinde kullanılan (kullanılırsa) fizik tedavi amaçl ilaçl arın bedeli, işlem ümretine ilave edilir.	20	30	109	₺ 3.270,00	
07.42030	FTR	Kas kuvvetlendirme egzersizi (TEMEL EGZERSİZLER - 07.40444: Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, (ayaktan hastalarda) tek bölgede gümde en fazla bir seans, farklı bölgerde (endikasyonu var ise) her bir bölgede gümde en fazla birer seans olarak uygulanır ve ümcretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, yatarak tedavi alan hastalarda tek	6	9	109	₺ 981,00	

		bölgede günde en fazla iki seans, farklı bölgelere (endikasyonu var ise) her bir bölgede günde en fazla ikişer seans olarak uygulanır ve ücretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, özel hastalıklarda rehabilitasyon amaçlı egzersiz işlemlerinden herhangi birisi ile aynı seansta uygulanır ise, birlikte uygulandığı rehabilitasyon amaçlı egzersiz işleminin kapsamındadır, ayrı işlem olarak değerlendirilmez.					
07.42823	FTR	Postür egzersizleri (TEMEL EGZERSİZLER - 07.40444: Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, (ayaktan hastalarda) tek bölgede günde en fazla bir seans, farklı bölgelere (endikasyonu var ise) her bir bölgede günde en fazla birer seans olarak uygulanır ve ücretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, yatarak tedavi alan hastalarda tek bölgede günde en fazla iki seans, farklı bölgelere (endikasyonu var ise) her bir bölgede günde en fazla ikişer seans olarak uygulanır ve ücretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, özel hastalıklarda rehabilitasyon amaçlı egzersiz işlemlerinden herhangi birisi ile aynı seansta uygulanır ise, birlikte uygulandığı rehabilitasyon amaçlı egzersiz işleminin kapsamındadır, ayrı işlem olarak değerlendirilmez.)	6	9	109	₺ 981,00	
07.43616	FTR	Germe egzersizleri TEMEL EGZERSİZLER - 07.40444: Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, (ayaktan hastalarda) tek bölgede günde en fazla bir seans, farklı bölgelere (endikasyonu var ise) her bir bölgede günde en fazla birer seans olarak uygulanır ve ücretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, yatarak tedavi alan hastalarda tek bölgede günde en fazla iki seans, farklı bölgelere (endikasyonu var ise) her bir bölgede günde en fazla ikişer seans olarak uygulanır ve ücretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, özel hastalıklarda rehabilitasyon amaçlı egzersiz işlemlerinden herhangi birisi ile aynı seansta uygulanır ise, birlikte uygulandığı rehabilitasyon amaçlı egzersiz işleminin kapsamındadır, ayrı işlem olarak değerlendirilmez.	6	9	109	₺ 981,00	702230
07.44409	FTR	Lomber stabilizasyon egzersizleri (TEMEL EGZERSİZLER - 07.40444: Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, (ayaktan hastalarda) tek bölgede günde en fazla bir seans, farklı bölgelere (endikasyonu var ise) her bir bölgede günde en fazla birer seans olarak uygulanır ve ücretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, yatarak tedavi alan hastalarda tek bölgede günde en fazla iki seans, farklı bölgelere (endikasyonu var ise) her bir bölgede günde en fazla ikişer seans olarak uygulanır ve ücretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, özel hastalıklarda rehabilitasyon amaçlı egzersiz işlemlerinden herhangi birisi ile aynı seansta uygulanır ise, birlikte uygulandığı rehabilitasyon amaçlı egzersiz işleminin kapsamındadır, ayrı işlem olarak değerlendirilmez.	10	15	109	₺ 1.635,00	
07.45202	FTR	Monitörizasyon altında aerobik egzersiz TEMEL EGZERSİZLER - 07.40444: Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, (ayaktan hastalarda) tek bölgede günde en fazla bir seans, farklı bölgelere (endikasyonu var ise) her bir bölgede günde en fazla birer seans olarak uygulanır ve ücretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, yatarak tedavi alan hastalarda tek bölgede günde en fazla iki seans, farklı bölgelere (endikasyonu var ise) her bir bölgede günde en fazla ikişer seans olarak uygulanır ve ücretlendirilir. Bu başlık kapsamında bulunan tüm egzersizler, özel hastalıklarda rehabilitasyon amaçlı egzersiz işlemlerinden herhangi birisi ile aynı seansta uygulanır ise, birlikte uygulandığı rehabilitasyon amaçlı egzersiz işleminin kapsamındadır, ayrı işlem olarak değerlendirilmez.	15	22,5	109	₺ 2.452,50	
07.88024	FTR	6 Dakika Yürüme (Efor/Egzersiz) Testi İşlem, periyodik paralizi ve benzer ön tanımlar iççin uygulanır.	25	37,5	109	₺ 4.087,50	701130
08.01157	MUAYENE	Apse/hematom drenajı, yüzeysel (deri/deri altı) (GENEL CERRAHİ - 08.00001: Genel cerrahi işlemleri kapsamında yapılan laparoskopik girişimlerde özel bir birim tanımlanmamışsa, 00.94716 doğrultusunda hareket edilir.)	50	75	109	₺ 8.175,00	530030
12.01453	EĞİTİM	Yeni baş vurmuş diyabetlinin eğitimi (Bu uygulama, ilk defa diyabet tanısı alan hastaya verilen ilk diyabet eğitimi için geçerlidir. İlk tanıyı takip eden bir yıl içerisinde başka bir diyabet eğitimi ücretlendirilmez.)	30	45	109	₺ 4.905,00	530090
12.01695	EĞİTİM	Kronik diyabetli hasta eğitimi (yılda bir kez uygulanır)	20	30	109	₺ 3.270,00	530090
12.02421	MUAYENE	İnsülin başlama ve doz ayarlama takibi (Bu işlem, en az üç hafta boyunca haftada bir kontrol muayenesiyle takip yapılarak uygulanır. İşlemin birimi, takip hizmetin tümünü kapsar.	75	112,5	109	₺ 12.262,50	
12.03873	HEMŞİRELİK	Sürekli glukoz monitörizasyonu uygulama, değerlendirme ve takibi, günlük	30	45	109	₺ 4.905,00	
15.24285	KARDİYOLOJİ	Kalp pili veya ICD kontrolü	40	60	109	₺ 6.540,00	700580
15.26153	KARDİYOLOJİ	Kontrast ekokardiyografi (M-mod dahil)	40	60	109	₺ 6.540,00	700590
15.27087	KARDİYOLOJİ	Ekokardiyografi (B-mod)	50	75	109	₺ 8.175,00	
15.28021	KARDİYOLOJİ	Ekokardiyografi (M mode + B mode) + Doppler	75	112,5	109	₺ 12.262,50	
15.20549	KARDİYOLOJİ	24 saat EKG kaydı (Holter monitörizasyonu)	40	60	109	₺ 6.540,00	700540
15.20649	KARDİYOLOJİ	48 saat EKG kaydı (Holter monitörizasyonu)	60	90	109	₺ 9.810,00	
24.00461	RADYOLOJİ	Normal tek yönlü grafi RADYOLOJİ - 24.00001: Radyolojik incelemelerde kullanılan kontrast ilaçç ve tıbbi sarf malzeme ücretleri (aksi belirtilmemiş ise) işleme dahil değildir, ayrıca ücretlendirilir. Radyolojik incelemenin değerlendirilmesi, yorumlanması ve raporlandırılması Radyoloji Uzmanı tarafından (mutlaka) yapılmalıdır. Radyoloji uzmanı raporuna adını, diploma ve uzmanlık numarasını yazarak imzalamalıdır. Radyolojik girişimlerde, Genel İlkelerin 00.57882 kodlu maddesi (ilgili bölümde/tanımda aksine bir açıklama yoksa) uygulanmaz. Aynı seansta birden fazla radyoloji incelemesi yapılması halinde, (ilgili bölüm/işlem özel kural/birim ile tanımlı değilse) her bir işlem ayrı ve tam birimi ile ücretlendirilir.	20	30	109	₺ 3.270,00	
24.00691	RADYOLOJİ	Normal iki yönlü grafi	25	37,5	109	₺ 4.087,50	
24.00921	RADYOLOJİ	Normal üç yönlü grafi	30	45	109	₺ 4.905,00	

