

T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

**UZUN SÜRELİ BAKIM SİSTEMLERİ VE
FİNANSMAN YÖNTEMLERİ: TÜRKİYE
AÇISINDAN DEĞERLENDİRMELER**

UZMANLIK TEZİ

Hazırlayan
Burcu AYHAN

Ankara
Mayıs/2014

T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

**UZUN SÜRELİ BAKIM SİSTEMLERİ VE
FİNANSMAN YÖNTEMLERİ: TÜRKİYE
AÇISINDAN DEĞERLENDİRMELER**

UZMANLIK TEZİ

Hazırlayan
Burcu AYHAN

Danışman
Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

Ankara
Mayıs/2014

ONAY SAYFASI

ENGELLİ VE YAŞLI HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE

Aile ve Sosyal Politikalar Uzman Yardımcısı Burcu AYHAN tarafından hazırlanan “Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Finansman Yöntemleri: Türkiye Açısından Değerlendirmeler” başlıklı tez çalışması Yeterlik Sınav Komisyonu tarafından “*Yüz üzerinden puanla*” değerlendirilerek Aile ve Sosyal Politikalar Uzmanlığı Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Adı SOYADI	İmza
BAŞKAN	:.....
ÜYE	:.....
ÜYE	:.....
ÜYE	:.....
ÜYE	:.....
ÜYE	:.....
ÜYE	:.....
ÜYE	:.....

ÖZET

Günümüzde, dünya nüfusu yaşlanmakta ve kronik hastalık ve/veya engellilik nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen bakıma muhtaç birey sayısı artmaktadır. Ayrıca, kadınların çalışma hayatına katılımının artması ve aile yapısındaki değişim gibi nedenlerle enformal bakımın azalması, bireylerin bakım hizmetlerinde beklentilerinin ve emek yoğun bir alan olan uzun süreli bakımda maliyetlerin artması USB talebinin artmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bütün bu etkenlerin sonucu olarak artan uzun süreli bakım harcamaları, ülke bütçeleri ve kişiler üzerinde büyük bir baskı unsuru oluştururken, tüm ülkeler için geleceğe yönelik ciddi bir tehdit haline gelmiştir. Türkiye’de de durum, uluslararası alanda yaşanan gerçeklere paralellik göstermektedir.

Uzun süreli bakım sistemlerinde yapılan reform çalışmalarına bakıldığında uzun süreli bakım finansmanının temel politika konularından biri olduğu görülmektedir. Ancak birçok ülkede, güvenilir ve başarısı kanıtlanmış bir model olarak alınabilecek uzun süreli finansman yönteminden bahsetmek mümkün görünmemektedir. Bu noktada, direkt olarak bir ülke uygulamasını model olarak almak yerine, ülke uygulamalarının avantajları ve dezavantajları değerlendirilerek ve bunlardan ders alınarak, her ülkenin kendi şartlarına göre şekillendireceği bir finansman sistemi sürdürülebilirlik açısından daha anlamlı ve güçlü olacaktır. Buradan hareketle, bu çalışmada uzun süreli bakım finansmanında kullanılan yöntemler çeşitli boyutlarıyla ele alınmış ve farklı politika seçenekleri ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Uzun süreli bakım sistemi, uzun süreli bakım finansmanı, uzun süreli bakım finansman yöntemleri, uzun süreli bakım politikaları.

ABSTRACT

Today, the world population is aging and the number of individuals in need of care who are unable to perform activities of daily living is growing due to chronic illness and/or disability. In addition, the reduction in informal care due to rising labour market participation by women and changing family structure, as well as growing expectations of individuals receiving care and rising labor-intensive long-term care costs inevitably increase demand on the long-term care. The situation in Turkey is also in line with internationally experienced reality.

The financing of long-term care is one of the key policy issues among the reforms in long-term care systems. However, it is not possible to talk about one system that can be taken as a model of reliable and proven long-term financing method in many countries. At this point, a financing system tailored to each country's circumstances by evaluating the advantages and disadvantages of country practices and lessons learned from them will be stronger and more meaningful in terms of sustainability, instead of taking a country as a model for direct application. Therefore, in this study different methods used to finance long-term care have been discussed with various aspects and different policy options have been introduced.

Keywords: Long-term care system, long-term care financing, long-term care financing methods, long-term care policy.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
GİRİŞ	1

BÖLÜM I

UZUN SÜRELİ BAKIM: KAVRAMSAL BİR ÇERÇEVE

1.1. Uzun Süreli Bakım	4
1.2. Kimler Uzun Süreli Bakıma İhtiyaç Duyar?	7
1.2.1. Bakıma muhtaçlık	8
1.2.2. Bakıma muhtaçlık tespit yöntemleri	10
1.2.3. Uzun süreli bakım yararlanıcıları	14
1.3. Uzun Süreli Bakım Talebi	16
1.3.1. Demografik eğilimler (beklenen yaşam süresi-doğurganlık oranı)	17
1.3.2. Enformal bakımda azalma.....	23
1.3.3. Beklentilerin artması	24
1.3.4. Uzun süreli bakım maliyetlerinin artması	25

BÖLÜM II

UZUN SÜRELİ BAKIM SİSTEMİ VE TASARIMI

2.1. Uzun Süreli Bakım Hizmetleri.....	28
2.1.1. Formal Bakım	28

2.1.1.1.	<i>Toplum temelli bakım</i>	29
2.1.1.1.1.	<i>Evde (profesyonel) bakım</i>	31
2.1.1.1.2.	<i>Gündüzlü bakım</i>	33
2.1.1.1.3.	<i>Evlere yemek servisi hizmeti (meals-on-wheels)</i>	34
2.1.1.2.	<i>Kurumsal bakım</i>	35
2.1.2.	Enformal bakım.....	38
2.2.	Uzun Süreli Bakım Sisteminin Tasarımı	43

BÖLÜM III

UZUN SÜRELİ BAKIM FİNANSMANI VE ÜLKE ÖRNEKLERİ

3.1.	Uzun Süreli Bakım Finansmanı	52
3.1.1.	Uzun süreli bakım finansmanı denklemi.....	53
3.1.2.	Uzun süreli bakım hizmetleri üçlüsü ve finansman	54
3.1.3.	Uzun süreli bakım finansmanı fonksiyonları	55
3.1.3.1.	<i>Gelir elde etme</i>	55
3.1.3.2.	<i>Fon biriktirme</i>	56
3.1.3.3.	<i>Satın alma (tahsisat)</i>	56
3.1.3.4.	<i>Uzun süreli bakım finansman kaynakları</i>	56
3.2.	Uzun Süreli Bakım Finansman Yöntemleri	58
3.2.1.	Primli model.....	59
3.2.2.	Primsiz model	59
3.2.3.	Karma model.....	60
3.3.	Kamu Sektöründe Uzun Süreli Bakım Finansman Yöntemlerinin Uygulaması ve Politika Meseleleri	62
3.3.1.	Evrensel program veya gelir-testine dayalı program	62
3.3.2.	Hak temelli program veya sabit bütçeli program	67
3.3.3.	Özel amaçlı kaynak veya genel kaynak	70
3.3.4.	Ulusal ve yerel düzeyde sorumluluk paylaşımı	72
3.4.	Özel Finansman Kaynakları ve Yöntemleri	74
3.5.	Uzun Süreli Bakım Finansman Sisteminin Değerlendirilmesi	76

3.6. Ülke Örnekleri.....	80
3.6.1. Almanya	81
3.6.1.1. Nüfus yapısı	82
3.6.1.2. Uzun süreli bakım sigortası ve özellikleri	84
3.6.1.3. Uzun süreli bakım sigortasının finansmanı.....	85
3.6.1.4. Uzun süreli bakım sigortasından yararlanma kriterleri	88
3.6.1.5. Uzun süreli bakım sigortası kapsamında sunulan hizmetler.....	90
3.6.1.5.1. Evde bakım.....	91
3.6.1.5.2. Kurumsal bakım	92
3.6.1.6. Uzun süreli bakım sigortası kapsamında sunulan diğer hizmetler	94
3.6.2. İspanya	94
3.6.2.1. Nüfus yapısı	95
3.6.2.2. Uzun süreli bakım sistemi ve özellikleri	98
3.6.2.3. Uzun Süreli Bakım Finansmanı.....	100
3.6.2.4. Uzun süreli bakım hizmetlerinden yararlanma kriterleri.....	102
3.6.2.5. SAAD (USB) sistemi kapsamında sunulan hizmetler	104
3.6.2.5.1. Evde bakım.....	104
3.6.2.5.2. Kurumsal bakım	107
3.6.2.5.3. SAAD sistemi kapsamında sunulan diğer hizmetler.....	107
3.6.3. Hollanda	108
3.6.3.1. Nüfus yapısı	111
3.6.3.2. Uzun süreli bakım sistemi ve özellikleri	114
3.6.3.3. Uzun süreli bakım sigortasının finansmanı.....	115
3.6.3.4. Uzun süreli bakım sigortasından faydalanma kriterleri	119
3.6.3.5. Uzun süreli bakım sigortası (AWBZ) kapsamında sunulan hizmetler.....	120
3.6.3.5.1. Evde Bakım	123
3.6.3.5.2. Kurumsal bakım	124
3.6.4. Türkiye	126
3.6.4.1. Nüfus yapısı	127
3.6.4.2. Uzun süreli bakım sistemi ve özellikleri	131

3.6.4.3.	<i>Uzun süreli bakım finansmanı</i>	133
3.6.4.4.	<i>Uzun süreli bakım hizmetlerinden yararlanma kriterleri</i>	136
3.6.4.5.	<i>Uzun süreli bakım kapsamında sunulan hizmetler</i>	138
3.6.4.5.1.	<i>Evde Bakım</i>	139
3.6.4.5.2.	<i>Kurumsal bakım</i>	141
SONUÇ VE ÖNERİLER		148
KAYNAKÇA		159

KISALTMALAR

Kısaltmalar	Açıklaması
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
APA	Kişisel Özerklik Ödeneği, Fransa
ASPB	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
AWBZ	Olağandışı Tıbbi Giderler Kanunu, Hollanda
CIZ	Bakım Değerlendirme Merkezi, Hollanda
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EGYA	Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri
EYHGM	Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HCBS	Evde ve Toplum Temelli Bakım Hizmetleri, ABD
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
LAPAD	Bakıma Muhtaç Kişilerin Kişisel Otonomisi/Özerkliği ve Bakımının Desteklenmesi Kanunu, İspanya
NHS	Ulusal Sağlık Sistemi, Birleşik Krallık

Kısaltmalar	Açıklaması
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SAAD	Bakıma Muhtaç Kişilerin Bakımı ve Özerkliği Sistemi, İspanya
SÇHEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SB	Sağlık Bakanlığı
USB	Uzun Süreli Bakım
WMO	Sosyal Destek Kanunu, Hollanda
ZVW	Sağlık Sigortası Kanunu, Hollanda

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1.1. 65 yaş ve üzeri uzun süreli bakım yararlanıcıları, 2011 (veya en yakın yıl)	16
Şekil 1.2. Kamu uzun süreli bakım harcamalarının (sağlık ve sosyal bileşenleri) GSYİH'ye oranı (%), 2011 (veya en yakın yıl).....	26
Şekil 3.1. Uzun süreli bakım hizmetleri üçlüsü ve finansman.....	55
Şekil 3.2. Finansman kaynakları, finansman mekanizmaları ve fon toplama kurumları	57
Şekil 3.3. Almanya'da beklenen yaşam süresi.....	82
Şekil 3.4. Almanya'da doğurganlık oranı	83
Şekil 3.5. Almanya'da 65 yaş ve üzeri nüfus oranı	84
Şekil 3.6. İspanya'da beklenen yaşam süresi	96
Şekil 3.7. İspanya'da doğurganlık oranı	97
Şekil 3.8. İspanya'da 65 yaş ve üzeri nüfus oranı.....	98
Şekil 3.9. SAAD finansmanı, 2009.....	102
Şekil 3.10. Hollanda'da beklenen yaşam süresi.....	111
Şekil 3.11. Hollanda'da doğurganlık oranı	112
Şekil 3.12. Hollanda'da 65 yaş ve üzeri nüfus oranı	113
Şekil 3.13. Türkiye'de beklenen yaşam süresi	128
Şekil 3.14. Türkiye'de doğurganlık oranı.....	129
Şekil 3.15. Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfus oranı	130

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1.1. OECD ülkelerinde beklenen yaşam süresi.....	18
Tablo 1.2. OECD ülkelerinde doğurganlık oranı	20
Tablo 1.3. Bağımlılık oranları, 2000 ve 2050	22
Tablo 2.1. Formal bakım türüne göre birim maliyet, kişi başına GSYİH'nin yüzdesi olarak, 2010.....	37
Tablo 3.1. Fransız APA programı kapsamında gelir ve engellilik seviyesine göre maksimum aylık ödeme miktarı, 2003 (Avro).....	65
Tablo 3.2. Kamu ve özel uzun süreli bakım sigortalarının finansal gelişimi (milyar Avro)	87
Tablo 3.3. Bakıma muhtaçlık seviyeleri	89
Tablo 3.4. Kamu uzun süreli bakım sigortasından yararlanan kişi sayısı.....	90
Tablo 3.5. Nakit para yardımı (enformal bakıcı, Avro)	91
Tablo 3.6. Kurumsal bakım ödeneği (Avro)	93
Tablo 3.7. Gece veya gündüz kurumsal bakım ödeneği (Avro)	94
Tablo 3.8. Yeni USB sistemi için öngörülen bütçe tahsisi (milyon Avro)	100
Tablo 3.9. Bakıma muhtaçlık seviyeleri	103
Tablo 3.10. Bölgelere göre evde bakım hizmeti alan birey sayısı, 2008	105
Tablo 3.11. Evde bakım hizmet süreleri (saat/aylık)	106
Tablo 3.12. Kurumsal bakım hizmeti alan birey sayısı, 2008.....	107
Tablo 3.13. Uzun süreli bakım hizmetlerinin entegrasyonu	110
Tablo 3.14. AWBZ sigorta sisteminin finansal gelişimi (milyon Avro)	118
Tablo 3.15. Kişisel bütçe ödeneğine ilişkin istatistiki veriler (2009-2010, Avro).....	122
Tablo 3.16. Yatılı olmayan bakım (x 1000 kişi)	124
Tablo 3.17. Kurumsal bakım (yatılı, x 1000 kişi).....	125
Tablo 3.18. Farklı hizmet türlerine göre gerçekleşen USB harcamaları (TL)	136
Tablo 3.19. Evde bakım hizmetinden yararlanan birey sayısı ve harcama tutarı (TL)	140
Tablo 3.20. Kurumsal bakım hizmetinden yararlanan birey sayısı.....	142
Tablo 3.21. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı resmi huzurevlerinden yararlanan birey sayısı.....	144
Tablo 3.22. Bakım türüne göre birim maliyet tahminleri (aylık, TL).....	145

GİRİŞ

Teknolojik ve bilimsel gelişmeler sayesinde tıbbın ilerlemesi, geçmiş yıllara göre insanların daha bilinçli olması ve refahın artması ile birlikte insanlar daha uzun yaşamaktadır. Bu durum, doğurganlık hızının düşmesi ile birlikte günümüzde nüfusun yaşlanmasını en önemli demografik olgulardan birisi olarak karşımıza çıkarmaktadır. Nüfusun yaşlanması, bir nüfusun yaş yapısının değişerek, o nüfustaki çocukların ve gençlerin oranının azalması ve 65 yaş üstü insanların oranının giderek artmasıdır. Tarihsel süreç içerisinde demografik dönüşüm olarak da adlandırılan bu süreçten kaynaklı olarak yaşlanma süreci de hız kazanmıştır. Özellikle, beklenen yaşam sürelerinde meydana gelen artışla dünya nüfusu yaşlanmakta ve yaşlılığa bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştiremeyen, fiziksel veya zihinsel kronik hastalık mağduru birey sayısında artışa sebep olmaktadır. Kronik hastalık, malullük, engellilik veya ileri yaşlılık nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen bireyler başkalarının yardımına ihtiyaç duyar hale; başka bir deyişle uzun süreli olarak bakıma muhtaç hale gelmektedir.

Engelli bireylerin sayısının da dünya nüfusu içinde her geçen yıl arttığı bilinen bir gerçektir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2011 yılında yayınladığı Dünya Engellilik Raporu'na göre, dünyada bir milyardan fazla engelli insan bulunmaktadır. Bu insanların yaklaşık 200 milyonu hayatlarını devam ettirme konusunda kayda değer zorluklar yaşamaktadır. Engellilik önümüzdeki yıllarda daha da büyük bir kaygı konusu haline gelecektir, çünkü yaygınlığı artmaktadır. Genel olarak en çok yaşlıların uzun süreli bakıma (USB) ihtiyaç duyduğu düşünülse de görüldüğü gibi, demografik eğilimler her yaştan bireylerin herhangi bir engelden dolayı bakıma ihtiyaç duyabileceğini göstermektedir. Engelli bireyler, engel türüne ve derecesine bağlı olarak günlük hayatın alışılmış, tekrar eden aktivitelerini yerine getirmede büyük ölçüde üçüncü şahısların desteğine sürekli olarak ihtiyaç duymaktadır.

USB talebinin artması ve ekonomik kaynakların sınırlı olması nedeniyle ülkeler için hali hazırda var olan ve gelecekte gerçekleşebilecek sosyal risklere karşı şimdiden önlem almak bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu nedenlerle birlikte, son yıllarda her ülke kendisi için en ideal USB sistemini oluşturma veya var olan sistemini iyileştirme çabası içine girmiştir. Bu gelişmeler ışığında USB, ülkelerin öncelikli gündem konularından biri olurken, etkili ve verimli bir USB sistemi oluşturma ve bu sistemin finansal sürdürülebilirliği en önemli politika meselelerinden biri haline gelmiştir.

Ülkelerin etkili ve verimli bir biçimde USB sistemi oluşturma sürecinde karşılaştığı sorunlar arasında; USB hizmetlerinin sunumu, finansmanı, yönetimi ve hizmeti sunan iş gücü gibi faktörler gelmektedir. Söz konusu faktörler, USB sistemini oluşturan en önemli bileşenler olup hiçbir bileşen diğerinden daha üstün/önemli veya öncelikli değildir. Diğer bir ifadeyle, ülkelerin USB sistemini oluştururken hizmetin sunulmasından, hizmeti kimin sunacağı, nasıl sunacağı ve bu hizmetin kim tarafından finanse edileceği gibi birçok konunun iyi analiz edilmesi ve alınacak kararların iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu tez kapsamında USB özellikle finansman boyutuyla ele alınacak olup, finansal kaynakların nasıl elde edileceği, kaynakların nasıl havuzlanacağı, kaynakların nasıl dağıtılacağı ve dağıtılan kaynakların nasıl kullanılacağı konusunda farklı yöntemler çeşitli boyutlarıyla incelenerek, bu yöntemlere ilişkin politika meseleleri irdelenecektir.