24.01151	RADYOLOJİ	Normal dört yönlü grafi	35	52,5	109	₺ 5.722,50	
	RADYOLOJİ	Üst abdomen US ULTRASONOGRAFİ (USG) İNCELEMELERİ - 24.46231: Gerekğinde, aynı seansta aynı organ/bölge i&ccedil;in hem gri-skala US, hem RDUS incelemesi yapılırsa, gri-skala US biriminin tamamı, RDUS biriminin % 50 si dikkate alınarak &uuml;cret hesaplanır. B&ouml;yle uygulandığında, her iki inceleme i&ccedil;in ayrı rapor yazılır. Aynı seansta birden fazla US incelemesi yapılırsa, (&ouml;zel birimle tanımlı değilse) birimi en b&uuml;y&uuml;k olan incelemenin tamamı, sonraki her bir inceleme biriminin 2/3&rsquo;&uuml; dikkate alınarak toplam inceleme birimi bulunur. RADYOLOJİ - 24.00001: Radyolojik incelemelerde kullanılan kontrast ila&ccedil; ve tıbbi sarf malzeme &uuml;cretleri (aksi belirtilmemiş ise) işleme dahil değildir, ayrıca &uuml;cretlendirilir. Radyolojik incelemenin değerlendirilmesi, yorumlanması ve raporlandırılması Radyoloji Uzmanı tarafından (mutlaka) yapılmalıdır. Radyoloji uzmanı raporuna adını, diploma ve uzmanlık numarasını yazarak imzalamalıdır. Radyolojik girişimlerde, Genel İlkelerin 00.57882 kodlu maddesi (ilgili b&ouml;l&uuml;mde/tanımda aksine bir a&ccedil;ıklama yoksa) uygulanmaz. Aynı seansta birden fazla radyoloji incelemesi yapılması halinde, (ilgili b&ouml;l&uuml;m/işlem &ouml;zel kural/birim ile tanımlı değilse) her bir işlem ayrı ve tam birimi ile &uuml;cretlendirilir.	50	75	109	₺ 8.175,00	803590
24.47151	RADYOLOJİ	Alt Abdomen / Pelvik US	40	60	109	₺ 6.540,00	
24.47381	RADYOLOJİ	Tüm abdomen US	60	90	109	₺ 9.810,00	803570
24.47611	RADYOLOJİ	Hepatobiliyer US	35	52,5	109	₺ 5.722,50	803390
24.47841	RADYOLOJİ	Renal US	30	45	109	₺ 4.905,00	803480
24.48071	RADYOLOJİ	Üriner sistem US	40	60	109	₺ 6.540,00	803580

2.3. Hastane Merkezli Sigorta Sisteminden Yerinde Sağlık Modeline Geçiş Zamanı

2.3.1 Özel Sigortalar Evde Sağlık Hizmetlerine Hazır mı?

Türkiye'de özel sağlık sigortalarının mevcut yapısı büyük ölçüde hastane merkezli bir anlayış üzerine kurulmuştur. Poliçeler, provizyon süreçleri ve geri ödeme mekanizmaları incelendiğinde sağlık hizmetinin temel sunum alanı olarak hastane ve ayaktan tedavi kurumlarının esas alındığı görülmektedir. Buna karşın son yıllarda hızla büyüyen evde sağlık, evde bakım, rehabilitasyon ve uzun dönemli bakım hizmetleri sigorta sistemleri içerisinde hak ettiği yeri henüz bulamamıştır.

Bugün birçok özel sigorta şirketi, evde gerçekleştirilecek bir sağlık hizmetinin ödemesini değerlendirmeden önce hastanın aynı işlemi hastanede yaptırıp yaptıramayacağını sorgulamaktadır. Çoğu durumda evde sağlık merkezi hekimi tarafından verilen tıbbi karar yeterli kabul edilmemekte, hastane hekimi tarafından düzenlenmiş "evde tedavi edilmesi uygundur" içerikli ek rapor veya epikriz talep edilmektedir.

Oysa evde bakım merkezleri yalnızca bakım hizmeti sunan yapılar değil; hekim istihdam eden, hasta değerlendirmesi yapan, tedavi planı oluşturan, uzaktan sağlık hizmeti verebilen ve mevzuat tarafından ruhsatlandırılmış sağlık kuruluşlarıdır. Bu nedenle evde bakım merkezi hekimlerinin verdiği tıbbi kararların sigorta sistemleri tarafından doğrudan kabul edilmesi gerekmektedir.

2.3.2. Evde Tedavi Hastaneden Daha Ekonomiktir

Uluslararası sağlık ekonomisi araştırmaları, uygun hasta gruplarında evde sağlık ve evde bakım hizmetlerinin hastane yatışlarına göre daha düşük maliyetlerle benzer hatta bazı durumlarda daha iyi sonuçlar sağlayabildiğini göstermektedir.

Özellikle;

- Ameliyat sonrası rehabilitasyon süreçleri,
- Palyatif bakım sonrası takip,
- Kronik hastalık yönetimi,
- Yaşlı bakım hizmetleri,
- Uzun dönemli hemşirelik hizmetleri,
- Evde fizik tedavi ve rehabilitasyon programları

hastane yatışlarına göre önemli ölçüde maliyet avantajı sağlayabilmektedir.

Dünya genelinde yapılan çok sayıda çalışma, uygun hastalarda evde bakım modellerinin sağlık harcamalarını azaltırken hasta memnuniyetini artırdığını göstermektedir. Bu nedenle birçok gelişmiş ülkede sigorta sistemleri ve kamu otoriteleri hastane yerine evde bakım modellerini teşvik etmektedir.

2.3.3. Uzun Süreli Hastane Yatışı Her Zaman En İyi Çözüm Değildir

Sağlık hizmetlerinde temel amaç yalnızca tedaviyi sürdürmek değil, aynı zamanda bireyin yaşam kalitesini korumaktır.

Bilimsel çalışmalar göstermektedir ki;

- Kendi yaşam alanında bulunan hastalarda anksiyete ve stres düzeyleri daha düşüktür.
- Yaşlı bireylerde çevre değişikliğine bağlı bilişsel gerileme daha az görülmektedir.
- Demans ve Alzheimer hastalarında alışılmış ortamın korunması davranışsal sorunları azaltmaktadır.
- Aile desteği tedaviye uyumu artırmaktadır.
- Ev ortamında rehabilitasyon programları günlük yaşama adaptasyonu kolaylaştırmaktadır.

Bu nedenle özellikle yaşlı, kronik hasta ve palyatif bakım hastalarında evde bakım yalnızca ekonomik değil aynı zamanda psikososyal açıdan da önemli avantajlar sunmaktadır.

2.3.4. Hastane Enfeksiyonlarının Görünmeyen Maliyeti

Uzun süreli hastane yatışlarının en önemli risklerinden biri sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlardır.

Dünya genelindeki araştırmalar;

- Hastane enfeksiyonlarının tedavi maliyetlerini artırdığını,
- Hastanede kalış sürelerini uzattığını,
- Özellikle yaşlı ve bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda ölüm riskini yükselttiğini ortaya koymaktadır.

Evde sağlık hizmetlerinde ise hasta kendi yaşam alanında bulunduğu için çapraz enfeksiyon riski belirgin şekilde azalmaktadır. Bu durum hem hasta güvenliğine katkı sağlamakta hem de sağlık sistemi üzerinde oluşan ek maliyetleri azaltmaktadır.

2.3.5. TTB Ücretleri ve Gerçek Maliyetler Arasındaki Uçurum

Mevcut durumda özel sigorta şirketlerinin önemli bölümü evde sağlık hizmetleri için Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (TTB-HUV) ücretleri üzerinden yüksek oranlı indirimler talep etmektedir.

Ancak evde sağlık hizmetleri;

- Hekim,
- Hemşire,
- Bakım personeli,
- Araç,
- Yakıt,
- Tıbbi sarf malzemesi,
- Çağrı merkezi,
- Dijital takip sistemleri,
- Yazılım altyapısı,
- Organizasyon ve koordinasyon maliyetleri

birlikte değerlendirildiğinde hastane ortamındaki işlemlerden çok daha farklı bir maliyet yapısına sahiptir.

Bu nedenle mevcut fiyatlandırmalar birçok durumda sürdürülebilir olmaktan uzaktır ve kaliteli hizmet sunumunun önünde engel oluşturmaktadır.

2.3.6. Evde Sağlık Hizmetleri TTB ve SGK Sistemlerinde Yeniden Tanımlanmalıdır

Mevcut TTB-HUV sisteminde evde gerçekleştirilen işlemler için belirli ek katsayılar bulunmakla birlikte, günümüz ekonomik koşulları ve operasyonel maliyetler dikkate alındığında bu düzenlemeler yetersiz kalmaktadır.

Bu nedenle;

- Evde yapılan işlemlerde uygulanan katsayı en az 2 kat olarak yeniden düzenlenmeli,
- Uzun dönemli bakım hizmetleri TTB-HUV listelerine ayrı hizmet kalemleri olarak eklenmeli,
- SGK geri ödeme sistemlerinde evde bakım hizmetleri için yeni finansman modelleri oluşturulmalıdır.

Özellikle;

- 8 saatlik bakım hizmeti,
- 12 saatlik bakım hizmeti,
- 24 saatlik bakım hizmeti,
- Evde hemşire nöbet hizmeti,
- Uzun dönemli palyatif bakım desteği,
- Alzheimer ve demans bakım hizmetleri

ayrı ücretlendirme kalemleri olarak tanımlanmalıdır.

2.3.7. Rekabeti Kısıtlayan Sigorta Anlaşmaları Gözden Geçirilmelidir

Mevcut durumda özel sigorta şirketlerinin evde bakım merkezleriyle yaptığı anlaşmalar oldukça sınırlıdır. Birçok sigorta şirketi yıllardır yeni merkezlerle anlaşma yapmamakta, hizmetler sınırlı sayıdaki merkez üzerinden yürütülmektedir.

Bazı durumlarda anlaşmalı görünen merkezlerin aktif hizmet vermediği veya hizmet kapasitesinin oldukça sınırlı olduğu görülmektedir.

Bu durum;

- Hastaların hizmete erişimini zorlaştırmakta,
- Ruhsatlı merkezlerin sisteme dahil olmasını engellemekte,
- Rekabet ortamını daraltmakta,
- Hizmet kalitesinin gelişmesini sınırlandırmaktadır.