Bu doğrultuda, tezin birinci bölümünde; USB, bakıma muhtaçlık, USB yararlanıcıları gibi genel kavramlar ile bakıma muhtaçlık tespit yöntemleri ve USB talebini arttıran nedenlere yer verilmiştir. İkinci bölümde USB sisteminde sunulan hizmetler incelenerek, USB sisteminin bir bütün olarak tasarlanmasında önemli olan özellikler açıklanmıştır. Üçüncü bölümde, USB sistemlerinin finansmanı ve finansmanda kullanılan kaynaklar gibi genel konulara değinilmiş, sistemin finansmanında genel olarak kullanılan yöntemler çeşitli boyutlarıyla ele alınarak farklı politika seçenekleri ortaya konulmuştur. Ayrıca, bu yöntemler farklı ülke uygulamalarıyla da örneklendirilerek ne gibi hizmetlerin/yardımların hangi koşullarda

yapıldığı, bu hizmetlerin nerelerden finanse edildiği incelenmiş olup, aradaki farklılıklar anlatılmaya çalışılmıştır. Sonuç kısmında ise mevcut ve geleceğe ilişkin ele alınan trendler çerçevesinde birçok ülkenin USB'nin finansmanına ilişkin yaptığı veya yapmayı düşündüğü reformlarda ortaya çıkan ortak bulgular özetlenerek, Türkiye'de USB ve finansmanına ilişkin görüş ve önerilere yer verilmiştir.

BÖLÜM I

UZUN SÜRELİ BAKIM: KAVRAMSAL BİR ÇERÇEVE

1.1. Uzun Süreli Bakım

Uzun süreli bakım konusunda üzerinde uzlaşmış tek bir tanım bulunmamaktadır. Son yıllarda yeni bir kavram olarak karşımıza çıkan USB, ülkelerin (sosyo-ekonomik düzeylerine) sahip oldukları sosyal yapı ve uygulama yöntemlerine bağlı olarak çeşitli şekillerde tanımlansa da özünde her tanım ortak noktalar içermektedir. USB'yi en basit haliyle; uzun bir süre boyunca hayatın birçok alanında desteğe ihtiyaç duyan bireylerin bakımı olarak tanımlamak mümkündür. Bu tanımdan yola çıkarak USB'nin iki tamamlayıcı bileşeni göze çarpmaktadır. Birincisi, bakımın uzun bir süre boyunca devam etmesi; ikincisi ise bakımın genellikle hizmet bileşenlerinin arasında bütünlüğün sağlandığı bir sistem/program içinde verilmesidir. Bunun yanı sıra, uluslararası kuruluşlar tarafından kullanılan veya ulusların kendi yasalarında belirttikleri USB tanımları mevcuttur.

Uzun süreli bakımın farklı tanımları bulunmakla birlikte Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) USB'yi; “uzun bir süre boyunca temel günlük yaşam aktivitelerinde başkasının yardımına muhtaç olan bireyler için bir dizi hizmetleri bir araya getiren ortak politika konusu ” olarak tanımlamaktadır (OECD, 2005: 10). Rehabilitasyon, temel sağlık hizmetleri, evde bakım, sosyal bakım ve konut, ulaşım, yemek hizmetleri ile mesleki faaliyetler ve güçlendirme faaliyetleri de USB'nin bir parçasıdır. Dolayısıyla, USB enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini de içermektedir (European Commission [EC], 2008: 3).

Avrupa Komisyonu tarafından yayımlanan 2012 yılı Yaşlanma Raporu'nda USB hizmetleri; zihinsel ve/veya fiziksel engelinden dolayı günlük olarak bağımsız bir

şekilde işlev görme yeteneği uzun bir süre boyunca sınırlı olan bireylere yönelik geniş yelpazeli hizmet ve yardımların düzenlenmesi ve sunulması olarak tanımlanmaktadır (EC, 2012: 195). Bu hizmetler, bakıma muhtaç bireyler için çok önemlidir. Genellikle günlük yaşam aktiviteleri olan yemek yeme, banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme veya yatağa girme yataktan çıkma gibi faaliyetlerde ihtiyaç duyulan yardımları içermektedir. Ayrıca, bu kişisel bakım hizmetleri genellikle temel sağlık hizmetleri (yara pansumanı, ağrı yönetimi, ilaç ve sağlık gözetimi, önleyici sağlık hizmetleri veya destek sağlık hizmetleri) ile birlikte verilmektedir. Bunun yanı sıra, USB hizmetleri yemek yapma, alışveriş yapma, temizlik yapma gibi enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri olarak adlandırılan alt-düzey (lower-level help) ihtiyaçların giderilmesi ile de birleştirilebilmektedir (Liszyc, Sail ve Xavier, 2012: 8).

Buradan hareketle, USB hem sağlık hem de sosyal bileşenleri içermektedir. Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) USB'yi; sürekli bir zaman süresi boyunca genellikle kronik durumda ve işlevsel kısıtlılıkları olan bireylere sağlanan sağlık bakımı, kişisel bakım ve sosyal hizmetler dizisi olarak kapsamlı bir şekilde tanımlamaktadır (Wunderlich ve Kohler, 2001: 27). Sağlık bakımı; hemşireler, hemşire yardımcıları, terapistler, hekimler ve diğer sağlık çalışanları (profesyonelleri) tarafından USB'ye ihtiyacı olan bireylere verilen tıbbi bakımı, hemşirelik hizmetlerini ve diğer bakım hizmetlerini içermektedir. Kişisel bakım; kronik durumda ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyecek durumda kısıtlılıkları olan her yaşta bireye sağlanan hizmetlerdir (Wunderlich ve Kohler, 2001: 27). Sosyal bakım ise temelde bireylerin hayatlarını rahat bir şekilde yaşayabilmeleri için desteklenmesi ile ilgilidir ve özellikle belirli bir ölçüde başkalarının fiziksel ve uygulama desteğine ihtiyaç duyan bireylere yönelik yardımcı vurgulamaktadır. Sosyal bakımın çoğunlukla hedefi, bireylerin bağımsız bir şekilde hayatlarını sürdürmelerini sağlayarak ve yaşam kalitelerini arttırarak sonuçta bireylerin, ailelerin ve toplumun daha dolu ve güzel bir yaşam sürmelerini desteklemektir. (Dickinson vd., 2012: 3) Bu iki USB bileşeni -sağlık bakımı ve sosyal bakım- arasında açık, anlaşılır ve uygulanabilir bir sınır belirlemek ve tanımlamak oldukça zordur ve karmaşıklık yaratan bir meseledir. Ayrıca, bazı USB sistemleri, bakım ihtiyacını özel

sektörden alan veya enformal bakıcı tarafından bakılan bireylere nakit para yardımı (cash benefits) da sağlamaktadır (Liszyc vd., 2012: 8). Uzun süreli bakım genellikle sağlık bakımından hem süresi açısından hem de kişisel bakım ve sosyal hizmetlere yaptığı vurgu açısından ayrılmaktadır. Ancak bu ayırım bazen ciddi kronik hastalar için çok net olmamaktadır. Ayrıca, bazı durumlarda USB'ye gereksinim duyan bireyler çeşitli önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerine de ihtiyaç duyabilmektedir.

Diğer taraftan USB'nin hedeflerini ölçmek sağlık bakımının hedeflerini ölçmekten çok daha karmaşık ve zordur. Sağlık bakımının birincil hedefi bireyi önceki işlevsellik düzeyine geri getirmek iken USB'nin hedefi bireyin durumunun kötüye gitmesini önlemek ve işlevselliğin azaldığı aşamalarda toplumsal uyumu teşvik etmektir. Tıbbi (sağlık hizmetlerinin) ve sosyal hizmetlerin bir arada olduğu USB, sağlık bakımına göre çok daha kapsamlı hizmetleri içermektedir. Bakım çerçevesinde sunulan sosyal hizmetler çok çeşitlidir ve geniş bir yelpazeye yayılmış hizmetleri kapsamaktadır. Bireylerin toplumsal kaynaklara ve hizmetlere erişiminden, ailevi veya mali sorunların çözümüne ve sosyal ve eğitsel faaliyetlerin düzenlenmesine kadar birçok hizmeti gerektirmektedir (Wunderlich ve Kohler, 2001: 27). Sağlık bakımı genellikle sağlık çalışanlarının hizmetleri ile sınırlı iken USB'nin hizmet sunucuları daha geniş kapsamlı olup çok çeşitlidir. Bunlar hekim ve hastane gibi geleneksel tıbbi hizmet sunucuların yanı sıra evde bakım personeli, huzurevi bakıcıları, bakım merkezlerindeki bakıcılar ve destekli yaşam merkezlerindeki bakıcılar gibi formal bakıcılar ile arkadaş, akraba veya aile üyesi gibi enformal bakıcılardan oluşmaktadır (McCall, 2001: 3).

Uzun süreli bakım, sosyal güvenlik sistemleri içinde oldukça yeni bir kavramdır. Bazı ülkelerin “üçüncü kişilerin yardımına ihtiyaç” duyma durumunu fark edip bunun için ödenek sağlamaya başladığı 1970'li yılların sonuna kadar, bizim bugün “bakıma muhtaç” veya “USB” olarak tanımladığımız kavramlar kapsamlı bir şekilde ele alınmamıştır (Liszyc vd., 2012: 9). Tarihsel olarak, dünyada hastalık halinin ve ölümlerin başlıca nedeninin bulaşıcı hastalıklar olması nedeniyle sağlık sistemleri ağırlıklı olarak akut durumlar için kısa vadeli sağlık hizmetleri üzerine yoğunlaşmıştır.

Ayrıca uzun süreli hastane hizmetlerinin maliyetli bir seçenek olması da bunda etkili olmuştur. 1970'lere kadar dünyada, engellilerin veya kronik hastaların USB ihtiyacı doğrudan aileleri tarafından sağlanmıştır. Ailenin yoksulluk veya herhangi bir nedenden dolayı bakamadığı durumlarda ise devlet, dini veya hayır kuruluşları devreye girmiştir. Dünyanın birçok yerinde yoksul yaşlılar için huzurevleri ve tüberküloz hastaları için sanatoryumlar, ilk USB kurumları olarak ortaya çıkmıştır. Diğer bir ifadeyle, formal USB sadece aileleri tarafından bakılmayan ve yoksul olan bireylerin kurumlarda aldıkları bakım ile sınırlı kalmıştır (Muiser ve Carrin, 2007: 7).

1970'li yıllardan sonra USB, maluliyet ve yaşlılık aylığına ilişkin yasalarda, sosyal yardım programlarında ve engellilere yönelik programlarda çıkmıştır. Ancak söz konusu döneme kadar USB ihtiyaçları ayrı bir olgu/konu ya da sosyal bir risk olarak kabul edilmemiştir. 1970'lerden itibaren bu ihtiyacın daha iyi anlaşılmasını sağlayan tanımlar geliştirilmiş ve birçok ülkede çeşitli uygulamalar ortaya çıkmıştır (Liszyc vd., 2012: 9). Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra dünyada USB programlarına olan talep artmaya başlamıştır. Kişilerin ileri yaşlılık, engellilik ve/veya kronik hastalık gibi nedenlerle ortaya çıkan USB ihtiyacı ülkelerin ekonomik, sosyal ve kültürel yapılarına bağlı olarak farklı seviyelerde bakım talebini arttırmıştır.

Günümüzde ise USB sistemleri yavaş yavaş kurumsal bakımdan uzaklaşıp daha çok evde bakım ve toplum temelli bakıma odaklanmaktadır (Wittenberg vd., 1998). Böylece kronik hastaların, yaşlıların ve engellilerin mümkün olduğunca normal bir yaşam sürdürmeleri amaçlanmaktadır (Muiser ve Carrin, 2007: 6).

1.2. Kimler Uzun Süreli Bakıma İhtiyaç Duyar?

Bu kısımda, öncelikle kavram olarak bakıma muhtaçlık tanımlanarak, bakıma muhtaç bireyleri tespit etme yöntemleri ele alınacaktır. Buradan hareketle, bakıma

muhtaç hale gelip USB hizmetlerine ihtiyaç duyan bireyler/yararlanıcılar ele alınarak genel olarak USB hizmetlerine olan talebi arttıran unsurlar üzerinde durulacaktır.

1.2.1. Bakıma muhtaçlık

Günlük yaşam aktivitelerini kısmen veya tamamen bir başkasının yardımı olmadan yerine getiremeyen kişiler bakıma muhtaçtır. Yardıma ve bakıma muhtaçlık durumu birbiri ile karıştırılmamalıdır. Eğer birey, günlük yaşamında yerine getirmesi gereken rutin işlerin üstesinden gelemiyorsa yardıma muhtaç hale gelmiştir. Örneğin, merdivenleri tek başına inip çıkamayan bir yaşlıya yardım edilir ancak bu bir bakım hizmeti değildir. Bu birey yatalak duruma gelir ve idrar kesesi üzerindeki kontrolünü kaybederse, bireyin günlük olarak banyo yaptırılması, yatağının değiştirilmesi, vücudunda yaralar oluşmaması için özel tedbirlerin alınması gerekecektir. Bu durumda artık yaşlı birey yardıma muhtaç değil, bakıma muhtaç hale gelmiştir. Buradan hareketle, bakıma muhtaçlık işlevsel kısıtlılığın derecesi arttıkça ortaya çıkan, yardımın yanı sıra bakımın gerekli olduğu durumlarla ilgilidir (Tufan, 2006: 17-18).

Almanya’da 1995 yılında yürürlüğe giren Bakım Sigortası Kanunu’nda bakıma muhtaç kişiler; “bedensel, ruhsal veya zihinsel hasta veya engelli olmaları sebebiyle, hayatın idamesine yönelik günlük, basit ve sürekli işlerin ifasında (muhtemelen en az 6 ay ciddi veya bundan daha ileri boyutta) başkalarının yardımına ihtiyaç duyan bireyler” olarak tanımlanmaktadır (Seyyar, 2007: 31).

İspanya “Bakıma Muhtaç Kişilerin Kişisel Otonomisi/Özerkliği ve Bakımının Desteklenmesi Kanunu” ise bakıma muhtaçlık kavramını;

“kişilerin; yaş, hastalık veya engellilikten kaynaklanan ve fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da duyuşsal özerkliğin eksikliği veya kaybı gibi nedenlerle günlük yaşamın temel aktivitelerini yerine getirmede başka bir kişinin/diğer insanların bakımına veya

önemli derece yardımına kalıcı bir şekilde ihtiyaç duyma hali” (Gutierrez, Jimenez-Martin, Sanchez, ve Vilaplana, 2010: 2) şeklinde tanımlamaktadır.

Yukarıdaki tanımlardan da anlaşıldığı gibi bakıma muhtaçlık riski yaş, hastalık veya engellilikten bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Diğer bir ifadeyle, bakıma muhtaçlığın ölçüsünü yaş, hastalık veya engelin kendisi değil; ilerleyen yaş, hastalık veya engel sonucu gerek duyulan destek veya yardım ihtiyacı oluşturmaktadır. Dolayısıyla, bakıma muhtaçlığı belirleyen temel unsur günlük yaşam aktiviteleridir. Engellilik ve kronik hastalıklara sahip olmak bakıma muhtaçlık riskini arttıran bir unsur olsa da her engellilik veya kronik hastalık bakıma muhtaçlık yaratmayabilir (Tufan, 2006: 17).

Dünyada da en yaygın olarak kullanılan genel işlevsellik ölçümleri, kişilerin işlevsellik düzeyini ve (zaman içerisindeki) işlevsellik kapasitesindeki çeşitliliğini ölçmek için iyi bir yaklaşım olarak görülen, günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümantal günlük yaşam aktiviteleridir. Uzun süreli bakıma muhtaçlığı ölçen diğer yaklaşımlar da mevcuttur. Söz konusu yaklaşımlar ağrı ve rahatsızlık düzeyi, bilişsel düzey, sosyal aktivite ve sosyal ilişkiler düzeyi ile bunların kişi hayatı üzerindeki etkilerini dikkate almaktadır. Bu etkileri ölçen bazı araçlar birkaç dilde çevrilmiş olarak mevcuttur (Landi vd., 2000; Arling vd., 1997; Brodsky, Habib ve Hirschfeld, 2003: 234).

Günlük yaşam aktivitelerini; bir kişinin temel ihtiyaçlarını karşılamak için normal bir günün akışı içinde rutin olarak yaptığı aktiviteler olarak tanımlayabiliriz. Günlük yaşam aktiviteleri her insanın günlük olarak tekrarlamak zorunda kaldığı, gerçekleştiremediği durumlarda ise ciddi sorunlar yaşayabileceği aktivitelerdir. Bu aktiviteler genellikle banyo yapmak, giyinmek, yemek yemek, tuvalet ihtiyacını gidermek, fonksiyonel hareketlilik (yatağa girme veya yataktan çıkma hareketi, sandalyeye oturup oturamama hareketi) ve dışkı veya idrar tutma olarak sayılmaktadır.

Enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini ise toplum içinde bağımsız bir şekilde yaşayan kişinin normal bir günün akışı içinde sık sık yaptığı aktiviteler olarak tanımlayabiliriz (Mosby's Medical Dictionary, 2009). Kişinin günlük yaşamını bağımsız bir şekilde idame ettirebilmesi için gerekli olan söz konusu yardımcı aktiviteleri; telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek yapma, temizlik yapma, çamaşır yıkama, ulaşım, ilaç alma ve para yönetimi olarak saymak mümkündür (Graf, 2013:2). Enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini, günlük yaşam aktivitelerine göre biraz daha karmaşık ve bakıma muhtaç kişinin daha erken karşılaşılabileceği bir risk olarak değerlendirebiliriz.

Uzun süreli bakım sistemleri, bazı eleştiriler olsa da genellikle kişilerin bakıma muhtaç olup olmadığı, hangi düzeyde bakıma muhtaç olduğu veya bakıma muhtaç kişiye sağlanacak hizmetin belirlenmesinde bu iki değerlendirme araçlarını temel almaktadır. Kimi ülkeler sadece günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığı olan bireylere hizmet verirken bazı ülkeler enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri kısıtlılığını da göz önünde bulundurmaktadır.

1.2.2. Bakıma muhtaçlık tespit yöntemleri

Uzun süreli bakım hizmetlerinin uygulamalarında bakıma muhtaçlık tanımının yanı sıra bakıma muhtaçlık derecesinin tespiti de hizmet türlerinin boyutu, aynı ve nakdi yardımların çeşitliliği, sistemin finansmanı ve hizmetlerin ifasında meydana getirilen teşkilatlandırma yapısı bakımından önemlidir. Bakıma muhtaçlığın tanımı ve bakıma muhtaçlık derecesini tespit etmede kullanılan metodların uygulanması ile ortaya çıkan sonuçlar USB hizmetlerinin kapsamını önemli derecede etkilemektedir. Her ülke kendi sosyal, ekonomik ve kültürel yapısına bağlı olarak bakıma muhtaç kişilere farklı bir yaklaşım göstermekte ve USB sistemlerini de buna göre şekillendirmektedir.

Bakıma muhtaçlığın tespiti ve derecelendirilmesi için genellikle dört farklı model kullanılmaktadır (Seyyar, 2007: 161-173).