Özel sigorta sistemlerinin daha fazla ruhsatlı evde bakım merkezini sisteme dahil etmesi, şeffaf anlaşma kriterleri oluşturması ve hizmet ağını genişletmesi gerekmektedir.

2.3.8. Sonuç: Evde Bakım Bir Maliyet Değil, Tasarruf Aracıdır

Evde sağlık ve evde bakım hizmetleri sağlık sistemine ek maliyet oluşturan bir alan değil; doğru planlandığında hastane yatışlarını azaltan, komplikasyonları düşüren, hasta memnuniyetini artıran ve sağlık harcamalarını optimize eden bir hizmet modelidir.

Türkiye'nin hızla yaşlanan nüfusu, kronik hastalık yükündeki artış ve uzun dönemli bakım ihtiyacı dikkate alındığında, özel sağlık sigortalarının evde bakım merkezlerini sistemin dışında tutması sürdürülebilir değildir. Önümüzdeki dönemde özel sigorta sistemlerinin evde sağlık ve evde bakım hizmetlerini sağlık hizmet sunumunun tamamlayıcı değil, temel bileşenlerinden biri olarak değerlendirmesi gerekmektedir.

2.4. TBMM Sağlık Sisteminde Evde Bakım Hizmetleri Yer Bulamıyor

Türkiye'de evde sağlık ve bakım hizmetlerine olan ihtiyaç her geçen yıl artarken, bazı kurumsal sağlık finansman modellerinde bu hizmet alanının halen yeterince temsil edilmediği görülmektedir. Bunun dikkat çekici örneklerinden biri Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin anlaşmalı sağlık kuruluşları sistemidir.

TBMM kapsamında milletvekilleri, emekli milletvekilleri ve hak sahipleri için oluşturulan anlaşmalı sağlık kuruluşları listesinde; üniversite hastaneleri, özel hastaneler, tıp merkezleri, poliklinikler, fizik tedavi merkezleri, görüntüleme merkezleri ve laboratuvarlar yer almakta, ancak özel evde bakım ve evde sağlık merkezleri kapsam dışında kalmaktadır.

Oysa özellikle ileri yaş grubundaki emekli milletvekilleri, kronik hastalığı bulunan bireyler, ameliyat sonrası yakın takip gerektiren hastalar, palyatif bakım sürecinden çıkan kişiler ve uzun dönemli bakım ihtiyacı bulunan vatandaşlar açısından evde sağlık hizmetleri önemli bir ihtiyaçtır. Hastaneye ulaşımın zorlaştığı veya sürekli bakım gereksiniminin ortaya çıktığı durumlarda, evde sağlık ve bakım hizmetleri çoğu zaman en uygun ve en insani bakım modeli olarak öne çıkmaktadır.

TBMM sağlık hizmetleri kapsamında yer alan anlaşmalı kuruluş listesine, Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış **özel evde sağlık ve evde bakım merkezleri** de dahil edilmelidir. Böylece milletvekilleri, emekli milletvekilleri ve hak sahipleri; evde hekim muayenesi, hemşirelik hizmetleri, fizik tedavi, palyatif bakım sonrası takip, kronik hastalık yönetimi ve uzun dönemli bakım hizmetlerine kurumsal ve denetlenebilir şekilde erişebilecektir.

Bu düzenleme yalnızca hizmet çeşitliliğini artırmayacak, aynı zamanda sağlık sisteminin giderek artan evde bakım ihtiyacına uyum sağlamasına da katkı sunacaktır.

ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARI (MİLLETVEKİLİ)

Üniversite Hastaneleri
Özel Hastaneler
Özel Tıp ve Dal Merkezleri
Özel Poliklinikler
Özel Fizik Tedavi Merkezleri (Ayaktan)
Özel Radyoloji ve Görüntüleme Merkezleri
Özel Laboratuvarlar

2.5. Banka Emekli Sandıkları ve Vakıf Sağlık Sistemlerinde Evde Bakımın Yeri Yeniden Değerlendirilmelidir

Türkiye'de faaliyet gösteren banka vakıf ve emekli sandıkları, sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir role sahiptir. Birçoğu kendi sağlık merkezlerine, anlaşmalı hastane ağlarına ve özel sağlık kuruluşlarıyla oluşturulmuş kapsamlı hizmet modellerine sahiptir. Ancak mevcut uygulamalarda evde sağlık ve evde bakım hizmetlerinin bu sistemler içerisinde oldukça sınırlı yer bulduğu görülmektedir.

Oysa emekli sandıkları tarafından hizmet verilen nüfusun önemli bölümünü ileri yaş grubundaki bireyler oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte hareket kısıtlılığı, kronik hastalıklar, demans, Alzheimer, kalp yetmezliği, KOAH, inme sonrası bakım ihtiyacı ve uzun dönemli rehabilitasyon gereksinimi de artmaktadır. Bu hasta grubunun önemli bir bölümü sağlık kuruluşlarına ulaşmakta güçlük çekmekte veya sağlık hizmetini ev ortamında almayı tercih etmektedir.

Bugün birçok emekli sandığı, üyelerini polikliniklere, tıp merkezlerine ve hastanelere yönlendiren bir sistem kurmuş olsa da, aynı bireylerin evde muayene, evde hemşirelik hizmetleri, evde fizik tedavi, evde laboratuvar hizmetleri, uzun dönemli bakım ve palyatif bakım sonrası takip ihtiyaçları büyük ölçüde sistem dışında kalmaktadır.

Halbuki evde bakım merkezlerinin emekli sandıkları sistemine entegre edilmesi hem hizmet alan bireyler hem de finansman kuruluşları açısından önemli avantajlar sağlayacaktır.

2.5.1. Yaşlı Üyelerin Memnuniyeti Artacaktır

İleri yaş grubundaki bireyler için sağlık hizmetine erişimin en konforlu ve güvenli yolu çoğu zaman ev ortamında sunulan hizmetlerdir. Hastane veya poliklinik ziyaretleri sırasında yaşanan ulaşım güçlükleri, bekleme süreleri ve fiziksel yorgunluk ortadan kalkacak; üyelerin sağlık hizmetine erişimi kolaylaşacaktır.

Özellikle yalnız yaşayan yaşlılar, hareket kısıtlılığı bulunan bireyler ve kronik hastalar açısından evde sağlık hizmetleri yaşam kalitesini doğrudan artıran bir uygulamadır.

2.5.2. Sağlık Harcamalarında Tasarruf Sağlanacaktır

Uluslararası çalışmalar, uygun hasta gruplarında evde bakım ve evde sağlık hizmetlerinin gereksiz hastane başvurularını, tekrar yatışları ve uzun süreli yatış maliyetlerini azaltabildiğini göstermektedir.

Evde gerçekleştirilen düzenli takipler sayesinde:

- Hastaneye yeniden yatış oranları azaltılabilir,
- Acil servis başvuruları düşürülebilir,
- Komplikasyonlar erken dönemde tespit edilebilir,
- Kronik hastalık yönetimi daha etkin gerçekleştirilebilir.

Bu durum yalnızca hasta memnuniyetini değil, aynı zamanda sağlık finansman kuruluşlarının mali sürdürülebilirliğini de olumlu yönde etkileyecektir.

2.5.3. Uzun Dönemli Bakım Hizmetleri Sisteme Dahil Edilmelidir

Mevcut uygulamalarda en büyük eksikliklerden biri uzun dönemli bakım hizmetlerinin finansman modellerinde yeterince yer almamasıdır.

Oysa özellikle:

- Alzheimer hastaları,
- Demans hastaları,
- İnme sonrası bakım gerektiren bireyler,
- Palyatif bakım hastaları,
- İleri yaşlı ve yüksek bağımlılık düzeyine sahip bireyler

için 8 saatlik, 12 saatlik veya 24 saatlik bakım hizmetleri çoğu zaman hastane hizmetlerinden daha uygun, daha insani ve daha sürdürülebilir çözümler sunmaktadır.

2.5.4. Kurumsal İş Birlikleri Teşvik Edilmelidir

Banka emekli sandıkları ve vakıf sağlık sistemleri, ruhsatlı evde bakım merkezleri ile doğrudan hizmet alım sözleşmeleri yapabilmelidir.

Bu model sayesinde:

- Üyeler daha hızlı hizmet alabilecek,
- Sağlık kuruluşlarının yükü azalacak,
- Hastane kaynakları daha verimli kullanılacak,
- Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi artacaktır.

2.5.5. Kurumsal Farkındalık ve Stratejik Planlama Eksikliği

Çeşitli banka emekli sandıkları ve vakıf sağlık sistemleri ile yapılan görüşmelerde, evde sağlık ve evde bakım hizmetlerine yönelik özel bir çalışma yürütülmediği, bu alanda geliştirilmiş bir hizmet modeli bulunmadığı ve konuya ilişkin kurumsal bir stratejinin oluşturulmadığı ifade edilmiştir.

Bu durum dikkat çekicidir. Çünkü emekli sandıklarının hizmet verdiği nüfusun önemli bir bölümünü ileri yaş grubu bireyler oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun sağlık hizmeti kullanım alışkanlıkları incelendiğinde ise hareket kısıtlılığı, kronik hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı, uzun dönemli bakım ihtiyacı ve düzenli tıbbi takip gereksinimi nedeniyle evde sağlık hizmetlerinden yararlanma potansiyelinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Buna rağmen yapılan görüşmeler, birçok emekli sandığında evde sağlık ve evde bakım hizmetlerinin mevcut sağlık politikalarının bir parçası olarak değerlendirilmediğini göstermektedir. Bazı kurum temsilcileri tarafından bu konuda herhangi bir proje, çalışma grubu veya planlama bulunmadığı ifade edilmiş; evde bakım hizmetlerinin kurumsal sağlık hizmetleri içerisindeki rolüne ilişkin değerlendirmelerin henüz yapılmadığı anlaşılmıştır.

Oysa dünyadaki sağlık finansman modelleri incelendiğinde, yaşlı nüfusun yoğun olduğu sigorta ve fon sistemlerinde evde bakım hizmetlerinin sağlık harcamalarını azaltan, hastane yatışlarını düşüren ve hasta memnuniyetini artıran önemli bir araç olarak değerlendirildiği görülmektedir.

Türkiye'de de banka emekli sandıkları ve vakıf sağlık sistemlerinin önümüzdeki dönemde yaşlanan üye profili dikkate alınarak;

- Evde sağlık hizmetlerini,
- Evde hemşirelik uygulamalarını,
- Evde fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini,
- Uzun dönemli bakım modellerini,
- Palyatif bakım sonrası ev takip programlarını,

sağlık hizmetleri stratejilerinin bir parçası haline getirmesi önemli bir ihtiyaç olarak ortaya çıkmaktadır.

2.5.6. Kaçırılan Bir Fırsat

Bugün birçok emekli sandığı kendi sağlık merkezleri, anlaşmalı hastaneler ve poliklinik ağı üzerinden hizmet sunarken, üyelerinin en yoğun ihtiyaç duyduğu alanlardan biri olan evde sağlık ve bakım hizmetleri büyük ölçüde sistem dışında kalmaktadır.

Bu durum yalnızca hizmet eksikliği değil, aynı zamanda maliyet avantajı sağlayabilecek önemli bir fırsatın da değerlendirilememesi anlamına gelmektedir. Özellikle kronik hastalar, ileri yaşlı bireyler ve uzun dönemli bakım ihtiyacı bulunan üyeler açısından evde bakım merkezlerinin sisteme entegrasyonu, hem üye memnuniyetini artıracak hem de sağlık harcamalarının daha verimli yönetilmesine katkı sağlayabilecektir.

Bu nedenle banka emekli sandıkları ve vakıf sağlık sistemlerinin, evde sağlık ve evde bakım hizmetlerini geleceğin sağlık hizmet modeli olarak değerlendirmesi ve ruhsatlı evde bakım merkezleri ile kurumsal iş birlikleri geliştirmesi önerilmektedir.

2.5.7. Sonuç

Banka emekli sandıkları ve vakıf sağlık sistemleri, hizmet verdikleri nüfusun demografik özellikleri nedeniyle evde sağlık ve evde bakım hizmetlerinden en fazla yarar sağlayabilecek kurumsal yapılardan biridir. Buna rağmen mevcut sistemlerde bu hizmetler yeterince temsil edilmemektedir.