1) Juchli Modeli (GYA Modeli)

Liliane Juchli tarafından geliştirilen GYA (Günlük Yaşam Aktiviteleri) modelinde yer alan günlük 12 aktivite alanları (temel ihtiyaçlar, kriterler) ve içerikleri şunlardır (Seyyar, 2007: 161-173):

- Uyuma ve uyanma
- Hareket yeteneği (yürüyebilmek, uzanabilmek)
- Yıkanmak ve giyinmek
- Yeterli beslenme
- Tuvalet ihtiyacını gidermek
- Vücut sıcaklığını düzenlemek
- Normal nefes alıp vermek
- Güvence altında yaşayabilmek
- Zaman ve mekânı idrak etmek
- İnsani ilişkiler
- Cinsel ilişkilerde denge
- Hayatın temel gayesini anlamak

Yukarıda sayılan aktivite alanları hem kişinin bakıma muhtaç olup olmadığını hem de bakıma muhtaçlık derecesinin tespitinde kullanılmaktadır. Buna göre söz konusu aktivitelerde kişinin hareketlerinin farklı derecede kısıtlanmış olmasıyla değişik boyutlarda bakıma muhtaçlık derecesi ortaya çıkmaktadır.

2) Krohwinkel Modeli (GYDA Modeli)

GYA modeli, özellikle bakıma muhtaç yaşlıların psiko-sosyal boyutunu yeterince dikkat almaması açısından eksik bulunmuş ve Monika Krohwinkel tarafından revize edilmiştir. Krohwinkel insan, çevre, sağlık-huzur ve bakım ile ilgili süreçleri

temel alan 13 aktivite alanı tanımlayarak GYDA (Günlük Yaşam Deneyimleri ve Aktiviteleri) modelini oluşturmuştur. GYDA modeli kapsamında tanımlanan aktiviteler şu şekildedir (Seyyar, 2007: 161-173):

- İletişim
- Hareket yeteneği
- Hayati fonksiyonları gerçekleştirmek (nefes alıp verme, dolaşım istemi)
- Öz bakım potansiyeli
- Yeterli beslenme
- Tuvalet ihtiyacını gidermek
- Giyinmek
- Uyumak ve dinlenmek
- Meşguliyet
- Cinsel tutum ve davranışlar
- Güvenli yaşamak
- Sosyal fonksiyonlarını sağlamak
- Manevi güçler, değerler ve inançlar

GYDA modelinde yer alan 13 hayat aktivitesi, kişinin bakıma muhtaçlığını ve muhtaçlık derecesini tespit ederken kişinin sağlığını, huzurunu, dolayısıyla kişinin hayat kalitesini temel alan bir değerlendirmeye olanak sağlamaktadır.

3) Gordon Modeli (Davranış Kalıpları Modeli)

Gordon modeli, kişinin bireysel özelliklerini ve fiziki yeterliliklerini belirlemek için 10 aktivite öngörmektedir (Seyyar, 2007: 161-173):

- Kendi sağlığını algılama
- Beslenme

- Tuvalet ihtiyacını giderme
- Hareket yeteneği
- Algılama
- Kendini tanıma
- Rol ve ilişkiler
- Cinsellik ve üreme
- Stres yönetimi
- Uyuma ve dinlenme

Bu modelde bakıma muhtaçlık derecesi belirlenirken, kişinin fiziki durumu ile birlikte psiko-sosyal yapısına da önem verilmektedir. Modelin ana hedefi, bakıma muhtaç kişiye, özbenliğine ve içinde yaşadığı sosyal ortama uygun bir bakım hizmeti sağlamaktır (Seyyar, 2007: 161-173).

4) Reaksiyon Modeli (NANDA- Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)

Bu modelde bakıma muhtaçlığı ve derecesini belirlemede kullanılan aktiviteler aşağıdaki gibidir (Seyyar, 2007: 161-173):

- Bedeni temas
- İletişim kurma
- Hareket yeteneği
- İdrak, şuur.
- Hafıza gücü
- Hissetmek
- Konuşmak, sohbet etmek
- Seçebilme
- Değer verme

Bu dört bakım modeline bakıldığında, sayıları, içerikleri veya önem dereceleri birbirlerinden farklı olsa da, hepsi bazı ortak noktalarda birleşmektedir. Bakıma muhtaçlık ve muhtaçlık derecesi tespit edilirken kişi odaklı, objektif ve psiko-sosyal açıdan değerlendirmeler yapılmaktadır. Her birinin kendi içinde bazı avantajları olduğu gibi eksiklikleri de olabilmektedir. Bu nedenle, ülkeler USB sistemlerini oluştururken söz konusu kriterleri kendi toplumsal yapılarına uygun şekilde belirlemekte ve yorumlamaktadır.

1.2.3. Uzun süreli bakım yararlanıcıları

Uzun süreli bakıma ihtiyacı olan nüfus çok çeşitlidir ve her yaştan bireyleri içerebilmektedir. Örneğin, ağır kalp-damar hastalığı ya da Alzheimer'ı olan hasta veya kronik durumdaki yaşlılar; doğuştan zihinsel engelli ya da Serebral Palsi'li olan çocuklar; ve kalıtsal olarak veya sonradan kazanılan akıl hastalığı ya da travmatik beyin hasarı geçiren çalışma çağındaki yetişkinler USB'ye ihtiyaç duyan nüfusa dahildir (Stone, 2010: 2). Dolayısıyla, USB her yaştan bireyin karşılaşılabileceği sosyal bir risktir. Ancak uluslararası literatürde USB ihtiyacının çoğunlukla ileri yaşlılıktan dolayı ortaya çıkan bir sosyal risk olduğuna dikkat çekilmektedir. Bu durum belki Türkiye için bugün geçerli olmasa da Türkiye'nin ilerleyen yıllarda karşılaşılabileceği muhtemel risklere karşı önceden önlem alması gerekecektir.

Uzun süreli bakım yararlanıcıları, herhangi bir sosyal yardım programı adı altında nakdi ödeme alan amatör bakıcılardan veya ücretli-profesyonel hizmet sunuculardan USB alan kişiler olarak tanımlanmaktadır (OECD, 2011: 168). Uzun süreli bakım yararlanıcıları genel olarak üç grupta toplanmaktadır (Seyyar, 2007: 33).

Bakıma Muhtaç Engelliler: Doğuştan veya sonradan ortaya çıkan herhangi bir engellilikten dolayı, kısmen veya bütünüyle, sürekli olarak başkalarının bakımına

ihtiyaç duyan bireylerdir. Her yaş grubunda görülmesi muhtemel olan bir risktir. Bununla birlikte, her engelli USB'ye ihtiyaç duymayabilir. Zira, bu grupta yer alan yararlanıcıların bir çoğu aralıklı olarak bakıma ihtiyaç duyabilmektedir.

Bakıma Muhtaç Hastalar: Herhangi bir ciddi hastalığın, tıbbi tedavi ve rehabilitasyona rağmen giderilememesinin sonucunda kalıcı hastalığın kişi üzerinde yaptığı olumsuz etkilerden dolayı sürekli olarak başkalarının desteğine ve yardımına ihtiyaç duyan bireyleridir.

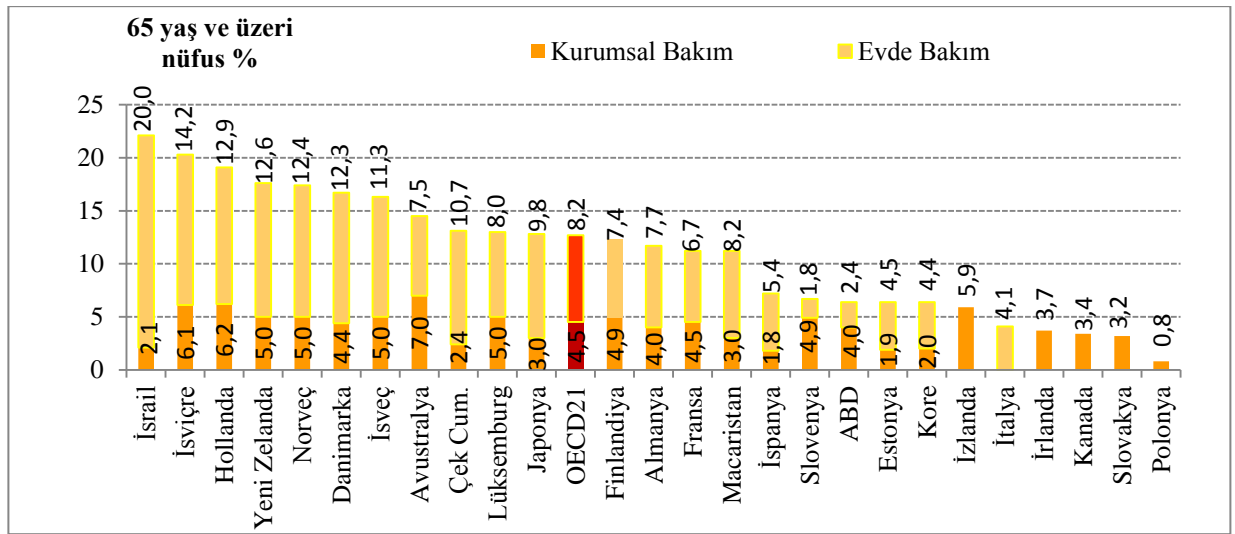
Bakıma Muhtaç Yaşlılar: Yaşlılık nedeniyle fizyolojik kayıp veya işlevsel yetersizliklerden dolayı bakıma muhtaç hale gelmiş bireylerdir. Yaşlılık genellikle 65 yaş ve üzeri olarak tanımlanmaktadır. Ancak ileri yaşlılık (oldest-old) olarak kabul edilen 85 yaş ve üzeri bireylerde bakıma muhtaçlık riski daha fazla olmaktadır.

Uzun süreli bakım yararlanıcısı, yukarıda sayılan grupların herhangi birinde olabileceği gibi bakıma muhtaçlığa yol açan birden fazla faktöre sahip olduğu için birden fazla grupta da olabilir. Diğer bir ifadeyle, kişi hem yaşlı, hem engelli, hem de hasta olması nedeniyle USB'ye muhtaç olabilir. Böyle durumlarda kişinin bakımı daha da önemli hale gelmektedir. Bununla birlikte, bakıma muhtaçlığın sadece ileri yaşta değil, her yaştaki kişilerin karşılaşılabileceği bir risk olduğu da unutulmamalıdır.

Özellikle dünyada yaşlı nüfusun hızla artması ve önümüzdeki yıllarda yaşlılık nedeniyle bakıma muhtaç kişilerin artacağı tahminleri, ülkeleri USB sistemlerini yeniden düzenleme konusunda alarma geçirmiş durumdadır. Örneğin, Amerika'da "bebek patlaması" olarak adlandırılan 1946 ile 1964 arasında doğan nüfus, 2011 yılı itibarıyla 65 yaşına girmeye başlamıştır. 20 yıl içerisinde ikiye katlayacak bu nüfusun yanı sıra 80 yaş üzeri nüfusun da %110 oranında artacağı öngörülmektedir. Bu nüfus grubunun yaklaşık %70'inin hayatlarının belli bir noktasına USB hizmetlerine ihtiyaç

duyacağı belirtilirken, %40'ının da huzurevi bakımına gereksinim duyacağı tahmin edilmektedir (Calmus, 2013: 2).

Şekil 1.1.'de görüldüğü üzere, 2011 yılı verilerine göre, OECD ülkelerinde ortalama, 65 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %13'ü evde veya kurumda USB hizmeti almaktadır.



Şekil 1.1. 65 Yaş ve üzeri uzun süreli bakım yararlanıcıları, 2011 (veya en yakın yıl)
Kaynak: OECD Health Data 2013

1.3. Uzun Süreli Bakım Talebi

Uzun süreli bakım talebinin çok çeşitli nedenlerden dolayı artması mümkündür. Bunlar arasında, teknolojik ve tıbbi gelişmeler sonucu artan beklenen yaşam süresinin uzaması, doğurganlık oranlarında azalma eğilimi, göç faktörü, gelir dağılımındaki dengesizlik, aile yapısındaki değişimler, bakımın artan maliyeti ve tüketici beklentilerinin artması yer almaktadır.

1.3.1. Demografik eğilimler (beklenen yaşam süresi-doğurganlık oranı)

Yüksek gelirli ülkelerde, demografik yapı yirminci yüzyılın ortalarından bugüne önemli ölçüde değişmiştir. Ekonomik, sosyal ve tıbbi gelişmeler sonucu beklenen yaşam süresi artmış, bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alınmış ve doğurganlık oranı düşmüştür. Sonuç olarak, toplumun yaşlı kesimi giderek büyümüştür. Orta ve düşük gelirli ülkelerde de aynı demografik gelişmeler yaşanmış ama bu süreç yüksek gelirli ülkelere göre daha yavaş bir seyir izlemiştir. Ancak yapılan araştırmalarda, önümüzdeki 50 yıl içinde dünya genelinde nüfusun daha da yaşlanması beklenmektedir (Muiser ve Carrin, 2007: 8). Avrupa Komisyonu'nun (COM-0571, 2006) raporuna göre; Avrupalılara uzun bir hayat yaşamak için fırsat veren demografik yaşlanma (yani yaşlıların oranındaki artış) tarihte görülmemiş şekilde ekonomik, sosyal ve tıbbi ilerlemelerin üzerinde olmuştur (EC, 2008: 4).

Bakım yararlanıcılarının büyük bir kısmını bakıma muhtaç yaşlıların oluşturduğunu düşünürsek, gelecekte USB harcamalarını etkileyecek ana unsurun yaşlı nüfusundaki artışın olacağını belirtmek yanlış olmayacaktır. Robine ve diğerlerine (2005) göre bu artış, bir taraftan mutlak ve göreceli yaşlı nüfustaki artıştan, diğer taraftan yaşa bağlı engellilik oranındaki değişimlerden etkilenmektedir (Fernandez, 2010: 715). Gelecekte artacak olan bu yaşlı nüfusun içinde engelliliğin ne kadar yaygın olup olmayacağı önemli bir husustur. Çünkü artan yaşlı nüfusun USB hizmeti talebindeki artışlar, engellilik oranlarındaki yaşanacak muhtemel düşüşü dengeleyemeyecek derecede fazla olabilir. Dolayısıyla, asıl mesele bu grubun ileride yaşayacağı ilave yılların engelsiz olarak geçirilip geçirilemeyeceğidir. Unutulmaması gereken bir diğer önemli husus da uzayan yaşam süreleri ile birlikte kronik hastalıkların yükünün de doğru orantılı olarak artmakta olduğudur (OECD, 2013a: 13).

Demografik yaşlanma ve toplumsal değişimler mutlaka USB hizmetlerine olan talebin artması anlamına gelmemektedir. Talebi arttıran asıl unsur beklenen yaşam

sürelerinin artması ve buna bağlı olarak engelliliğin ve bakıma muhtaçlığın artmasıdır (EC, 2008: 4-5).

Tablo 1.1. OECD ülkelerinde beklenen yaşam süresi

Ülkeler	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Avustralya	80,9	81,1	81,4	81,5	81,6	81,8	82,0
Avusturya	79,4	79,9	80,2	80,5	80,4	80,7	81,1
Belçika	79,1	79,5	79,9	79,8	80,1	80,3	80,5
Kanada	80,1	80,4	80,7	80,8	81,0	-	-
Şili	77,9	78,4	77,8	77,8	78,8	79,0	78,3
Çek Cum.	76,1	76,7	77,0	77,3	77,4	77,7	78,0
Danimarka	78,3	78,4	78,4	78,7	79,0	79,3	79,9
Estonya	72,7	73,0	73,0	74,1	75,0	75,7	76,3
Finlandiya	79,1	79,5	79,6	79,9	80,1	80,2	80,6
Fransa	80,3	80,9	81,2	81,3	81,5	81,8	82,2
Almanya	79,4	79,8	80,0	80,1	80,3	80,5	80,8
Yunanistan	79,2	79,6	79,5	80,0	80,3	80,6	80,8
Macaristan	73,0	73,5	73,6	74,2	74,4	74,7	75,0
İzlanda	81,6	81,2	81,5	81,7	81,8	82,0	82,4
İrlanda	79,4	79,7	79,7	80,1	80,2	81,0	80,6
İtalya	80,8	81,4	81,5	81,8	82,0	82,4	82,7
Japonya	82,0	82,4	82,6	82,7	83,0	82,9	82,7
Kore	78,5	79,1	79,4	79,9	80,4	80,6	81,1
Lüksemburg	79,5	79,3	79,5	80,6	80,7	80,7	81,1
Meksika	74,0	74,1	74,2	74,1	74,0	74,1	74,2
Hollanda	79,5	79,9	80,3	80,5	80,8	81,0	81,3
Yeni Zelanda	79,8	80,1	80,2	80,4	80,8	81,0	81,2
Norveç	80,3	80,6	80,6	80,8	81,0	81,2	81,4
Polonya	75,1	75,3	75,4	75,7	75,8	76,4	76,9
Portekiz	78,1	78,9	79,1	79,3	79,6	79,8	80,8
Slovakya	74,2	74,4	74,5	74,9	75,3	75,5	76,1
Slovenya	77,4	78,3	78,3	79,1	79,3	79,8	80,1

Kaynak: OECD Health Data 2013

Tablo 1.1. Devam

Ülkeler	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
İspanya	80,4	81,2	81,2	81,5	81,8	82,2	82,4
İsveç	80,7	81,0	81,1	81,3	81,5	81,6	81,9
İsviçre	81,4	81,7	82,0	82,2	82,3	82,6	82,8
<i>Türkiye</i>	<i>73,1</i>	<i>73,4</i>	<i>73,7</i>	<i>73,9</i>	<i>74,1</i>	<i>74,3</i>	<i>74,6</i>
İngiltere	79,2	79,5	79,7	79,9	80,4	80,7	81,1
ABD	77,4	77,7	77,9	78,1	78,5	78,7	78,7

Kaynak: OECD Health Data 2013

Tablo 1.1.'de verilen OECD ülkelerinde beklenen yaşam sürelerine bakıldığında, ülkelerde her geçen yıl beklenen yaşam sürelerinin arttığı görülmektedir. Örneğin, Almanya'da beklenen yaşam süresi 2005 yılında 79,4 iken 2011 yılında 80,8'e ulaşmıştır. Benzer şekilde 2005 yılında İspanya ve Estonya'da sırasıyla 80,4 ve 72,7 olan beklenen yaşam süreleri, 2011 yılında sırasıyla 82,4 ve 76,3 olmuştur. Estonya, Kore, Portekiz ve diğer bazı Avrupa ülkeleri ile Türkiye kıyaslandığında, beklenen yaşam süresinin Türkiye'de daha az arttığı gözlemlenmektedir. 2005 yılında 73,1 olan beklenen yaşam süresi, Türkiye'de 2011 yılında 74,6 olmuştur. Genel olarak değerlendirilirse, OECD ülkelerinde 1960 yılından bu yana ortalama 8 yıl artan beklenen yaşam süresinin 2050 yılına kadar 6 yıl daha artacağı tahmin edilmektedir (EC, 2008: 5).

Collerton ve diğerleri (2007), beklenen yaşam sürelerindeki değişikliğin engellilik veya kronik hastalıklara yakalanma olasılığındaki azalma yerine genellikle uzun süreli sağlık problemi bulunan bireylerin yaşam sürelerinin uzamasına işaret ettiğine değinmektedir (Fernandez, 2010: 715). Başka bir ifadeyle, yaşam süresindeki artış, sağlıklı yaşam süresine eş değer olmamaktadır ve bu da bireylerin USB hizmetlerine olan ihtiyacını/talebini arttırmaktadır.

Beklenen yaşam süresinin yanı sıra doğurganlık oranı da USB talebini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Ülkelerde doğurganlık oranının nüfusun yenilenme

seviyesi (replacement level) ve demografik yaşlanmanın altında olması, yaşlı ve ileri yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artmasına neden olmaktadır. Yaşlı nüfusun genç nüfusa göre bakıma muhtaç hale gelmesi daha olası olduğundan USB talebinin de bu doğrultuda artması kaçınılmazdır. 2050 yılına kadar 65 yaş ve üzeri bireylerin sayısının yaklaşık %77 artacağı tahmin edilirken, düşük doğurganlık oranı nedeniyle çalışabilir nüfusun (15-64 yaş) ise yaklaşık %16 azalacağı düşünülmektedir. Yine 2050 yılına kadar, çalışabilir nüfusa (15-64 yaş) oranla bakıma muhtaç yaşlı oranının (65+ yaş) ikiye katlayacağı tahmin edilmektedir (EC, 2008: 5).

Tablo 1.2. OECD ülkelerinde doğurganlık oranı

Ülkeler	1980-85	1990-95	2000-05	2010-15	2020-25	2030-35	2040-45	2050-55	2060-65
Avustralya	1,91	1,86	1,75	1,88	1,87	1,86	1,86	1,86	1,86
Avusturya	1,60	1,48	1,38	1,47	1,57	1,66	1,71	1,76	1,79
Belçika	1,60	1,61	1,68	1,85	1,89	1,91	1,93	1,94	1,95
Kanada	1,63	1,69	1,52	1,66	1,74	1,79	1,82	1,84	1,86
Şili	2,67	2,55	2,00	1,83	1,77	1,77	1,79	1,80	1,82
Çek Cum.	2,01	1,66	1,19	1,55	1,71	1,80	1,86	1,89	1,91
Danimarka	1,43	1,75	1,76	1,88	1,91	1,92	1,93	1,94	1,95
Estonya	2,09	1,63	1,39	1,59	1,71	1,79	1,84	1,86	1,88
Finlandiya	1,69	1,82	1,75	1,85	1,87	1,88	1,89	1,89	1,90
Fransa	1,87	1,72	1,88	1,98	1,98	1,99	1,99	1,99	1,99
Almanya	1,46	1,30	1,35	1,42	1,50	1,57	1,62	1,66	1,69
Yunanistan	1,96	1,37	1,28	1,52	1,61	1,69	1,74	1,78	1,80
Macaristan	1,82	1,74	1,30	1,41	1,53	1,62	1,69	1,74	1,77
İzlanda	2,23	2,19	1,99	2,08	2,00	1,93	1,90	1,88	1,87
İrlanda	2,76	1,91	1,97	2,00	1,99	1,98	1,98	1,97	1,97
İsrail	3,13	2,93	2,91	2,91	2,69	2,49	2,33	2,19	2,08
İtalya	1,54	1,28	1,25	1,48	1,61	1,70	1,76	1,80	1,83
Japonya	1,75	1,48	1,30	1,41	1,54	1,63	1,69	1,74	1,78
Kore	2,23	1,70	1,22	1,32	1,46	1,57	1,65	1,71	1,75
Lüksemburg	1,47	1,66	1,65	1,67	1,74	1,78	1,82	1,84	1,85
Meksika	4,25	3,16	2,54	2,20	1,94	1,80	1,74	1,74	1,76
Hollanda	1,52	1,58	1,73	1,77	1,81	1,84	1,86	1,87	1,88
Yeni Zelanda	1,97	2,07	1,95	2,05	1,94	1,88	1,84	1,83	1,83
Norveç	1,69	1,89	1,81	1,93	1,93	1,94	1,94	1,94	1,94

Kaynak: OECD Health Data 2013

Tablo 1.2. Devam

Ülkeler	1980-85	1990-95	2000-05	2010-15	2020-25	2030-35	2040-45	2050-55	2060-65
Polonya	2,33	1,89	1,27	1,41	1,53	1,62	1,69	1,74	1,77
Portekiz	2,01	1,51	1,45	1,32	1,38	1,49	1,58	1,65	1,71
Slovakya	2,27	1,87	1,22	1,39	1,52	1,61	1,68	1,73	1,77
Slovenya	1,87	1,36	1,23	1,50	1,60	1,68	1,73	1,77	1,80
İspanya	1,88	1,28	1,29	1,50	1,63	1,71	1,77	1,81	1,83
İsveç	1,64	2,01	1,67	1,92	1,95	1,97	1,98	1,99	1,99
İsviçre	1,54	1,54	1,41	1,53	1,62	1,69	1,74	1,77	1,80
Türkiye	4,07	2,87	2,33	2,05	1,89	1,80	1,76	1,75	1,77
İngiltere	1,78	1,78	1,66	1,89	1,89	1,90	1,90	1,90	1,90
ABD	1,80	2,03	2,04	1,97	1,98	1,98	1,99	1,99	1,99
OECD34	2,04	1,83	1,65	1,74	1,77	1,80	1,82	1,85	1,85

Kaynak: OECD Health Data 2013

Tablo 1.2.'de OECD ülkelerinde 5 yıllık aralıklara verilen doğurganlık oranlarına bakıldığında, genel olarak bir azalma eğilimi gözlemlenmektedir. Tabloda yer alan 34 OECD ülkesinin ortalama doğurganlık oranı 1980-85 yılları için 2,04 iken bu oran 2010-15 aralığında 1,74; 2060-65 aralığında ise 1,85 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye için doğurganlık oranı OECD ortalamasının daha aşağısında kalarak 1980-85 yıllarında 4,07; 2010-15 yıllarında 2,05; 2060-65 yıllarında ise 1,77 olarak verilmiştir. Öte yandan Almanya'ya bakıldığında 1980-85 yıllarında 1,46 olan doğurganlık oranının 2010-15 yıllarında 1,42'ye gerilemiştir. Aynı şekilde 1980-85 ve 2060-65 yıllarında İspanya'da bu oranın 1,88'den 1,83'e düşeceği görülmektedir.

Beklenen yaşam sürelerindeki artış ve doğum oranlarındaki azalma, önümüzdeki yıllarda ülke nüfuslarındaki yaşlı bireylerin sayısı artarken genç nüfusun, yani çalışabilir nüfusun, azalacağı anlamına gelmektedir. Bu demografik gelişmelerin sonucu olarak USB talebinin giderek artması kaçınılmaz olurken, bakım sistemleri üzerindeki artan baskı ile birlikte harcamaların da artarak ülke bütçeleri ve kişiler üzerindeki etkileri hissedilir derecede önemli olacaktır.

Gelecek yıllar içinde gerçekleşmesi beklenen USB'ye ihtiyacı belirlemek amacıyla DSÖ tarafından diğerlerinden farklı bir çalışma yapılarak, 2000 ve 2050 yılları arasında bağımlılık/bakıma muhtaçlık oranları (dependency ratios) tahmin edilmiştir. Çalışmanın diğer çalışmalardan farkı ise bağımlılık/bakıma muhtaçlık yaş yerine engellilik düzeyi ile ilişkilendirilmiştir. Bağımlılık oranları yaş grupları arasında iki set halinde hesaplanmıştır. Her iki sette de oranlar hesaplanırken toplam bağımlı kişi sayısı, 15-59 yaş aralığındaki nüfusa bölünmüştür. İlk set, 1990 yılında DSÖ'nün gerçekleştirdiği “Küresel Hastalık Yüğü” (Global Burden of Disease-GBD) çalışmasındaki iki ağır engellilik kategorisine dayanırken, ikinci set ise yine aynı çalışmadaki üç engellilik kategorisine dayanmaktadır.¹ Söz konusu çalışma, ülkeleri yüksek gelirli, orta gelirli ve düşük gelirli olmak üzere üç gruba ayırmıştır. Buna göre, elde edilen oranlar aşağıdaki Tablo 1.3.'de verilmiştir (WHO, 2007: 13-14).

Tablo 1.3. Bağımlılık oranları, 2000 ve 2050

	Engellilik Kategorisinin Sayısı	Yıl	Ülke Grubu Ortalaması	En Düşük Oran	En Yüksek Oran
Yüksek Gelirli Ülkeler	2	2000	7,6	6,4	9,9
		2050	11,8	8,4	17,3
	3	2000	11,5	9,2	13,6
		2050	17,3	12,2	23,6
Orta Gelirli Ülkeler	2	2000	8	6,5	11,6
		2050	11,4	8,2	17,3
	3	2000	11,3	9,3	15,8
		2050	16,1	11,4	23,6
Düşük Gelirli Ülkeler	2	2000	8,9	6,9	10,4
		2050	10,3	7,5	12,8
	3	2000	12,4	10,3	14,5
		2050	13,8	10,5	16,8

Kaynak: WHO (2006), *Country profiles on long-term care*. Geneva: World Health Organization

¹ Oranların hesaplanmasında kullanılan yöntemlere ilişkin detaylı bilgi için, bkz. Current and future long-term care needs (WHO, 2002a).

Tablo 1.3.'de görüldüğü üzere, üç ülke grubunda da 2000-2050 yılları arasında bağımlılık oranlarının artacağı tahmin edilmektedir. Bu artış yüksek ve orta gelirli ülkelerde daha belirgin olurken, düşük gelirli ülkelerde ise artışın daha yavaş seyretmesi beklenmektedir. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bir başkasının yardımına duyulan ihtiyaç olarak tanımlayabileceğimiz bağımlılığın artması, bakıma muhtaç engellilerin artmasına neden olacak, bu da önümüzdeki yıllarda USB talebini arttıracaktır.

1.3.2. Enformal bakımda azalma

Demografik değişimlerle birlikte aile üyeleri, arkadaş, akraba veya komşu tarafından sağlanan enformal bakım da USB talebinde önemli bir role sahiptir. Çeşitli nedenlerle toplumda giderek azalan enformal bakım kaynakları, devlet veya devletin kontrolündeki özel sektör tarafından sağlanan formal bakım talebinde artışa neden olmaktadır. Enformal bakım üzerine son yıllarda yapılan çalışmalar (Lethbridge, 2007; Wiener, 2003), bakıma muhtaç bireylerin genellikle formal bakım alma tercihleri ile sahip oldukları enformal bakımın mevcudiyeti arasında ters orantı olduğunu göstermektedir. Ülkelerde mevcut durumda ne derecede enformal bakımın sağlandığı tam olarak ölçülemese de, yapılan çalışmalar (Amo vd., 1999; Andersson vd., 2003; Wanless vd., 2006) birçok ülkede enformal bakımın değerinin, formal bakım hizmetlerinin değerini fazlasıyla aştığını göstermektedir (Fernandez, 2010: 716).

Önümüzdeki yıllarda OECD ülkelerinin çoğunda USB'ye muhtaç kişi başına düşecek olan enformal bakıcı sayısının azalacağı tahmin edilmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden biri, mevcut demografik verilerin birçok ülkede bakıma muhtaç yaşlı nüfusunun, potansiyel enformal bakıcı olan genç nüfusa göre daha hızlı arttığını göstermesidir. Enformal bakımın ileride daha az olacağına işaret eden diğer faktörler arasında; toplumda kadının değişen rolü, kadınların istihdama katılım oranının artması (Allen ve Perkins, 1995), artan boşanma oranı nedeniyle tek kişilik hane sayısının

artması, ailelerin az çocuğa sahip olması ve göç unsurlarını sayabiliriz (Fernandez, 2010: 716). Yüksek gelirli ülkelerde bu faktörlerin etkileri daha şiddetli olsa da aile üyelerinin veya kadınların bakıma muhtaç bireylere daha yaygın olarak baktığı düşük veya orta gelirli ülkelerde de bu etkiler oldukça önemli olacaktır. Ayrıca enformal bakımda, bakım sunan aile üyesi veya kadının zaman ve emek harcaması gerektiğinden, bunun aileye getireceği finansal yük de göz önünde bulundurulması gereken hususlardandır.

1.3.3. Beklentilerin artması

Yapılan birçok araştırma toplumların zenginleştiğini göstermektedir. Örneğin, Pennsylvania Üniversitesi tarafından dünya ülkelerinin göreceli ekonomik büyüklüğünü ölçmek amacıyla yapılan “Penn World Tables” isimli çalışmada, dünyada yaklaşık 4,9 milyar insanın Gayri Safi Yurt İçi Hasılası (GSYİH) 50 yılda en az beş kat artan ülkelerden birinde yaşadığı belirtilmektedir (Kenny, 2013: 1). Dünya nüfusunun yaklaşık 7 milyar olduğunu düşünürsek, bu nüfusun büyük çoğunluğunun (yaklaşık %70’inin) zenginleştiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bu zenginleşme dolaylı olarak USB talebini arttırmaktadır. Toplumların zenginleşmesiyle, bireyler daha kaliteli ve daha duyarlı USB sistemleri talep etmektedir. İnsanların hasta odaklı ve hizmetlerin iyi koordine edildiği bir bakım sistemi talebi, ekonominin en temel konularından olan arz/talep dengesi çerçevesinde değerlendirildiğinde, ülkelerin karşılamak durumunda kalacağı arzı doğuracaktır (OECD, 2011: 38).

Yaşlı birey sayısının artması ve diğer bireylere göre oy kullanma eğilimlerinin daha fazla olmasına bağlı olarak yaşlı bireylerin siyasi ağırlıklarının artması ile devletler yaşlı bireylerin USB ihtiyaçlarının karşılanması konusunda daha fazla hassasiyet göstermektedir (Fernandez, 2010: 716). Bir diğer önemli nokta ise, geleceğin yaşlı nüfusunu oluşturacak olan bugünkü genç veya orta yaşlı nüfusun daha eğitilmiş ve bilinç düzeyi yüksek olduğudur. Bu bir yandan bireylerin daha bilinçli ve sağlıklı yaşlanacağı anlamına gelirken, bir görüşe göre USB hizmetleri açısından beklentilerin daha fazla

olacağına işaret etmektedir. Artan siyasi farkındalık, daha fazla gelire sahip ve daha talepkâr bir neslin oluşturacağı yaşlı nüfus ile pekişecek olup USB hizmetlerinin arzı da artacaktır.

1.3.4. Uzun süreli bakım maliyetlerinin artması

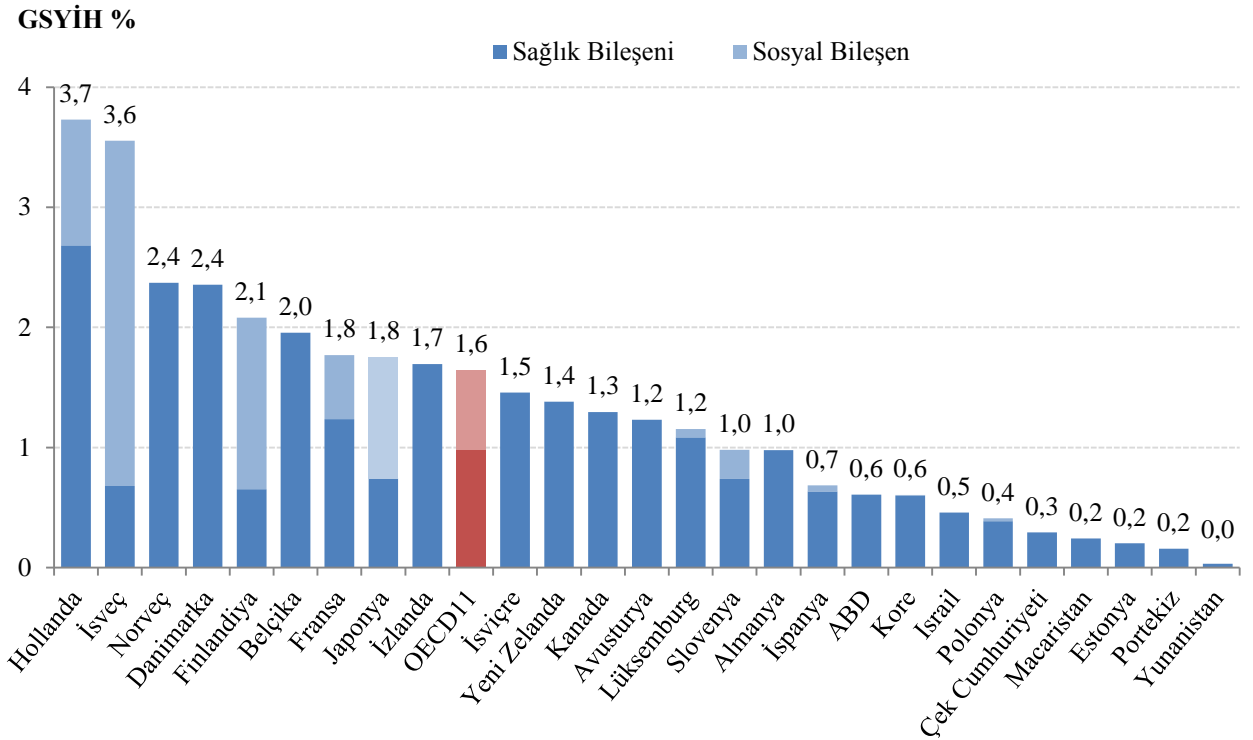
Uzun süreli bakımın emek yoğun bir alan olması ve temel kişisel bakım hizmetlerinde yenilik ve verimlilik iyileştirmeleri için imkanların nispeten sınırlı olması nedenleriyle USB hizmetlerinin birim başına düşen maliyeti, genel enflasyon oranının üzerinde, genellikle ücretler doğrultusunda, bir artış eğilimindedir. Curtis (2009)'e göre örneğin, 2003/4 ve 2008/9 dönemleri arasında İngiltere'de USB hizmetlerinin bedelinin perakende satış fiyatlarına göre %5 daha fazla arttığı tahmin edilmiştir (Fernandez, 2010: 717).

Wanless ve diğerleri (2006) ile Wittenberg ve diğerleri (2004) İngiltere'de gelecekteki sosyal bakım harcamalarını tahmin etmeyi amaçlayan çalışmalarında, USB hizmetlerinin uzun vadeli yıllık birim maliyetinin fiyatlar genel düzeyinin en az %2 üzerinde olacağını varsaymıştır. Enflasyon etkisinin yanı sıra beklentilerin ve hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesi yönündeki taleplerin artmasına bağlı olarak da USB hizmetlerinin birim maliyetinin artması beklenebilir (Fernandez, 2010: 717).

Uzun süreli bakım maliyelerinin giderek artmasını etkileyen bir diğer faktör de hizmetin sağlanması için gerekli olan kaynakların giderek çeşitlenerek daha karmaşık hale gelmesidir. Uzun süreli bakım yararlanıcıları tarafından hali hazırda sıklıkla kullanılan yürüteç, beyaz baston, tekerlekli sandalye gibi yaygın ve nispeten maliyeti düşük destek teknolojilerinin yanı sıra son yıllarda teknolojinin gelişmesi ve kullanıcı beklentilerinin artmasına bağlı olarak gelişen ileri teknolojik ürünlerin (ör. acil alarm sistemi, ilaç hatırlatma cihazı) ve yeni hizmet modellerinin (ör. ev adaptasyonları,

binaların fiziksel erişilebilirliği) yaygınlaşması totalde USB maliyetinin artmasına neden olacaktır.

Şekil 1.2.'de, 2011 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde kamu tarafından yapılan USB harcamalarının GSYİH'ye oranı gösterilmektedir.