Önümüzdeki dönemde emekli sandıkları, vakıf sağlık kuruluşları ve ruhsatlı evde bakım merkezleri arasında kurulacak entegrasyon modelleri; hem sağlık harcamalarının daha etkin yönetilmesine hem de özellikle yaşlı üyelerin memnuniyetinin artırılmasına önemli katkılar sağlayacaktır.

3. İstanbul'da Dijital Evde Sağlık Pazarı: Her 100 Merkezden Yalnızca 8'i Ruhsatlı

3.1. Araştırmayı Yapan Kuruluş ve dönemi

Özel Bakım Sağlayıcıları Derneği (OBSAD) , 01 Temmuz 2025 – 09 Temmuz 2025

3.2. Araştırmanın Amacı

Evde sağlık hizmetlerine olan talep Türkiye'de her geçen yıl artmaktadır. Ancak dijital platformlarda hizmet sunan kişi ve kuruluşların ne kadarının ruhsatlı sağlık kuruluşu olduğu konusunda kamuoyuna açık ve güncel bir veri bulunmamaktadır.

Bu çalışma, İstanbul il sınırları içerisinde internet siteleri, Google Haritalar, sosyal medya platformları ve dijital ilan mecralarında evde sağlık hizmeti sunduğunu beyan eden kişi ve kuruluşların tespit edilmesi, sınıflandırılması ve ruhsat durumlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.3. Çalışma Nasıl Yapıldı?

Araştırma kapsamında;

- Google Arama Motoru,
- Google Haritalar,
- Instagram,
- Facebook,
- Diğer dijital platformlar ve ilan mecraları

üzerinde evde sağlık hizmetleriyle ilgili anahtar kelime taramaları yapılmıştır.

Tespit edilen tüm dijital mecralar;

- İletişim numaraları,
- Web siteleri,
- Google Haritalar kayıtları,
- Sosyal medya hesapları,
- Hizmet beyanları,
- Ruhsat bilgileri

açısından ayrı ayrı incelenmiştir.

Ayrıca İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve bazı ilçe sağlık müdürlükleri ile görüşmeler gerçekleştirilmiş; ancak ruhsatlı evde sağlık ve evde bakım merkezlerinin güncel listesine ulaşılamamıştır. İl Sağlık Müdürlüğü tarafından da kamuya açık güncel bir ruhsatlı merkez listesi yayımlanmadığı görülmüştür.

3.4. Araştırmanın Sonuçları

İstanbul'da dijital mecralarda evde sağlık hizmeti sunduğunu beyan eden toplam 333 yapı tespit edilmiştir.

Bunların dağılımı aşağıdaki gibidir:

Kategori	Sayı	Oran
Ruhsatlı Evde Bakım Merkezi	28	%8
Ruhsatsız Evde Sağlık Hizmeti Beyanı	237	%71
Sağlık Kabini	58	%17
Bireysel Doktor	6	%2
İnsan Kaynakları Firması	4	%1
Toplam	333	%100

Araştırma sonucunda dijital ortamda evde sağlık hizmeti sunduğunu beyan eden yapıların yalnızca %8'inin ruhsatlı evde bakım merkezi olduğu görülmüştür. Başka bir ifadeyle, internet ortamında evde sağlık hizmeti sunduğunu beyan eden her 100 yapıdan yaklaşık 92'sinin ruhsatlı evde bakım merkezi olmadığı tespit edilmiştir.

3.5. Dikkat Çeken Bulgular

- Bazı kişi ve kuruluşların aynı telefon numarasıyla çok sayıda internet sitesi ve Google Haritalar kaydı oluşturduğu görülmüştür.
- Sağlık kabinlerinin bir bölümünün yetkileri dışında evde sağlık hizmeti sunduğunu beyan ettiği tespit edilmiştir.
- İnsan kaynakları firmalarının sağlık kuruluşu olmamalarına rağmen evde sağlık ve bakım hizmeti pazarladığı görülmüştür.
- Sosyal medya üzerinden bireysel sağlık hizmeti tanıtımı yapan hesapların on binlerce hatta yüz binlerce takipçiye ulaştığı belirlenmiştir.
- Vatandaşların ruhsatlı kuruluşları doğrulayabileceği kamuya açık resmi bir listeye ulaşamamıştır.

3.6. Genel Değerlendirme

Araştırma, İstanbul'da dijital ortamda sunulan evde sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünün kayıt dışı veya ruhsat durumu doğrulanamayan yapılar tarafından yürütüldüğünü göstermektedir.

Yaşlanan nüfus, kronik hastalık yükünün artması ve evde bakım ihtiyacının büyümesi nedeniyle evde sağlık hizmetleri her geçen gün daha stratejik hale gelirken; vatandaşların güvenilir ve ruhsatlı kuruluşlara ulaşmasını sağlayacak dijital doğrulama ve denetim mekanizmalarının oluşturulması önem arz etmektedir.

4.Sonuç ve Somut Politika Önerileri

Türkiye'de evde sağlık ve evde bakım hizmetleri, yaşlanan nüfus, kronik hastalık yükündeki artış, palyatif bakım ihtiyacının büyümesi ve hastane merkezli bakım modellerinin maliyet baskıları nedeniyle sağlık sisteminin stratejik alanlarından biri haline gelmiştir. Kamu tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin milyonlarca vatandaşa ulaşmış olması, bu hizmetlere yönelik talebin geçici değil kalıcı ve büyüyen bir ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Buna karşın özel evde sağlık ve evde bakım sektörü, mevcut mevzuatın güncelliğini yitirmesi, finansman mekanizmalarının yetersizliği, kayıt dışı hizmet sunumunun yaygınlaşması ve dijital platformlardaki denetim eksiklikleri nedeniyle sürdürülebilirlik sorunu yaşamaktadır. Özellikle İstanbul örneğinde yapılan dijital tarama çalışması, evde sağlık hizmeti sunduğunu beyan eden yapıların çok büyük bölümünün ruhsatsız veya yetkisi belirsiz olduğunu göstermiştir. Bu durum yalnızca ruhsatlı kuruluşların ekonomik sürdürülebilirliğini değil, aynı zamanda hasta güvenliğini ve kamu sağlığını da doğrudan tehdit etmektedir.