Şekil 1.2. Kamu uzun süreli bakım harcamalarının (sağlık ve sosyal bileşenleri) GSYİH'ye oranı (%), 2011 (veya en yakın yıl)
Kaynak: OECD Health Data 2013

Not: OECD ortalaması sadece USB'ye ilişkin sağlık ve sosyal bileşenlerini raporlayan 11 ülkeyi kapsamaktadır.

Şekil 1.2'den de anlaşıldığı üzere OECD ülkelerinde kamu USB harcamalarının GSYİH'ye oranı ortalama %1,6'dır. 2011 yılı verilerine göre en yüksek kamu USB harcamaları Hollanda (%3,7) ve İsveç'e (%3,6) ait olup, bu iki ülkenin harcamaları OECD ortalamasının yaklaşık iki katıdır. Bu denli yüksek harcamalar yapan ülkelerde,

dünyada yaşanan ekonomik krizin de etkisiyle artan bütçe açıklarını kapatmak amacıyla son yıllarda bazı kemer sıkma politikalarının uygulanmaya başladığı belirtilmektedir. Özellikle, Hollanda son birkaç yıl içinde artan bütçe açığını kapatmak amacıyla bir dizi ekonomik politikalar uygulamaktadır. Bu doğrultuda, 2015 yılına kadar özellikle emeklilik, sağlık ve uzun süreli bakım alanlarında harcamaların azaltılması yönünde köklü reformlar yaparak bütçe açığını kapatmaya çalışmaktadır (OECD, 2012: 17).

BÖLÜM II

UZUN SÜRELİ BAKIM SİSTEMİ VE TASARIMI

2.1. Uzun Süreli Bakım Hizmetleri

Uzun süreli bakım hizmetleri ülkeler tarafından çeşitli şekillerde sunulmaktadır. Bu bağlamda sunulan hizmet modelleri için kullanılan kavramlar da farklılık gösterebilmektedir. Hatta bazı durumlarda kapsamı ve sunulma şekli aynı olan bir hizmet için iki farklı terim karşımıza çıkabilmektedir. Ancak genellikle bakıma muhtaç bireylere sunulan USB hizmetleri formal bakım ve enformal bakım olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Bu sınıflandırma bazı kaynaklarda; toplumsal bakım ve kurumsal bakım veya bunlara ek olarak enformal bakım şeklinde belirtilmektedir. Türkiye’de ise sunulan bakım hizmetleri daha çok resmi bakım ve resmi olmayan bakım şeklinde ifade edilmektedir. Ancak hizmetler nasıl adlandırılırsa adlandırılınsın, özünde USB kapsamında ülkeler tarafından sunulan hizmetler büyük ölçüde birbirinin aynısıdır. Sunulan hizmetlerin değişik kavramlarla veya kelimelerle nitelendirilmesi genellikle hizmetlerin yapılandırılma, finanse edilme ve uygulama yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Aşağıda detaylı bir şekilde değinilecek olan USB hizmetleri; bu çalışmada formal ve enformal bakım olarak iki grupta ele alınacaktır.

2.1.1. Formal Bakım

Formal bakım, herhangi bir kamu kurumunun veya özel sektörün çalışanları tarafından yaşlı/engelli bakım evleri gibi kurumlarda sağlanan bakım ile kişinin kendi evinde ya hemşire gibi profesyonel eğitilmiş bakıcılar ya da eğitim almamış bakıcılar tarafından sağlanan hizmetleri kapsamaktadır (OECD, 2005: 17). Bu tanımdan da

anlaşıldığı gibi, formal bakım hem evde bakımı hem de kurumsal bakımı içermektedir. Formal bakımın en temel özelliği hizmetlerin devlet, özel sektör veya kar amacı gütmeyen kuruluşlar gibi çeşitli kurum/kuruluşların kontrolü altında bulunmasıdır. Formal bakımda USB hizmetleri genellikle bir kuruma veya kuruluşa bağlı olarak çalışan; eğitilmiş, sertifika/lisans sahibi ve nitelikli profesyonel bakıcılar tarafından veya kişisel bakım çalışanı gibi yarı-profesyonel bakıcılar tarafından sağlanmaktadır. Bu bağlamda, profesyonel bakıcılar ücretli olarak çalışan (paid caregivers), çalışma mevzuatı ile sosyal hakları tanınan bireylerden oluşmaktadır. Bu tür bakıcıların görevleri mesleki yeterlilik standartlarına göre belirlenmekte ve bakım hizmeti ile ilgili sorumlulukları bir sözleşmeyle veya yasal belgeyle tayin edilmektedir (Triantafillou vd., 2010: 11). Dolayısıyla, formal bakım en temelde düzenlenmiş (regulated) bir bakım hizmeti ve uygulamasını içermektedir. Bu nedenle, formal bakım kapsamında yapılan harcamaların çoğu kamu harcamalarıdır ve devlet bütçesini doğrudan etkilemektedir.

Formal bakımı, sunulan hizmetlerin özelliklerine bağlı olarak “toplum temelli bakım” (community-based care) ve “kurumsal bakım” (institutional care) olmak üzere iki grupta incelemek mümkündür.

2.1.1.1. Toplum temelli bakım

Kurumsal bakım modelinin alternatifi olarak gelişen toplum temelli bakım, bakıma muhtaç bireyin ihtiyacı olan sağlık bakımı ve sosyal bakım hizmetlerini yaşadığı ortamda almasını sağlamaktadır. Artan sağlık harcamaları baskısı, profesyonel ve yarı-profesyonel bakıcı sayısının yetersizliği, bakıma muhtaç bireylerin USB bakım hizmetlerini evlerinde veya yaşadıkları ortamda alma tercihlerinin ön plana çıkması gibi nedenlerle ülkeler kurumsal bakım yerine toplum temelli bakıma daha çok önem vermeye başlamış ve USB politikalarını bu yönde değiştirmeye başlamıştır. Elbette toplum temelli bakımın hedefleri arasında; bakıma muhtaç bireyin onurunun ve saygınlığının korunması, yaşam kalitesinin artırılması, içinde yaşadığı ortamdan

kopmadan toplumsal hayatına devam etmesini ve bireyin mümkün olduğunca evinde, ailesi ve yakınlarıyla birlikte kalmasını sağlamak yer almaktadır (Oğlak, 2011: 119-120). Ayrıca, toplum temelli bakım hizmetlerinin finansal açıdan devlet bütçelerinde yarattığı olumlu etkiler nedeniyle ülkeler son yıllarda ağırlıklı olarak bu modele yönelmekte ve kurumsal bakımın maliyetini azaltmaya çalışmaktadır. Örneğin, 1980'lerin başında kurumsal bakımın çok yoğun olduğu Danimarka, yaklaşık 20 yıl içinde yeni kurumsal bakım merkezlerinin yapılmasını durdurarak toplum temelli bakımı yaygınlaştırmaya çalışmıştır. Bunun sonucunda, 1982 ve 1996 yılları arasında yaşlı bakım evlerinde yaşayan bireylerin sayısı %20'den %12'ye düşmüştür. Elde edilen tasarruflar sayesinde bakıma ihtiyaç duyan yaşlıların dörtte birine evde bakım ve toplum temelli bakım hizmetleri sağlamayı başarırken, 1982'de %2,6 olan USB'de kamu harcamalarının GSYİH içindeki payı 1994'te %2,3'e düşmüştür (Gibson, Gregory ve Pandya, 2003: 4). Danimarka'nın yanı sıra Avrupa Birliği (AB), Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Japonya, İsrail gibi birçok gelişmiş ülke; demografik, ekonomik, toplumsal ve kültürel yapıda ortaya çıkan değişiklikler ve talepler karşısında sosyal politikalarını ağırlıklı olarak kurumsal bakım hizmetlerinden, toplum temelli bakım hizmetleri yönünde değiştirmeye çalışmaktadır (Oğlak, 2011: 125).

Bununla birlikte, toplum temelli bakım hizmetlerinin üzerinde bu kadar durulması, kurumsal bakımın tamamen ortadan kaldırılmasına yönelik bir eğilim olduğu anlamına gelmemektedir (EC, 2008: 13). Ağır engelliler veya bakacak kimsesi olmayan bireyler için toplum temelli bakımın artık uygun bir seçenek olmadığı durumlarda, kurumsal bakım gerekli olmaktadır. Bu nedenle toplum temelli bakım hizmetlerinin bakıma muhtaç bireyin ihtiyaçlarına cevap veremediği hallere karşı kurumsal bakım hizmetleri muhafaza edilmelidir.

Toplum temelli bakım evde ya da ev dışında bireyin yaşadığı ortamlarda sunulan USB hizmetlerini kapsamaktadır. Bu kapsamda; evde bakım, gündüzlü bakım, düşkünlerevi, destekli yaşam tesisleri (assisted living facilities) gibi çok çeşitli hizmet modelleri ve uygulamaları mevcuttur. Bu çalışmada gelişmiş ülkelerde ön plana çıkan

üç farklı toplum temelli bakım hizmeti aşağıda detaylı bir şekilde ele alınacaktır; evde bakım, gündüzlü bakım ve evlere yemek servisi hizmetleri.

2.1.1.1.1. Evde (profesyonel) bakım

Uzun süreli evde bakım hizmetleri; günlük yaşam aktivitelerinde sürekli olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyan bakıma muhtaç engelliler, yaşlılar ve kronik hastaların kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sağlığını korumak, bakıma muhtaçlık derecelerinin daha da artmasını önlemek, hastalık veya engelliliğin ortadan kaldırılamadığı durumlarda da olabildiğince bağımsız yaşamalarına imkan verecek eğitim ve becerilerin kazandırılması amacıyla sunulan profesyonel düzeydeki hizmetlerdir (Oğlak, 2007: 101). Çalışmanın bu kısmında ele alınan evde bakım hizmetleri; aile üyeleri, akrabalar, arkadaşlar veya komşuların bakıma muhtaç bireye sunduğu bakım hizmetlerinden farklı olarak profesyonel düzeydedir ve USB sistemi içinde düzenlenmiştir. Aile üyesi, akraba, arkadaş veya komşu tarafından bakıma muhtaç bireyin kendi evinde sunulan bakım hizmetleri daha sonraki bölümde detaylı olarak ele alınacaktır.² Uzun süreli evde bakım hizmetleri; evde sağlık bakımı (önleyici, tedavi edici sağlık hizmetleri ile rehabilitasyon) ile evde sosyal bakım ve destek hizmetlerini kapsamaktadır. Bununla birlikte, evde bakım hizmetleri daha çok kişinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde sağlanan sosyal bakım ve destek hizmetleri ağırlıklıdır. Profesyonel düzeyde sunulan evde bakım hizmetleri genel olarak aşağıdaki gibidir (Oğlak, 2007: 101).

a. Hemşirelik hizmetleri: Bireyin evine düzenli veya belirli aralıklarla profesyonel hemşirelerin ziyaretleri ve evde hemşirelik hizmetleri,

² Detaylı bilgi için bkz. 2.4.2. Enformal Bakım.

- b.** *Destek sağlık hizmetleri:* Psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve meşguliyet tedavisi gibi bireyin hareketini ve evde birine muhtaç olmadan yaşamasına yardım edecek hizmetler,
- c.** *Kişisel bakım (öz bakım):* Bakıma muhtaç bireyin banyo yaptırılması, giyinmesine yardım vb. gibi günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardımcı olacak hizmetler,
- d.** *Ev işlerine yardım, ev düzeninin yeniden oluşturulması:* Evin temizlik, ütü ve alışveriş gibi hizmetlerine yardım hizmetleri ile daha güvenli yaşamayı sağlayacak ev düzeni değişikliklerinin yapılmasıdır. Örneğin, kapı, kilit onarımı, çatı onarımı, çıkış rampaları oluşturmak, banyo güvenliği oluşturmak, tekerlekli sandalyenin evde dolaşımındaki engelleri ortadan kaldırmak vb.
- e.** *Sosyal destek:* Bireyin alışverişine yardım, randevularına götürülmesi, faturalarının ödenmesi, sosyal faaliyetlere ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesini içeren hizmetler,
- f.** *Gıda ve beslenme hizmetleri:* Evinde yemek hazırlama ve pişirme işlevini yerine getiremeyenlere evlere yemek dağıtım hizmetleri, sağlık eğitimi vb.,
- g.** *Danışmanlık hizmetleri:* Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile bireyin istek ve şikayetlerinin ele alındığı hizmetler,
- h.** *Bakıcılar için destek hizmetleri:* Evde bakımı üstlenen gerek enformal bakıcılar gerekse para karşılığında hizmet sunan formal bakıcılara

sağlanacak hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler, iki şekilde verilmektedir. Birincisi; Geçici Bakım (Respite care): Bakıcıların belirli dönemlerde dinlendirilmesi ya da izinli sayılması durumunda, söz konusu hizmetlerin geçici bir süre için kurumlarda (bakımevi benzeri yerlerde) verilmesidir. İkincisi; Bakıcı Destek Kuruluşları: Bu kuruluşlar, bakıcıların daha iyi hizmet vermelerini sağlayacak eğitim, bilgi, danışmanlık ve bakıcı hakları gibi temel konularda bakıcıların desteklenmesini hedeflemektedir.

Bütün bu hizmetlerden de anlaşıldığı üzere uzun süreli evde bakım, bakıma muhtaç birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel açıdan bütüncül olarak dikkate alınmasını gerektirdiği için multidisipliner bir ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bu doğrultuda, bakıma muhtaç bireyin gereksinimlerine göre doktorlar, hemşireler, ev ekonomistleri, sosyal çalışmacılar, psikologlar, fizyoterapistler, uğraşı terapistleri gibi farklı meslek grupları bakımda rol almaktadır. Ayrıca, bakımın bir parçası olarak bakım alan bireyin ve ailesinin bu sürece katılması etkililik açısından önem arz etmektedir. Evde bakımın yaygınlaştırılmasında, evde bakım hizmeti veren işgücünün artması, teknolojik gelişmeler ve USB sisteminin evde bakım hizmetlerini desteklemesi önemli rol oynamaktadır (Özer ve Şantaş, 2012: 97).

2.1.1.1.2. Gündüzlü bakım

Gündüzlü bakım hizmeti, gelişmiş ülkelerde engelli ve yaşlı bireyler için kurumsal bakıma alternatif olarak ortaya çıkmış ve zamanla büyük sayılara ulaşmıştır. Abraham (2000), gündüzlü bakımı “işlevsel kısıtlılıkları olan bireylerin fiziksel, duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış toplum temelli grup programları” olarak tanımlamaktadır (Aktaran: Lucas, Rosato, Lee ve Howell-White, 2002: 1). Gündüzlü bakım merkezleri USB sistemi içinde önemli bir bağlantı/geçiş noktasıdır. Oğlak (2011)’a göre, kurumsal bakım ve toplum temelli bakım arasında ara

çözüm alternatifi olarak gelişen gündüzlü bakım; kurumsal bakım merkezlerine gidişi geciktiren, güvenli ve sağlıklı bir ortam yanında sosyal katılımı sağlayan bir bakım modeli olmasının yanı sıra, maliyeti düşük bir hizmet modelidir.

Bazı kaynaklarda yarı-kurumsal bakım kapsamında değerlendirilen gündüzlü bakımın yanı sıra, aynı hizmetler gece bakımı olarak da sağlanmaktadır. Son yıllarda toplum temelli bakıma ve evde bakıma öncelik verilmesi ile yarı-kurumsal bakım ve geçici bakımın önemi, tam gün kurumsal bakıma kıyasla artmaktadır. Bakım kurumlarında tam gün olarak sağlanan USB, bakıma muhtaç bireyi evinden ve sosyal çevresinden bütünüyle uzaklaştırmasına karşılık, yarı-kurumsal ve geçici/kısa süreli bakım hizmetlerinde bakıma muhtaç bireyin alışkın olduğu sosyal ortamından koparılması söz konusu değildir. Bakıma muhtaç bireyin sağlık durumunda olumsuz gelişmeler görüldüğünde veya bakıcının gündüz veya gece çalışmak durumunda olması halinde, evde bakımın tam olarak sağlanması güçleştiğinden, bakıma muhtaç birey yarı-kurumsal (gece veya gündüz) bakım hizmetleri sunan kurum/kuruluşlardan yararlanmaktadır (Seyyar ve Orhan, 2008: 7).

2.1.1.1.3. Evlere yemek servisi hizmeti (meals-on-wheels)

Yeterli ve dengeli beslenme bütün insanlar için önemli olmasına karşın özellikle günlük yaşam aktivitelerinde bir başkasının yardımına ihtiyaç duyan bakıma muhtaç bireylerin sağlığının ve yaşam kalitesinin korunması açısından hayati öneme sahiptir. (Graham vd., 2010; Elia ve Smith, 2009) İngiltere’de yaşlıların % 25’inde kötü beslenme sorunu olduğu ve özellikle evinde yaşayan yaşlıların % 93’nde kötü beslenme bulgularına rastlandığı belirtilmektedir (Akataran: Oğlak, 2011: 12). Yetersiz beslenme bakıma muhtaç bireyin mevcut sağlık durumunun kötüye gitmesine neden olabileceği gibi bir başka hastalığın veya engelliliğin ortaya çıkmasına da yol açabilmektedir. Bu çerçevede, son yıllarda gelişmiş ülkelerde devlet, yerel yönetimler, yardım kuruluşları ve gönüllüler tarafından finanse edilen evlere yemek servisi hizmeti (meals-on-wheels);

bakıma muhtaç bireylere ücretsiz veya düşük maliyetli beslenme menüleri sağlamaktadır. Bu sayede yeterli ve dengeli beslenme ile yeni hastalıkların ve istenmeyen durumların ortaya çıkması önlenmiş olmaktadır (Oğlak, 2011: 12).

Evinde yaşayan ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan bakıma muhtaç bireylere sağlanan yemek servisi hizmetleri aynı zamanda sağlık harcamalarının azaltılmasına önemli katkı sağlamaktadır. Örneğin, İngiltere’de hastalıkla ilişkili kötü beslenmeye bağlı kamu harcamalarının sağlık ekonomisi üzerindeki etkisinin büyük olduğuna dikkat çekilmiş ve Ulusal Sağlık Sistemi (National Health System - NHS) içinde; herkes için yüksek kaliteli bakım stratejisi geliştirilerek beslenme ve tedavinin önemine yönelik düzenlemelere yer verilmiştir (Oğlak, 2011: 12).

Evlere yemek servisi hizmetinin bir diğer faydası da bakıma muhtaç bireyle kurulan iletişim sayesinde yalnızlık duygusunun giderilmesinde oynadığı roldür. Birçok çalışma sonuçları (Timonen ve O’Dwyer, 2010: 7; Sorophire Council, 2010; Graham vd., 2010), evlere yemek servisi hizmetinden yararlanan yaşlılar ve engellilerin, kendilerini daha güvende ve daha az yalnız hissettiklerini ve sosyal ilişkilerinin artmasına da büyük katkı sağladığını göstermektedir (Aktaran: Oğlak, 2010: 213).