Bu nedenle evde sağlık ve evde bakım hizmetlerinin geleceğine yönelik reformların yalnızca mevzuat değişikliklerinden ibaret olmaması; hizmet tanımları, insan kaynağı, finansman modelleri, dijital sağlık uygulamaları, denetim mekanizmaları ve sigorta sistemlerini kapsayan bütüncül bir dönüşüm programı olarak ele alınması gerekmektedir.

1. Yönetmeliğin Kapsamı Güncellenmeli ve "Yerinde Sağlık" Yaklaşımı Benimsenmelidir

Mevcut "Evde Bakım Hizmetleri" yaklaşımı günümüz ihtiyaçlarını karşılamamaktadır. Hizmetin yalnızca konutta sunulduğu varsayımı terk edilmeli; bireyin bulunduğu her ortamda sunulan sağlık ve bakım hizmetlerini kapsayan "Yerinde Sağlık ve Yerinde Bakım" modeli mevzuatın temel yaklaşımı haline getirilmelidir.

Bu kapsamda dijital sağlık merkezleri, mobil sağlık ekipleri, uzaktan takip sistemleri ve tele-tıp uygulamaları da mevzuat içerisinde açık şekilde tanımlanmalıdır.

2. Personel Yapısı Günümüz Gerçeklerine Uygun Hale Getirilmelidir

Mevcut yönetmelikte hemşire, ebe ve sağlık memuru merkezli personel yapısı bulunmaktadır. Ancak sektörde fiilen ATT'ler, paramedikler ve anestezi teknikerleri de görev almaktadır.

Belirli eğitim ve sertifikasyon süreçlerinin ardından bu meslek grupları "Yardımcı Sağlık Personeli" olarak sisteme dahil edilmelidir.

Ayrıca;

- Yaşlı bakımı,
- Evde hasta bakımı,
- Engelli bakımı,
- Sosyal destek hizmetleri

alanlarında çalışan kişiler için "Bakım Destek Personeli" tanımı oluşturulmalı ve kayıt dışı bakıcılık sisteminin önüne geçilmelidir.

3. Kuruluş ve İstihdam Şartları Yeniden Düzenlenmelidir

Kuruluş aşamasında zorunlu tutulan yüksek hekim istihdamı ve personelin başka sağlık kuruluşlarında çalışamaması yönündeki kısıtlamalar günümüz çalışma hayatı ile uyumlu değildir.

Bu nedenle;

- Asgari hekim sayısı yeniden değerlendirilmeli,
- Hasta yoğunluğuna bağlı kademeli istihdam modeli oluşturulmalı,
- Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının birden fazla sağlık kuruluşunda görev alabilmesine imkan tanınmalıdır.

4. Konsültan Hekim ve Dijital Sağlık Modelleri Mevzuata Dahil Edilmelidir

Evde bakım sürecindeki hastaların takip edildiği uzman hekimlerin sisteme dahil olabilmesi sağlanmalıdır.

Bu kapsamda;

- Konsültan hekim tanımı oluşturulmalı,
- Tele-muayene,
- Uzaktan takip,
- Elektronik konsültasyon,
- Dijital reçeteleme

uygulamaları açık şekilde düzenlenmelidir.

5. Hastane – Evde Bakım Merkezi Entegrasyonu Sağlanmalıdır

Özellikle;

- Palyatif bakım sonrası takip,
- Ameliyat sonrası bakım,
- Rehabilitasyon süreçleri,
- Uzun dönemli bakım,
- Refakat hizmetleri

alanlarında hastaneler ile evde bakım merkezleri arasında resmi hizmet alım mekanizmaları oluşturulmalıdır.

Evde bakım merkezlerinin sağlık sisteminin devam hizmeti sunan kurumsal çözüm ortakları olarak tanımlanması gerekmektedir.

6. Ruhsatlı Kuruluşların Görünürlüğü Artırılmalıdır

İl Sağlık Müdürlükleri tarafından ruhsatlı merkezlerin güncel listeleri kamuoyuna açık şekilde yayımlanmalıdır.

Ayrıca;

- Kuruluşların internet sitelerinde ruhsat bilgileri yayınlanmalı,
- Yetki belgeleri doğrulanabilir hale getirilmeli,
- Personel bilgileri şeffaf şekilde paylaşılmalıdır.

Vatandaşın ruhsatlı kuruluşu ruhsatsız yapıdan ayırt edebilmesi temel kamu görevi olarak değerlendirilmelidir.

7. Fiziki Mekan ve Hizmet Sunum Kuralları Güncellenmelidir

Mevcut yönetmelikte muayene odası zorunlu tutulmasına rağmen merkezlerde muayene yapılmasına izin verilmemesi uygulama açısından çelişki oluşturmaktadır.

Bu nedenle;

- Kurum hekimlerinin merkezlerde muayene yapabilmesi,
- Serum uygulamaları,
- Enjeksiyonlar,
- Pansuman işlemleri,
- Basit yara bakım hizmetleri

gibi sağlık hizmetlerinin kontrollü şekilde merkezlerde sunulabilmesi sağlanmalıdır.

8. Evde Sağlık Hizmetleri İçin Finansman Modelleri Yeniden Yapılandırılmalıdır

Evde sağlık hizmetleri;

- Personel giderleri,
- Araç maliyetleri,
- Yakıt giderleri,
- Tıbbi malzemeler,
- Yazılım sistemleri,
- Organizasyon ve koordinasyon giderleri

nedeniyle sağlık kuruluşu içerisinde verilen hizmetlerden farklı bir maliyet yapısına sahiptir.

TTB-HUV listelerinde evde yapılan işlemler için öngörülen mevcut %50 ilave katsayı günümüz maliyetlerini karşılamamaktadır.

Bu nedenle;

Evde sağlık hizmetlerinde katsayı en az 2 kat olarak yeniden düzenlenmelidir.

Bu düzenleme yalnızca ücret artışı değil, hizmetin gerçek maliyet yapısının sisteme yansıtılması anlamına gelecektir.

9. Uzun Dönemli Bakım Hizmetleri SGK ve TTB-HUV Sistemine Dahil Edilmelidir

Mevcut ücretlendirme sistemlerinde uzun dönemli bakım hizmetleri yeterince tanımlanmamıştır.