2.1.1.2.Kurumsal bakım

Kurumsal bakım; bireylerin ağır derecede bakıma muhtaç olması, bakıma muhtaç bireye evinde bakacak kimsenin olmaması veya olduğu halde değişik psiko-sosyal, fizyolojik ve fiziki sebeplerden dolayı bakım sorumluluklarını yeterince yerine getirememesi gibi durumlarda bakıma muhtaç bireyin kurumsal bakım altına alınmasını ifade etmektedir (Seyyar ve Orhan, 2008: 7). Devlet, özel sektör veya kar amacı gütmeyen kuruluşlara bağlı kurumlarda bakıma muhtaç bireylere sunulan formal bakım hizmetleridir. Kurumsal bakım; bakım evleri, bakım yurtları, huzurevleri gibi kurumlarda bakım alan bireylere 7 gün 24 saat sunulan USB hizmetlerini içermektedir.

Bu yerler aynı zamanda bakıma muhtaç bireyin yaşadığı yer haline gelmektedir. Bu nedenle, kurumsal bakım; ayrı odalarda bile olsa aynı tesislerde ikamet eden veya ortak yaşam alanlarını paylaşan bir grup insanın bakımının ve konaklamasının gerçekleştiği kurum ve yaşam düzenlemeleri olarak da ifade edilebilir (Bettio ve Verashchagina, 2010: 69). Ancak, geçici bakım veya kısa-sürelilik bakım bu tanımlamanın dışında kalmaktadır.

18. ve 19. yüzyıllardan itibaren, formal bakım hizmetlerinin ana çerçevesi, engellileri kurumlara yerleştirerek hizmet sunmak olmuştur. 1960'lı yıllara kadar zihinsel, bedensel, ruhsal ve duyuşsal engeli olan bireyler gelişmiş ülkelerde genelde ayrılmış yatılı kurumlarda yaşamaktaydı. Gelişmekte olan ülkelerde de zaman zaman uluslararası sivil toplum kuruluşları tarafından benzer şekilde kurumlar oluşturulmuş fakat sektör, yüksek gelirli ülkelerle kıyaslandığında oldukça küçük kalmıştır. Bu dönemlerde, engellilerin ihtiyaçlarının akıl hastanelerinde veya yatılı kurumlarda karşılanmasının insancıl olduğu düşünülse de bu hizmetler yoğun bir şekilde eleştirilmiştir. Bu hizmetlerden yararlanan bireylerin özerklikten yoksun kaldığı, toplumdan soyutlandığı ve hatta insan hakları istismarları ile sık sık karşılaştığı ileri sürülmüştür. Bütün bu sorunlar, dünya genelinde engelli bireylerin daha fazla hürriyet ve topluma katılım fırsatı sunan toplum temelli hizmetleri talep etmelerine neden olmuştur (WHO, 2011: 145).

Günümüzde ise dünyada, bakıma muhtaç birey sayısının artması ve USB giderlerinin hızla artması yeni hizmet modelleri arayışlarını gündeme getirmiştir. Ülkeler hem bireylerin ihtiyaçlarına uygun en iyi bakım önerileri geliştirme hem de oldukça pahalı olan kurumsal bakım modelinden, maliyet etkin bakım modellerine doğru yönelme eğilimindedir. Bu nedenle birçok ülke günümüzde, daha önceden geliştirmiş olduğu formal kurumsal bakım sistemleri yerine hem bakım yararlanıcılarının istekleri ve beklentilerine daha çok hitap eden hem de daha az maliyetli olarak kabul edilen evde formal USB lehine politika ve uygulamalar geliştirmektedir (EC, 2012: 19).

Formal bakım kapsamında verilen hizmetlerin maliyetlerinin karşılatırılması açısından genel bir bilgi vermek amacıyla, aşğıdaki tabloda bazı Avrupa ülkelerinde hizmet türlerine göre kişi başı birim maliyetin GSYİH içindeki payı gösterilmektedir. Avrupa Komisyonu Ekonomik ve Finansal İşler Genel Müdürlüğü tarafından yapılan araştırma kapsamında, AB üyesi ülkelerin sadece yarısı birim maliyetini hesaplamaya yardımcı olacak veriyi sağlamış olup, İsveç ve Birleşik Krallık için veri kısmen ayrıştırılmış bilgilerin derlenmesiyle üretilmiştir.

Tablo 2.1. Formal bakım türüne göre birim maliyet, kişi başına GSYİH'nin yüzdesi olarak, 2010

Ülke	Kurumsal Bakım (%)	Evde Bakım (%)	Nakit Para Yardımı (%)
Belçika	102	14	/
Almanya*	67	22	/
İspanya	81	25	15
Fransa	183	30	/
İtalya	123	39	29
Letonya	107	10	43
Litvanya	30	16	9
Lüksemburg	69	25	22
Macaristan*	28	2	/
Hollanda	98	14	/
Avusturya	/	/	16
Polonya	89	56	/
Slovenya	59	30	30
Finlandiya	75	56	6
İsveç*	77	77	6
Birleşik Krallık*	150	54	23
EU-27	106	36	24

Kaynak: Lipszyc ve diğerleri (2012)

* Bu ülkeler için gri hücreler detaylı harcamalara ilişkin eksik bilgi olduğunu göstermektedir (sadece faydalanıcı sayılarına ulaşılabilmektedir).

Tablo 2.1.'de görüldüğü gibi, kurumsal bakım evde bakıma göre çok daha maliyetlidir. Bu nedenle, kurumsal bakımın evde bakıma göre daha yoğun bir şekilde uygulandığı ülkelerin kamu USB harcamalarının GSYİH içindeki payı oldukça fazladır. Evde bakıma kıyasla kurumsal bakım hizmetlerini yoğun bir şekilde uygulayan Hollanda, USB harcamalarının GSYİH'ye oranı en yüksek ülkelerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bütün alternatifler tüketildikten sonra, eğer bakıma muhtaç bireyin durumu kurumsal bakımı gerektiriyorsa, bu bakım toplumsal değer ve normlara uygun olarak bakım alan bireylerin sosyal içerme ve katılıma imkan verecek bir topluluk ortamında sağlanmalıdır. Genel olarak formal bakımın öncelikli amacı, bireylerin mümkün olduğunca kendi evlerinde veya yaşadıkları ortamda bakım alması, ihtiyaç olması durumunda da uygun bir kalite seviyesinde kurumsal bakımın sağlanmasıdır (EC, 2008: 19).

2.1.2. Enformal bakım

Enformal bakım; her zaman olmasa da genellikle bakıma muhtaç birey ile hali hazırda sosyal bir ilişki içinde olan eş veya diğer aile üyesi, akraba, arkadaş, bağımsız gönüllüler veya komşu gibi enformal bakıcılar tarafından evde sunulan USB hizmetleridir (OECD, 2005: 17; WHO, 2002a: 3; WHO, 2002b: 9). Bir başka deyişle enformal bakım; hasta, engelli veya yaşlılara günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede aktif olarak destek olan, onları izleyen ve gözeten veya sosyal etkileşimde bulunan yakınları tarafından, profesyonel kapasitede olmayan şekilde verilen bakımı içermektedir. Bireyin ne derecede enformal bakım fırsatının olup olmadığı büyük ölçüde bireyin sahip olduğu sosyal destek ağına bağlıdır. Bu nedenle, enformal sistem sadece kendisi ile ilgilenecek yakın akrabası, arkadaşı veya komşusu olan bireyler için geçerlidir. Aksi takdirde, bakıma muhtaç bireye enformal bakım sağlayacak birisinin olmaması durumunda, formal bakım ihtiyacı oluşmaktadır (Guo ve

Castillo, 2012:215). Enformal bakıcılar emeğine karşılık genellikle herhangi bir ücret almazlar (unpaid). Formal bakımdan farklı olarak herhangi bir yasa ile düzenlenmemiştir (unregulated) ve profesyonel sağlık bakımı eğitimleri yoktur (University of California, 2006: 23). Enformal bakım daha çok gönüllülük esasına dayanmakta veya bakım sunan bireyin bakım alan bireye karşı kendini sorumlu hissetmesi ve dolayısıyla kendisi için temel bir ailevi görev olarak görmesinden kaynaklanmaktadır (Oğlak, 2007).

Türkiye’de de dünyada olduğu gibi bakıma muhtaç bireylerin bakım ihtiyacı ağırlıklı olarak enformal bakım ile gerçekleşmektedir (WHO, 2002b: 19). Örneğin, LaPlante ve diğerlerinin 2002 yılında yaptığı çalışmada ABD’de USB alan toplam nüfusun sadece %16’sı için bakım parası (32 milyar dolar) ödenirken, geriye kalan %84’lük kısmın enformal bakımdan faydalandığı belirtilmiştir (University of California, 2006: 21). Resmi olmayan bakım, evde bakım veya aile üyesinin sunduğu bakım gibi farklı şekillerde adlandırılmasına karşın “evde (profesyonel) bakım” hizmetinden ayırt edilebilmesi ve enformal bakımın aile üyeleri dışında diğer kişiler tarafından sunulabilmesi nedeniyle, bu çalışmada literatürde yaygın olarak kullanılan “enformal bakım” (informal care) kavramı tercih edilmiştir. Çalışmanın takip eden bölümlerinde, Türkiye’de yaygın olarak kullanılan (profesyonel olmayan) evde bakım kavramı ve bakıma muhtaç bireye sağlanan bakım karşılığında aile üyesine devlet tarafından ödenen evde bakım ücreti enformal bakım kapsamında değerlendirilecektir.

Enformal bakıcılar tarafından gerçekleştirilen görevler genellikle formal bakım kapsamında sunulan hizmetlere benzemekle birlikte harcanan zaman bakımından değişmektedir. Kişisel bakım ve ilaç verme gibi formal bakıcıların görevlerinin çoğunluğunu oluşturan görevler, enformal bakıcılar tarafından küçük oranlarda sağlanmaktadır. Örneğin, Maher ve Green (2002) formal bakıcıların temel görevlerinden biri olan kişisel bakımın, enformal bakıcıların dörtte birinden daha azı tarafından sunulduğunu belirtmektedir (Beesley, 2006: 4). Office for National Statistics’e (2004) göre yemek yapma/hazırlama, alışveriş, çamaşır yıkama ve hareket etmede yardım gibi görevler enformal bakıcıların gerçekleştirdiği bakımın çekirdeğini oluşturmaktadır

(Beesley, 2006: 4). Enformal bakıcıların çoğu aynı zamanda bireye göz kulak olma ve onu yalnız bırakmama rolünü de üstlenmektedir.

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de enformal bakım, büyük çoğunlukla aile bireyleri tarafından verilmektedir. Bu durum, sadece ekonomik nedenlerden değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel nedenlerden ve bakıma muhtaç bireyin bakımının ailenin temel bir görevi olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır. Bu doğrultuda, bakım veren aile üyelerinin ise büyük ölçüde kadınlardan (eş, kız, gelin) oluştuğu görülmektedir (Oğlak, 2007: 102; WHO, 2002b: 19). Birçok Avrupa ülkesinde enformal bakımın sıklığı, yaklaşık %80-90 arasında değişmektedir (Oğlak, 2007; University of California, 2006). Ancak, kadınların çalışma yaşamına katılımlarının artmasıyla birlikte bakıma muhtaç bireylere sunulan enformal bakımın yerini, belirli bir ücret karşılığında çalışan bakıcılar ya da formal bakım seçeneği almaktadır (Oğlak, 2007: 102).

Glendinning ve diğerleri (2004), enformal bakımın iki nedenden dolayı önemli olduğunu belirtmektedir. Birincisi, enformal bakımın dünya çapında en baskın olan bakım modeli olması; ikincisi, enformal bakımın diğer USB hizmetlerinin finansman şekillerinden nitelik olarak farklı olmasıdır. Bakıcılar açısından gizli maliyetler doğurmasına rağmen, genellikle enformal bakım USB sistemlerinde “maliyetsiz” kaynak olarak görülmektedir (Stone, 2000; Glendinning, vd., 2004). Buna ek olarak, birçok kaynakta enformal bakımın bakıma muhtaç bireye sunulacak destekler arasında (formal bakım, profesyonel evde bakım veya bakım ücreti verildiği durumlarla karşılaştırıldığında) en ucuz yöntem olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Chawla vd., 2007). Evde bakım hizmetinde olduğu gibi enformal bakım da evde sağlandığından barınma için herhangi bir finansmana gerek kalmamaktadır. Ayrıca, enformal bakıcıları desteklemek amacıyla verilen ücretler genellikle evde sağlanan profesyonel bakım veya kurumsal bakım için ödenen miktardan daha azdır. Enformal bakımın bir diğer avantajı da bakıma muhtaç bireyin tercihleri yönünde olmasıdır, yani bireyin yaşadığı çevreden uzaklaşmadan evinde kalmasını mümkün kılmasıdır.

Ancak, Chawla ve diğeri (2007) enformal bakımın yönetiminin örgütsel bakımdan zor olduğuna dikkat çekmektedir. Bakımın esas ve unsurlarında yaşanan koordinasyon eksikliği ve enformal bakıcıların USB sistemi veya genel sağlık sistemi içinde entegrasyonunun olmaması bunun en önemli nedenlerindedir (Leichsenring, 2004). Ayrıca, enformal bakıcılar genellikle hizmetlerin uygun olarak nasıl sunulacağı noktasında yeterince eğitime sahip değildir. Bunun yanı sıra, bakıcıların kendileri bakım sunamayacak kadar hasta olduklarında veya bakıma ara verip mola vermeye gereksinim duyduklarında, genellikle bakıma muhtaç bireyi bırakabileceği bir yerin veya geçici bakım tesislerinin mevcut olmaması da enformal bakımın dezavantajlarından biridir (Chawla vd., 2007: 196).

Bütün bu sorunlara rağmen, enformal bakımı daha avantajlı olarak görülmesi ve önemsenmesi nedeniyle ülkeler enformal bakıcılara çeşitli destekler sağlamak için bir takım programlar ve politikalar geliştirmektedir. Ayrıca, bakım yükünün gelecekte ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkılamayacak boyutlara ulaşacağı öngörüldüğünden, gelişmiş ülkeler sosyal politikalarını şekillendirirken enformal bakımın desteklenmesini hedef alan yasal düzenlemelere yer vermektedir (Oğlak, 2007: 102). Nitekim, bazı İskandinav ülkeleri 1980'lerde enformal bakıcılara ödeme yapmaya başlamıştır. Danimarka ve Norveç, yakınlarına düzenli olarak evde bakım sağlayan akraba ve komşulara, yaptıkları harcamaları karşılamak için ödeme alma hakkı tanımıştır. Finlandiya'da ise enformal bakıcılar yerel yönetimlerden ve emeklilik aylıklarından sabit bir ücret almaktadır. 1990'lı yıllarda, Avusturya, Almanya ve Lüksemburg dahil olmak üzere diğer ülkeler de USB yararlanıcılarına enformal bakım hizmeti satın alabilmeleri için nakit ödeme yapmaya başlamıştır. Yine 1980'lerde Danimarka'da, yaşlı bireylerin evlerine yerel yönetimler tarafından alarm sistemleri takılmıştır. Ayrıca, hemşireler düşme gibi potansiyel riskleri değerlendirmek için 75 yaş ve üzeri bireylerin hanelerini yılda iki kez ziyaret etmektedir. Hollanda'da evde bakım sunucuları, enformal bakıcılara psiko-sosyal rehberlik, danışmanlık ve yönlendirici ve bilgilendirici destek vermektedir. Bu tür girişimleri güçlendirmek için Hollanda hükümeti 2001 yılında 10 milyon Avro kaynak ayırmıştır. Birçok benzer girişimler,

sayıca ve ayrılan kaynak bakımından daha sınırlı olsa da Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Polonya gibi ülkeler tarafından da gerçekleştirilmektedir (Chawla vd., 2007: 196-197). Sosyal politikalarında enformal bakıcıları desteleyen düzenleme ve uygulamalara yer veren diğer ülkeler arasında İngiltere, İsveç, Almanya, Avusturya, Avustralya, Kanada ve Japonya'yı da sayabiliriz (Chawla vd., 2007; Oğlak, 2007; Glendinning vd., 2004).

Wiener (2001) ise enformal bakıcılara yardım etmek amacıyla bazı ülkeler tarafından sunulan birtakım destek türlerinden bahsetmektedir (WHO, 2002b: 20). Bunlardan birincisi, "eğitim, öğretim, danışmanlık ve destek"tir. Bu kapsamda, bakım sunan bireye somut becerilerin kazandırılması ve destek grupları aracılığıyla duygusal danışmanlık verilmesi örnek olarak verilmektedir. Somut destekten kasıt örneğin, bakıcının kendi beline zarar vermeden engelli bireyi nasıl kaldıracağına ilişkin bilgilendirilmesidir. İkinci tür destek, bakıcıların geçici olarak rahatlama ve mola vermelerini sağlayacak olan "geçici bakım"dır. Üçüncüsü, "çalışma hayatındaki düzenlemeler"dir. Hasta yakınına bakım vermek zorunda kalan bireyin ücretsiz izne ayrılmasına imkan verecek yasalar da dahil iş-çalışma alanında kolaylık sağlayacak teşviklerin önemi vurgulanmaktadır. Dördüncüsü, enformal bakıcının bakım nedeniyle işini sık sık bırakmak durumunda kalması veya hiç çalışmaması durumunda, bu kişilerin üstlenmek zorunda kaldıkları göreve karşılık devletin bakım sunan kişinin emekliliğine ilişkin yaptığı düzenlemeleri içermektedir. Beşinci tür destek ise Pijl (2001) tarafından öne sürülen "finansal destek"tir (WHO, 2002b). Finansal destek; bakım görevi nedeniyle sınırlı geliri olan veya hiç geliri olmayan bireylere sağlanan gelir desteğini, bakım vermeye başlamasıyla bireyin yaşayacağı doğrudan gelir kaybını sübvans etmek amacıyla verilen gelir kaybı telafisi, ve maddi ihtiyaç veya ani gelir kaybı olmasa bile bakım veren bireyin doğrudan sunduğu hizmetin karşılığı olarak ödenen ücreti içermektedir. Bütün bu hizmetler, enformal bakım sağlayan bireyin bilgi ve duygusal düzeyini arttırmak, sunulan USB'nin yükünü azaltmak ve bu sorumluluğu üstlenenlere bir mali fayda sağlamak amacıyla tasarlanmaktadır.

2.2. Uzun Süreli Bakım Sisteminin Tasarımı

Önceki bölümde USB'nin tek bir tanımının bulunmadığı belirtilmişti. Avrupa ülkelerinin çoğunda daha yeni yeni bir sistem olarak ortaya çıkan USB konusunda, her ülkenin algısı ve yaklaşımı sahip olduğu kültürel, sosyal ve ekonomik yapısına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Uzun süreli bakımın nasıl tanımlandığı ve algılandığı, ülkelerin USB sistemlerine ve benzer şekilde sistem içinde sunulan hizmetlerine de yansımaktadır. Bu nedenle, hali hazırda ideal bir USB sisteminden bahsetmek mümkün değildir. Aslında ideal bir sistemin hiçbir zaman olmayacağını belirtmek yanlış olmayacaktır. Çünkü bu alandaki hizmetler ve ihtiyaçlar çok çeşitli olmasından ve sık sık değişmesinden ötürü dinamik bir yapıya sahiptir. Bununla birlikte, ideal olarak kabul edilebilecek bir sistemde mevcut olan veya bir sistemin başarılı olabilmesi için gerekli olan bazı temel özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler, 1991 yılında ABD'de gerçekleştirilen bir sempozyum sonucu ortaya çıkmış ve sonrasında Sürekli Bakım Konseyi (Continuing Care Council) ve Saint Joseph Üniversitesi, Uzun Süreli Bakım Yönetimi Enstitüsü (Long-Term Care Management Institute of Saint Joseph's College) tarafından geliştirilmiştir. Yeni bir USB sistemi tasarlarken kullanılmak üzere veya herhangi bir mevcut veya önerilen USB sistemini değerlendirmek üzere geliştirilen bu kriterler aşağıda alınmaktadır (Pratt, 2010: 35-63).

2.2.1. Uzun süreli bakım sisteminin tasarımı veya değerlendirilmesi için kriterler

Uzun süreli bakım sisteminin tasarımı ve değerlendirilmesinde geliştirilen kriterler aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır.

a) Uzun süreli bakım sistemi bireylerin ihtiyaç, hak ve sorumluluklarının tanınması esasına dayanmalıdır.

Tüketici odaklı olması: Uzun süreli bakımın mevcudiyeti ve kullanımı, bakım veya finansman sağlayıcıların ihtiyaçlarından ziyade bakım hizmetlerinden yararlanacak olan bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda belirlenmelidir.

Tüketicilerin tüm ihtiyaçlarını karşılaması: Uzun süreli bakım sistemi tüketici ihtiyaçlarını sadece kısmi olarak değil kapsamlı bir şekilde ele almalıdır. Aksi takdirde, sistem eksik olacak ve etkili olma özelliğini yitirecektir. Herhangi bir hizmetin sistemde yer almaması, hem tüketicinin arzu edilen sonucu elde edememesi ve bakım sürecinin uzaması hem de sistemin bu hizmeti fazla maliyetle, daha az etkin bir yöntemle telafi etmek zorunda kalmasına neden olacaktır.

Bireylerin kendine özgü ihtiyaçları olduğunu kabul ederek bireye odaklanması: Uzun süreli bakım sistemi, hizmetlerden yararlanan bireylerin psikolojik, sosyal ve maddi kısıtlılıklarını göz önünde bulundurulmasına imkan sağlayacak şekilde esnek olmalıdır. Örneğin, Alzheimer hastası birey, fiziksel engelli bireye göre daha farklı türde ve yoğunlukta hizmete ihtiyaç duymaktadır. Uzun süreli bakım sistemi bu ihtiyaçları teşhis edip ona göre hizmetlerin adaptasyonuna imkan verecek esneklikte olmalıdır. Hizmetlerin işlevsel kısıtlılığa göre belirlenmesinin ötesinde sistem ayrıca yaş, cinsiyet ve etnik farklılıkları da göz önünde bulundurmalıdır. Uzun süreli bakım sistemi bu farkların tümünü tanımalı ve onlara karşılık gelebilecek hizmetleri sağlama kapasitesine sahip olmalıdır.

Farklı kültür ve kültürel değerlere saygılı olması: İdeal bir sistem, kişilerin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla her bireyin kişisel ve kültürel tercihlerine hitap etmek için büyük çaba göstermelidir.

Tüketiciler için kaliteyi, insanlık onurunu ve kişisel gelişimi teşvik etmesi: Uzun süreli bakımın öncelikli hedefi, engelli ve yaşlı bireylerin daha tatmin edici ve üretken bir hayat yaşamaları için desteklenmesidir. Bu nedenle, USB sistemi saygı temeli üzerine inşa edilmelidir. Bunu yaparken de;

- Yaşlı ve engelli bireylere değer verilmesi,
- Konuya ilişkin pozitif yaklaşımın teşvik edilmesi,
- Bakım alan bireylerin yaşama ve topluma katkı sağlamalarına imkân verilmesi,
- İşlevlerin en yüksek düzeyde yerine getirilmesinin teşvik edilmesi.

Tüketici hak ve sorumluluklarını dengelemesi: Uzun süreli bakım hizmetlerinden faydalanan bireylerin ve ailelerinin bakım ile ilgili kararların verilmesi, yaşam tarzına ilişkin tercihlerde sorumluluk alınması ve uygun hallerde bakım finansmanına katılması da dahil olmak üzere bakım sürecine dahil olmaları teşvik edilmelidir.

Tüketicilerin, hizmet sunucuları ve hizmet sunum yöntemleri arasından tercih yapabilmesine imkan verilmesi: Bakımdan faydalanacak bireylerin hangi hizmet sunucusundan ve hangi hizmet türünden faydalanacağını seçme hakkına saygı duyulmalı ve bu hak teşvik edilmelidir.

b) Uzun süreli bakım sistemi kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.

Evrensel olarak erişilebilir olması: İdeal olarak, hizmetlerden sadece belli gruplar değil, USB'ye ihtiyaç duyan herkes yararlanabilmelidir. Hizmetten yararlanma hakkı öncelikle işlevsel kriterlere dayalı olmalıdır, mali kriterlere göre değil. Standart olarak belirlenmiş işlevsellik kriterleri çerçevesinde ihtiyaç duyan herkes hizmetlerden yararlanabilmelidir. Diğer bir ifadeyle, hizmetten yararlanmak isteyen herkes aynı kriterler üzerinden değerlendirilmeli ve eşit muamele görmelidir.

Kullanıcı dostu/kullanımı kolay olması: Uzun süreli bakım sistemi tüketiciler için karmaşık olmamalıdır. Onların kolay erişebilmesi ve kullanmasını sağlamak üzere minimal prosedür gerektiren, basit bir finansman ve onay sürecini içeren, aşırı gecikmelerin yaşanmayacağı bir sistem olmalıdır.

En az kısıtlayıcı ortamda bakım sağlaması: Uzun süreli bakım sistemi en uygun bakımı, yaşam kalitesini ve karşılanabilir maliyeti içerecek şekilde en iyi kombinasyonu sağlayan bir bakım uygulanmasına imkan tanımalıdır. En az kısıtlayıcı ortamı, kişinin bulunduğu sosyal çevrede iletişimi kısıtlanmadan maksimum yarar gözetilen ortam olarak ifade edebiliriz.

İhtiyaç duyulan bütün hizmetlerin tek çatı altında toplanması (single-site care): Uzun süreli bakım sistemi, bireyin bakımı için gerekli olan tüm hizmetleri mümkün olduğunca tek bir kurum, kuruluş veya yapıdan sağlayacağı şekilde dizayn edilmelidir. Örneğin, ihtiyaç duyduğu hizmetlerin tamamına ulaşabilmesi için birden çok kurum yerine sadece bir kuruma başvuru yapmasının yeterli olması, hem birey açısından hem de sistemin işleyişi açısından etkin olacaktır.

- c) **Uzun süreli bakım sistemi profesyonellerin, tüketicilerin, ailelerin ve enformal bakıcıların kaynaklarını koordine etmelidir.**

Profesyonellerin, tüketicilerin, ailelerin ve enformal bakıcıların çabalarını bütünleştirmesi: Uzun süreli bakımın sağlanmasına yönelik çeşitli kaynaklardan sağlanan desteklerden tam olarak faydalanılabilmesi için bu destekler iyi koordine edilmelidir.

Hizmetin sunumunda tıbbi modelden bütüncül (holistik) bir modele geçilmesi: Uzun süreli bakım sistemi, hem bakımın sunulmasında hem de problemlerin çözümünde tıbbi olmayan (nonmedical) personelin de geniş katılımını teşvik etmelidir.

Bakım hizmetlerine ailelerin dahil edilmesi: Uzun süreli bakım sistemi, resmi bakım planlarının ayrılmaz bir parçası olarak enformal bakıcılardan daha fazla yararlanmalıdır. Aileler evde bakımda olduğu kadar kurumsal bakımda da önemli rol üstlenmelidir. Aile üyelerinin ve profesyonel bakıcıların koordine ve işbirliği içinde olması oldukça önemlidir. Ayrıca, sistem bakım sunan aile üyelerine (family caregiver) gerekli desteği sağlayarak evde bakımı kolaylaştırmalıdır.

d) Uzun süreli bakım sistemi, entegrasyonu, verimliliği ve maliyet etkinliğini arttırmak için sağlık sisteminin ve sosyal sistemin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

Hizmetlerin süreklilik ve bütünlük içinde olması: Tüketiciler USB sistemi içinde hizmet kesintilerine uğramamalıdır. Bu kesintiler genellikle iki nedenden kaynaklanmaktadır. Birincisi, sistem içinde hizmetler planlanırken her bireyin özel ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulmamasından kaynaklanan yapısal sorunlardır. Bunu önlemek amacıyla son yıllarda belli bir kesime yönelik dizayn edilen uzmanlaşmış bakım merkezleri veya tesisleri yaygınlaşmaktadır. Hizmet kesintilerine neden olabilecek diğer bir unsur ise profesyonel personellerin eğitimi ve dağılımıdır. Örneğin, tam bir eğitim almış geriatri doktoru sayısı diğer alanlara göre çok daha azdır.

Tüketicinin ihtiyaçlarının tam ve düzgün bir şekilde değerlendirilmesi: Bireyin fonksiyonel ihtiyaçları esas alan bu değerlendirmeler hem hizmetten yararlanmak için yapılan başvuru aşamasında yapılmalı hem de hizmet boyunca sürekli bir şekilde devam etmelidir. Daha önce hizmetten yararlanma hakkının mali kriterlere göre değil, öncelikli olarak işlevsel kriterlere dayalı olması gerektiği belirtilmişti. Ancak bu, tüketicinin

bakım ihtiyacı değerlendirilirken mali katılımının olmayacağı anlamına gelmemektedir. Diğer bir ifadeyle, USB hizmetleri maliyetlidir; sistem bu maliyetlerin etkisini azaltmak için her türlü fırsattan yararlanmalıdır ve ödeme gücü olan tüketicilerin mali katkısına imkan sağlamalıdır. Ancak bunu sistem, USB hizmetinin sağlanıp sağlanmayacağına ilişkin yapılan ilk değerlendirme sırasında kullanmamalıdır. Sistem, tüketici tarafından yapılacak muhtemel bir mali katılımı ilk değerlendirme sonrasında, hizmetlerin nasıl finanse edileceğine karar verilirken dikkate alınmalıdır.

Sistemin ayrılmaz bir parçası olarak önleyici faaliyetlere vurgu yapılması ve bu faaliyetler için kaynak ayrılması: Önleyici hizmetler genellikle USB sistemlerinin bir parçası olarak görülmemesine rağmen, bu hizmetlerin böyle bir sisteme etkileri göz ardı edilmemelidir. Hastalık önleme çalışmaları ve bu çalışmaların başarı derecesi USB sisteminin geleceğinin şekillenmesinde önemli bir rol oynayacaktır. Sisteme etkileri kısa vadede hissedilmese de uzun vadede önemli sonuçlar verecektir.

Hizmetlerin dağılmasının önlenmesi ve verimsizliğin azaltılması için planlama ve koordinasyon yapılması: Uzun süreli bakımın etkili ve verimli olabilmesi için ilgili diğer alt sistemlerle birlikte genel bir sistem altında toplanıp bütünleştirilmesi gerekmektedir. Bunun bir diğer boyutu da yerel ve merkezi yapıların sistem genelinde koordineli bir şekilde yürütülmesi ile ilgilidir. Bu kapsamda, bir yaklaşıma göre USB hizmeti sağlayan kurum ve kuruluşlar arasındaki ilişki “bakım döngüsü” (continuum of care) olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımın ilk savunucularından olan Evashwick, sağlık sistemini ve sosyal sistemi kapsamlı ve bütünleşmiş bir bakım döngüsü olarak görmektedir. Evashwick (2005) bakım döngüsünü; hem hizmetleri hem de zaman içinde bakımı yoğunluğunun tüm seviyelerini kapsayan bir dizi sağlık, akıl sağlığı ve sosyal hizmetler aracılığıyla tüketicileri yönlendiren ve izleyen mekanizmaları içeren bütünleşmiş, tüketici odaklı bir sistem olarak tanımlamaktadır (Pratt, 2010: 21).

Sonuç odaklı hesap verilebilirliğe dayanması: Bunun için sistem aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır;

- Gereksiz evrak işlerinin azaltılması,
- Belgelendirme yerine daha çok sonuca odaklanılması,
- Sadece kalitenin denetlenmesi yerine hizmetlerin kalitesini iyileştirecek teşvik tedbirlerinin alınması,
- Sürekli geliştirilmesi ve standart uygulamalarının yapılması,
- Sonuç odaklı ve süreç odaklı izlenebilirliği sağlamaı,
- Yenilik ve pozitif değişimi teşvik eden esnek bir yapıda olması.

e) Uzun süreli bakım sistemi yeterli derecede ve adil bir şekilde finanse edilmelidir.

Hizmetlere herkes tarafından erişilebilmesi için kamu ve tüketici kaynaklarından yararlanılması: Mevcut durumda ve gelecekte bakıma ihtiyaç duyacak kişilerin hizmetlerden yararlanabilmesi için, özel kaynaklar da dahil, mevcut olan tüm kaynaklardan yararlanılmalıdır.

Tüketicilerin hizmetlerden ihtiyaçları doğrultusunda uygun ve maliyet etkin bir şekilde faydalanmalarını teşvik eden düzenlemelerin olması: Aşırı ve gereksiz kullanmaların önüne geçilerek sistemin toplam maliyeti kontrol altına alınmalıdır.

Mümkün olduğu durumlarda tüketicilerin kendi bakımlarını kendilerinin karşılamasını teşvik edecek tedbirlerin alınması: Tüketicilerin bakım ihtiyaçlarını kendilerinin karşılamalarını teşvik etmek için çeşitli çözüm önerileri geliştirilebilir, ancak bunun en önemli yollarından bir tanesi özel bakım sigortasıdır. Burada amaç sağlık sigortalarında olduğu gibi kamu tarafından finanse edilen USB harcamalarının miktarının azaltılmasıdır. Diğer bir teşvik yöntemi ise enformal bakıcılara sağlanan mali destektir. Örneğin, bakıma muhtaç bireye evde bakım sunan enformal bakıcıya devlet tarafından ödenen mali destek, o bireyin herhangi bir kurumda bakım alması durumunda

devlet tarafından ödenecek miktardan çok daha azdır. Görüldüğü üzere, USB sisteminde kamu harcamaları üzerindeki yükü azaltacak yaratıcı çözümler önerileri sistemin finansal olarak sürdürülebilir olması açısından oldukça önemlidir.

Mali açıdan standart bir yararlanma kriterinin olması: Finansal kriterler uygulanırken, bu kriterler belli standartlar çerçevesinde düzenlenmelidir. Daha önce finansal kriterlerin bireyin hizmetlerden yararlanıp yararlanmayacağı konusunda değil, yararlanacağı hizmetler için hangi tür finansal kaynağın sağlanacağı veya bireyin bakımı için gerekli olan finansal kaynağın miktarının belirlenmesinde kullanılması gerektiği belirtilmişti. Bu değerlendirme yapılırken kullanılacak standartlar her tüketici için adil olacak şekilde kapsamlı olmalıdır.

f) Uzun süreli bakım sistemi tüketicilerin, hizmet sunucularının ve idarecilerin bilgilendirilmesini sağlamak için bir eğitim bileşeni içermelidir.

Toplumun bilgilendirilmesi: Hangi hizmetlerin sunulduğu, hizmetlerde sınırlılıkların neler olduğu ve bu hizmetlere nasıl ulaşılabileceği gibi USB'a ilişkin bilgiler toplumla paylaşılmalıdır.

Hizmet sunucularının eğitilmesi: Uzun süreli bakım sistemi içinde doktorlar ve diğer ilgili profesyonellere yönelik USB hizmetlerine yönelik eğitim programları geliştirilmeli ve özellikle geriatri alanında daha fazla eğitim verilmelidir. Ayrıca, bakıma muhtaç engelli ve yaşlıların ihtiyaç duydukları USB hizmetinin tespit edilmesinde rol alan veya bakım alma sürecinde ihtiyaç duyabilecekleri tüm hizmetlerde görev yapan personellerin eğitimi de çok önemlidir. Örneğin, bir diş hekiminin genellikle zihinsel engelli bir bireye uygulayacağı tedavi ve izleyeceği yöntemler engelli olmayan bireylere göre daha farklıdır. Dolayısıyla, diş hekiminin bu işlemin aşamalarını bilmesi ve hastasını ona göre tedavi etmesi için gerekli eğitimler verilmelidir.

Gençlerin ve sağlıklı bireylerin kronik hastalıklarla mücadeleye hazır olmaları için eğitilmesi: Kronik durumların gençler ve sağlıklı bireyler tarafından daha iyi anlaşılması, hastalığın kendilerinde veya aile üyelerinde olduğunda daha kolay kabullenilmesi ve mevcut kaynakların daha bilinçli kullanılması açısından önemlidir.

Yukarıda sayılan kriterlerden her biri tek başına önem arz etmesine karşın hepsi bir bütün olarak ele alındığında ancak optimum/ideal bir sistemi temsil etmektedir. Söz konusu kriterler incelendiğinde bazılarının tekrarlandığı ve diğer kriterlerle örtüştüğü görülmektedir. Dolayısıyla USB'de olması gereken bazı özelliklerin ne kadar önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu kriterler aynı zamanda USB sisteminin nasıl ölçülmesi gerektiğini gösteren genel ilkeler olarak ifade edilmektedir (Pratt, 2010: 36).

BÖLÜM III

UZUN SÜRELİ BAKIM FİNANSMANI VE ÜLKE ÖRNEKLERİ

3.1. Uzun Süreli Bakım Finansmanı

Daha önceki açıklamalarda demografik dönüşüm, enformal bakımda azalma, yararlanıcı beklentilerinin ve maliyetlerin artması gibi nedenlerle USB talebinin giderek arttığına değinilmiştir. Bakıma muhtaç birey sayısının giderek artması ve beraberinde artan talep, USB harcamalarının ülke bütçeleri üzerinde önemli ölçüde baskı yaratmasına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar, hali hazırda ülke politikalarının gündemlerinde önemli bir yeri olan bakıma muhtaçlık riskinin en önemli sosyal risklerin başında geldiğini belirtmekte ve bu tablonun gelecekte çok daha önemli sonuçlar doğuracağını göstermektedir (Wittenberg vd., 1998). Fernandez ve diğerleri (2009), USB harcamalarının birçok ülkede GSYİH içindeki payının önemli ölçüde artacağını tahmin edildiğini bildirmekte olup, OECD ülkeleri için bu artışın 2050 yılına kadar %2 ile %4 arasında olacağını belirtmektedir.

Uzun süreli bakım harcamalarının artış eğiliminde olması bizi USB finansmanı konusuna götürmekte ve USB harcamalarının nereden, nasıl gerçekleştirildiği, hangi yöntemlerin kullanıldığı, bu yöntemlerin avantaj ve dezavantajlarının neler olduğu ve finansman yöntemlerini değerlendirmek için ne tür kriterlerin kullanıldığı konularına değinmemizi gerektirmektedir.