Oysa;

- 8 saatlik bakım,
- 12 saatlik bakım,
- 24 saatlik bakım,
- Evde hemşire nöbet hizmeti,
- Palyatif bakım destek hizmeti,
- Demans ve Alzheimer bakım hizmetleri

gibi uygulamalar fiilen yaygın olarak sunulmaktadır.

Bu nedenle SGK ve TTB-HUV sistemlerinde;

- Saatlik bakım,
- Vardiyalı bakım,
- Uzun dönemli hemşire takibi,
- Uzun dönemli bakım destek personeli hizmetleri

ayrı hizmet kalemleri olarak tanımlanmalı ve geri ödeme kapsamına alınmalıdır.

10. Özel Sigorta Sistemlerinde Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Genişletilmelidir

Özel sağlık sigortaları ve tamamlayıcı sağlık sigortaları içerisinde evde sağlık hizmetlerine ayrılan pay oldukça sınırlıdır.

Sigorta şirketleri çoğu zaman TTB ücretleri üzerinden yüksek oranlı indirimler talep etmekte, bu durum kaliteli ve kurumsal hizmet sunumunu zorlaştırmaktadır.

Bu nedenle;

- Evde sağlık için ayrı geri ödeme modeli oluşturulmalı,
- Uzun dönemli bakım teminatları geliştirilmeli,
- Palyatif bakım sonrası takip hizmetleri kapsama alınmalıdır.

- Evde sağlık ve evde bakım hizmetleri, özel sağlık sigortalarının temel sağlık hizmetleri kapsamına dahil edilmelidir.
- Hastane merkezli geri ödeme modelleri yerine hasta merkezli ve sonuç odaklı bakım modelleri geliştirilmelidir.
- Evde sağlık hizmetleri için hastaneden alınan ek epikriz ve bürokratik onay süreçleri sadeleştirilmelidir.
- Ruhsatlı evde bakım merkezleri ile daha geniş kapsamlı anlaşma ağları oluşturulmalıdır.
- Sektörde rekabeti sınırlayan ve yalnızca belirli merkezlerle çalışılmasına neden olan mevcut uygulamalar gözden geçirilmelidir.
- Aktif hizmet sunmayan kuruluşlar yerine fiilen faaliyet gösteren ruhsatlı merkezlerin sisteme dahil edilmesi sağlanmalıdır.
- Evde sağlık hizmetlerinde kullanılan ücretlendirme modelleri güncel maliyetler doğrultusunda yeniden değerlendirilmelidir.
-

11. TBMM Sağlık Sistemi İçin Öneriler

- TBMM üyeleri, emekli milletvekilleri ve birinci derece yakınları için evde sağlık ve evde bakım hizmetleri geri ödeme kapsamına alınmalıdır.
- Özellikle ileri yaşı, kronik hastalığı bulunan ve uzun dönemli bakım ihtiyacı olan bireylerin evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmesi sağlanmalıdır.
- Palyatif bakım sonrası takip, evde hemşirelik hizmetleri, evde rehabilitasyon, evde laboratuvar hizmetleri ve uzun dönemli bakım modelleri TBMM sağlık kapsamına dahil edilmelidir.
- Ruhsatlı evde bakım merkezleri ile kurumsal anlaşmalar yapılarak hizmet kalitesi ve denetlenebilirlik güvence altına alınmalıdır.
- Hastane yatışını azaltan ve sağlık harcamalarında tasarruf sağlayan ev temelli bakım modelleri teşvik edilmelidir.

12. Banka Emekli Sandıkları İçin Öneriler

- Emekli sandıkları bünyesinde evde sağlık ve evde bakım hizmetlerine yönelik özel çalışma grupları oluşturulmalıdır.
- Üyelerin yaş profili dikkate alınarak evde muayene, evde hemşirelik, evde fizik tedavi ve uzun dönemli bakım hizmetleri geri ödeme kapsamına alınmalıdır.
- Ruhsatlı evde bakım merkezleri ile anlaşmalı hizmet modelleri geliştirilmelidir.
- Palyatif bakım sonrası takip ve kronik hastalık yönetimi programları oluşturulmalıdır.
- Dijital sağlık ve uzaktan hasta takip sistemleri desteklenmelidir.
- Evde bakım hizmetlerinin entegrasyonu ile hem sağlık harcamalarının azaltılması hem de üye memnuniyetinin artırılması hedeflenmelidir.

13. Kayıt Dışı Hizmet Sunumu ile Mücadele Güçlendirilmelidir

İstanbul örneğinde yapılan araştırma, dijital mecralarda evde sağlık hizmeti sunduğunu beyan eden yapıların büyük bölümünün ruhsatsız olduğunu göstermiştir.

Bu nedenle;

- Ruhsat doğrulama sistemleri kurulmalı,
- Dijital denetim ekipleri oluşturulmalı,
- Ruhsatsız sağlık ilanları kaldırılmalı,
- Dijital platformlar yalnızca ruhsatlı kuruluşlara hizmet ilanı verme hakkı tanınmalıdır.
- İl sağlık müdürlükleri ruhsatlı merkez ve birimleri sitelerinde açıklamalıdır.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlükleri, dijital platformlar ve sektör temsilcileri arasında ortak denetim mekanizmaları oluşturulmalıdır.

Genel Sonuç

Türkiye, önümüzdeki 20 yıl içerisinde yaşlı nüfusun en hızlı arttığı ülkelerden biri olacaktır. Bu süreç; evde sağlık, evde bakım, rehabilitasyon ve palyatif bakım hizmetlerini sağlık sisteminin tamamlayıcı bir unsuru olmaktan çıkarıp temel bileşenlerinden biri haline getirmektedir.

Bu nedenle evde sağlık ve evde bakım alanına ilişkin mevzuatın güncellenmesi, insan kaynağının genişletilmesi, finansman modellerinin güçlendirilmesi, uzun dönemli bakım hizmetlerinin geri ödeme sistemlerine dahil edilmesi ve kayıt dışı yapılarla etkin mücadele edilmesi yalnızca sektörün değil, Türkiye sağlık sisteminin geleceği açısından stratejik bir zorunluluktur. Böyle bir dönüşüm, vatandaşların daha güvenli ve erişilebilir hizmet almasını sağlayacağı gibi sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine de önemli katkı sunacaktır.