3.1.1. Uzun süreli bakım finansmanı denklemi

Yıldırım (2012), Evans tarafından 1998 yılında ortaya konulan “finansman denklemi”nden faydalanarak sağlık finansmanı, sağlık harcamaları ve sağlık sigortacılığı arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışmıştır. Uzun süreli bakım finansmanının da sağlık sistemi finansmanı ile genel olarak aynı ilkeleri takip ettiği (Muiser ve Carrin, 2007: 30) göz önünde bulundurulduğunda, aynı değerlendirmenin USB finansmanı açısından da yapılmasının faydalı olacağı ve özellikle USB harcamaları ile sosyal sigorta arasındaki ilişkinin iyi anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ancak, USB harcamalarının çok çeşitli bileşenleri içermesi nedeniyle sağlık harcamalarına göre multi-disipliner bir yaklaşım gerektirdiğini ve çok daha karmaşık olduğunu da unutmamak gerekir. Buradan hareketle; USB finansmanı, USB harcamaları ve USB sigortacılığı arasındaki ilişkiyi aynı denklemle ifade edebiliriz. Buna göre, tüm gelirlerin toplamı, tüm harcamalara eşit olmalıdır. Bu da sistem kapsamındaki gelirlerin ve kârların toplamına eşit olmalıdır. Evans, söz konusu denklemi aşağıdaki gibi formüle etmiş ve bu denklemde bütçe açıklarının olmadığını varsaymıştır.

$$TV + SSK + KP + ÖSP = M \times F = GM \times GF$$

Bu denklem, *gelirin* [toplam vergi (TV), sosyal sigorta katkıları (SSK), doğrudan cepten yapılan harcamalar ve katkı payları (KP) ve özel sigorta primleri (ÖSP)] *harcamaya* [mal ve hizmetlerin miktarı (M) ile fiyatının (F) çarpımı sonucu] eşit olduğunu varsaymaktadır. Bu da USB hizmetlerini sunanların gelirlerine eşit olmalıdır [girdilerin miktarı ve karması (GM) ile bu girdilerin fiyatının (GF) çarpımı] (Yıldırım, 2012: 49; Mossialos vd., 2002: 3).

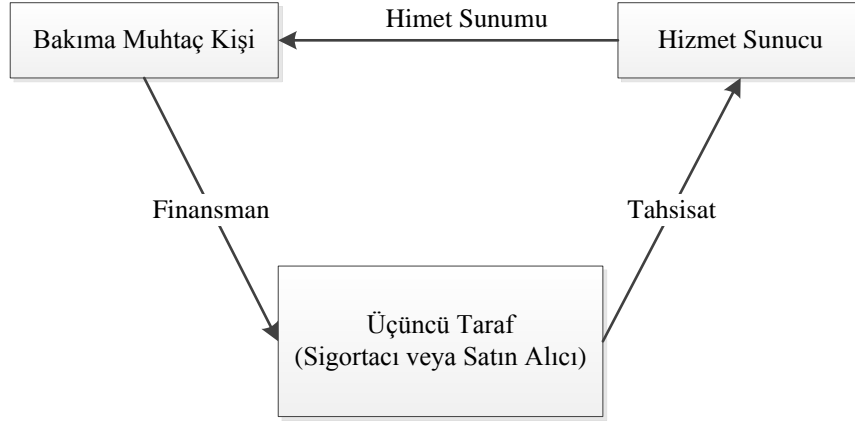
Sosyal sigorta ile özel sigorta sisteminin olmadığı durumda, anılan denklem aşağıdaki gibi belirtilebilir.

$$TV + KP = M \times F = GM \times GF$$

Bu durumda denklem, toplam vergi (TV) ve doğrudan cepten yapılan harcamalar ve katkı paylarından oluşan *gelirin*, mal ve hizmetlerin miktarı (M) ile fiyatının (F) çarpımı sonucu elde edilen *harcamaya* eşit olduğunu varsayacaktır. Bu da USB hizmetlerini sunanların gelirlerine eşit olmalıdır.

3.1.2. Uzun süreli bakım hizmetleri üçlüsü ve finansman

Uzun süreli bakım hizmetleri finansmanını basit bir şekilde tasvir etmek gerekirse, kaynakların transferi veya değişimi olarak ifade edilebilir. Buna göre, hizmet sunucuları USB kaynaklarını bakıma muhtaç kişilere, bakıma muhtaç kişiler veya üçüncü taraflar da finansal kaynakları hizmet sunuculara transfer ederler. Bir mal veya hizmet için kaynak transferinin en basit biçimi direkt ödemedir. Tüketici (ilk taraf) hizmet sunucuya (ikinci taraf) mal veya hizmet karşılığı olarak doğrudan ödeme yapar. Uzun süreli bakım sistemi kapsamında bakıma muhtaçlığın finansal riskine karşı nüfusa koruma sağlayan üçüncü taraf ödeyici mekanizması geliştirilmiştir. Üçüncü taraf, kamu kurumu veya özel kuruluş olabilir. Uzun süreli bakım hizmetlerinde üçüncü taraf ödeme mekanizmasının gelişmesi kısmen geleceğe ilişkin belirsizlik ve riskten ortaya çıkmıştır. Üçüncü taraf ödeme mekanizması genellikle risklerin paylaşılmasında rol oynamaktadır. Bu mekanizma aynı zamanda, kaynakların kişiler arası yeniden dağıtımına yarayan bir araçtır. Dolayısıyla, toplumda dayanışmanın sağlanması açısından önemlidir. Uzun süreli bakım hizmetlerini finanse etmek için üçüncü taraf, finansal koruma sağlayacağı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir elde eder. Daha sonra bu gelir, aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi bakıma muhtaç birey için veya hizmet sunucu için geri ödemede kullanılmaktadır (Yıldırım, 2012: 49; Mossialos vd., 2002: 3).



Şekil 3.1. Uzun süreli bakım hizmetleri üçlüsü ve finansman
Kaynak: Mossialos ve Dixon (2002)'den uyarlama (aktaran Yıldırım, 2012).

3.1.3. Uzun süreli bakım finansmanı fonksiyonları

Yıldırım (2012) tarafından sağlık sistemi için öngörülen üç temel fonksiyon genel olarak USB sisteminin finansmanı için de geçerlidir. Buna göre, USB sistemi finansmanının üç temel fonksiyonu; gelir elde etme, fon biriktirme (havuzlama) ve hizmetlerin satın alınması (tahsisat) olarak ele alınacaktır (Yıldırım, 2012: 50).

3.1.3.1. Gelir elde etme

Gelir elde etme süreci, spesifik olarak kimin ödeme yaptığı, yapılan ödeme tipi ve bu ödemeleri kimin topladığı ile ilgilidir. Gelir elde etme, birincil (bireyler, hane halkı ve şirketler) ve ikincil (hükümetler ve sivil toplum kuruluşları veya hayır kurumları) kaynaklardan elde edilen para hareketlerini ifade etmektedir. Söz konusu fonlar, sekiz temel mekanizma ile elde edilebilir: Cepten ödemeler, gelir temelli gönüllü sigorta, risk temelli gönüllü sigorta, zorunlu sigorta, genel vergiler, özel amaçlı vergiler, hükümet dışı kuruluşların bağışları ve hayır kurumlarından sağlanan transferler (Yıldırım, 2012: 50).

3.1.3.2. Fon biriktirme

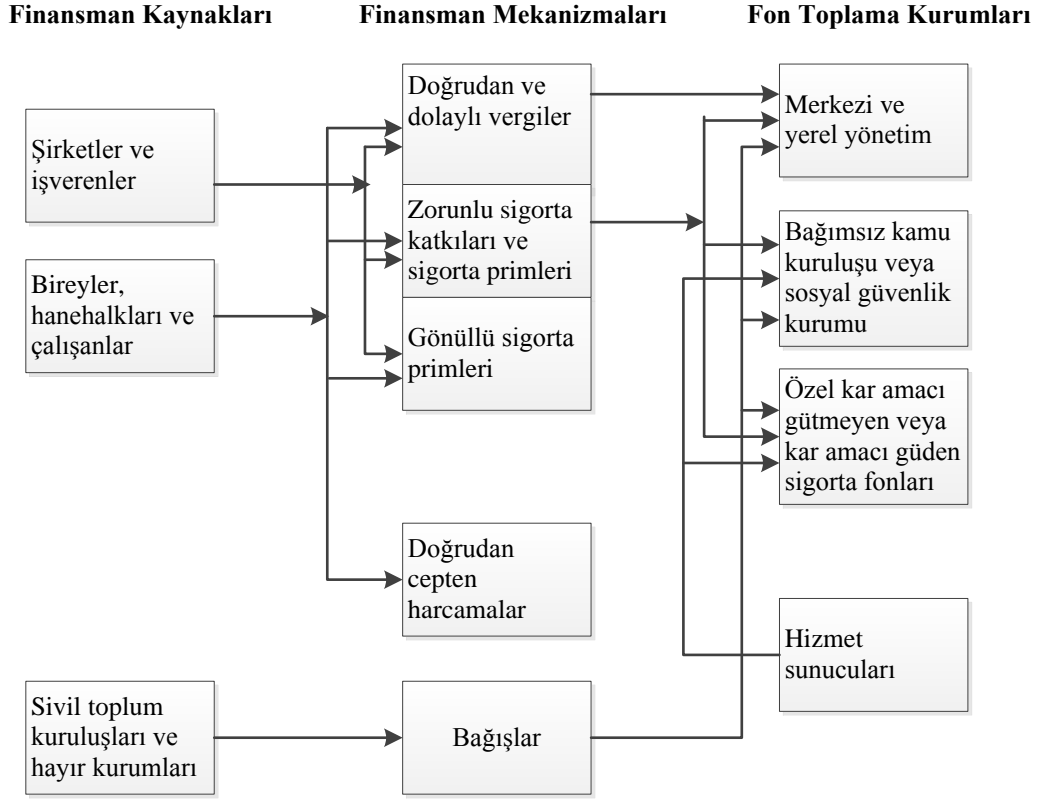
Fon biriktirme veya havuzlama, USB hizmetlerini finanse etmek amacıyla çeşitli kaynaklardan elde edilen fonların bir havuzda biriktirilmesi anlamına gelmektedir. Başka bir ifade ile fon biriktirme, bir nüfus adına ön ödemeli USB gelirlerinin birikimi olarak tanımlanabilir. Genel nüfus içinde finansal risklerin paylaşılması ve havuzlamasına olanak sağlaması nedeniyle fon biriktirme USB sisteminin finansmanında önemli bir fonksiyona sahiptir (Yıldırım, 2012: 50).

3.1.3.3. Satın alma (tahsisat)

Uzun süreli bakım hizmetleri finansmanında satın alma veya tahsisat çeşitli kaynaklardan elde edilen ve bir havuzda toplanan gelirlerin, bakıma muhtaç birey adına bireysel veya kurumsal hizmet sunucularına verdikleri hizmetler karşılığı transfer veya tahsis edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Kaynakların hakkaniyetli ve verimli kullanılması açısından bu tahsisatın toplumun ihtiyaçları ve öncelikleri göz önünde bulundurularak yapılması gerekmektedir (Yıldırım, 2012: 50).

3.1.3.4. Uzun süreli bakım finansman kaynakları

Yıldırım'ın (2012) çalışmasında öngörülen ve sağlık sistemi finansmanının iyi anlaşılmasını sağladığı düşünülen şekil, USB sistemi finansmanı için aşağıdaki gibi uyarlanmıştır. Buna göre, USB hizmetlerinde temel finansman kaynakları; bireyler, hane halkları, çalışanlar, işverenler, şirketler, hükümet dışı kuruluşlar ve hayır kurumlarından oluşmaktadır (Yıldırım, 2012: 51-54).



Şekil 3.2. Finansman kaynakları, finansman mekanizmaları ve fon toplama kurumları
Kaynak: Mossialos ve Dixon'dan (2002) uyarlama (aktaran Yıldırım, 2012).

Yıldırım (2012) çalışmasında önemli bir hususun altını çizerek, literatürde bazen finansman fonksiyonları, yöntemleri, kaynakları ve kuruluşları gibi kavramların birbirinin yerine kullanıldığını belirtmektedir. Yukarıdaki şekilde de görülebildiği gibi, bu kavramlar finansmanın birbiriyle iç içe geçen ve etkileşen temel boyutları olmakla birlikte, farklı kavramlardır. Finansman kaynakları; şirketler, işverenler, bireyler, hane halkları ve çalışanlar, hükümet dışı kuruluşlar ve hayır kurumlarından oluşmaktadır. Söz konusu bu kaynaklardan çeşitli mekanizmalar (yöntemler) kullanılarak fonlar elde edilir ve organize edilir. Bu mekanizmalar arasında; vergiler, zorunlu sosyal sigortalar, özel USB/sağlık sigortaları, doğrudan cepten ödemeler, borçlanma ve bağış yer almaktadır. Bu mekanizmalar aracılığıyla fonlar; merkezi veya yerel yönetimler, bağımsız kamu kurumları veya sosyal güvenlik kurumları, kar amaçlı veya kar amaçsız sigorta

kuruluşları veya doğrudan hizmet sunucuları (fon toplama kurumları) tarafından toplanmaktadır.

3.2. Uzun Süreli Bakım Finansman Yöntemleri

Birçok ülke tarafından USB konusuna ilişkin yapılan reformların, söz konusu riskin ortaya çıkmasından kaynaklanan finansman sorununun çözümüne yönelik olduğu görülmektedir (Chawla vd., 2007: 202). Ancak, Wittenberg ve Malley'nin de (2007) belirttiği gibi bir USB finansman sisteminin hedeflerinin, bir bütün olarak USB sisteminin hedefleri ışığında düşünülmesi gerektiğini unutmamak gerekir. Uzun süreli bakım alanında yapılan reformlar çok çeşitli olmakla birlikte özellikle, bakıma muhtaçlık riski ve sorununa karşı sosyal güvenlik sistemi içinde bakım güvencesini sağlayan modeller geliştirilmektedir (Seyyar, 2007: 283). Seyyar (2007) bakım güvencesini, bakım ihtiyacını finansman boyutuyla karşılayan bir sistem; başka bir deyişle bakıma muhtaç hale gelen bireye sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik sistemi içinde sağlanan bakım hizmetleri ve aynı-nakdi bakım destekleri veya yardımları olarak tanımlamaktadır. Birçok ülke, USB finansmanını çeşitli modeller üreterek çözmektedir. Wittenberg, Sandhu ve Knapp'ın (2002) çalışmasında kamu ve özel sektör sorumluluğu arasındaki dengelerin farklılık gösterdiği çeşitli finansman yöntemlerini ortaya koymaktadır.

- Özel tasarruflar (bireylerin kendi iradeleri ile yaptıkları birikimler veya kişisel mülklerin kullanımı),
- Özel sigorta, (emeklilik veya hayat sigortası ile bağlantılı veya bağımsız olarak özellikle kişilerin gönüllü olarak satın aldıkları özel sigorta),
- Kamu destekli özel sigorta (devlet tarafından yapılan para yardımı, vergi teşvikleri gibi),

- Genel vergilerle finanse edilen kamusal bakım güvencesi (genellikle ihtiyaca ve gelire bağılı olarak sunulan doğrudan hizmetler ya da nakit para yardımı şeklinde kamu sektörü desteğı),
- Primlerle finanse edilen sosyal sigorta.

Bu noktada, önemli olan soru riski kimin taşıdığıdır. Yukarıda belirtilen yöntemlerin, kamu sektörüne yüklenen riskin giderek arttığı bir şekilde sıralandığına dikkat çekmekte fayda vardır. Çalışmanın bu kısmında, söz konusu yöntemlerden kamu sektöründe yaygın olarak kullanılan primli model, primsiz model ve bu iki modelin birleşiminden oluşan karma model incelenecektir.

3.2.1. Primli model

Genel sağlık sigortası içinde veya bağımsız olarak müstakil bir USB sigortası ihdas edilerek bireylerin bakım ihtiyaçlarının giderildiğı finansman modelidir (Seyyar, 2007). Primli modelde; işçi, işveren, emekli ve devlet memurlarından almış oldukları ücretlerden belirli bir oranda primler kesilerek kaynak oluşturulmaktadır. Bu modelde, primi ödeyemeyecek derecede yoksul olan ve işsizler için devlet katkı yapıp onların adına prim ödeyebilmektedir (Ağören, 2009). Primler aracılığıyla finanse edilen bu model kapsamında, ihtiyaca ve prim oranına göre yararlanıcılara bakım hizmeti ve/veya nakit yardımı sağlanmaktadır. Bakıma muhtaç bireylerin finansman sorununu bu şekilde karşılayan ülkeler arasında Hollanda, Japonya, Kore, Lüksemburg ve Almanya yer almaktadır.

3.2.2. Primsiz model

Primsiz modelde, ülke genelinden toplanan vergilerle oluşturulan kaynaktan bakıma muhtaç bireylere yapılan harcamalar finanse edilmektedir. Bu model

kapsamında bakım hizmetinden kimlerin yararlanacağını ve yararlanılacak olan hizmetlerin miktarı ulusal düzeyde yasal düzenlemelerle belirlenmektedir. Genel olarak, bireyin bakıma muhtaçlık derecesi ve gelirin'e göre ücretli, ücretsiz veya kısmi katkı payı ile bakım hizmetlerinden yararlanacağı belirlenmektedir (Ağören, 2009; Seyyar, 2007). Bu modeli uygulayan ülkelerden bazıları Avusturya, İspanya, İskandinav ülkeleri ve Litvanya'dır.

3.2.3. Karma model

Primli ve primsiz modelin birleşimi olarak kurulan karma modelde ise bakıma muhtaç bireylerin sosyal bakım masrafları; işçi, işveren, emekli ve devlet memurundan almış oldukları ücretlerden belirli oranda kesilen primler ile ülke genelinden toplanan vergilerden karşılanmaktadır (Ağören, 2009). Gerçekte, her ülkenin USB harcamalarını hem primli hem de primsiz model ile karşıladığını söylemek yanlış olmayacaktır. Çünkü, sosyal sigorta uygulaması olan birçok ülke aynı zamanda bu sistemden yararlanamayan bireyler için genel vergilerle finanse edilen sosyal yardım programları uygulamaktadır. Ancak, primli ya da primsiz model uygulayan ülkeleri ifade ettiğimizde, asıl kasıt söz konusu ülkenin ağırlıklı olarak USB hizmetlerini hangi model ile finanse ettiğini belirtmektir.

Bakıma muhtaç bireylere sunulan USB'nin finansmanına yönelik farklı seçenekleri değerlendirmek üç temel sorunu doğurmaktadır (Fernandez vd., 2009: 1). İlk olarak, genel nüfus içinde gelecekte oluşacak USB hizmetleri talebi ve bunun sosyo-ekonomik yansımalarının değerlendirilmesi gerekmektedir. İkinci olarak, kamu kaynaklarının USB'nin finansmanında kullanılma gerekçesi (kamu sektörünün sorumluluğu) ve belirli bir ülke bağlamında bunun nasıl değişeceği. Son olarak, hakkaniyet ve etkinliğin mümkün olan en yüksek düzeyde olması için finansman düzenlemelerinin nasıl uygulanacağıdır.

Fernandez ve diğerlerine (2009) göre, Avrupa'daki veriler; enformal bakımdaki değişikliklerle birlikte nüfusun yaşlanması, bakım maliyetinin artması ve kalite, yoğunluk ve esneklik konusunda beklentilerin çoğalmasının USB sistemi kapsamında sunulan hizmetlerin sürdürülmesi veya arttırılması konusunda politika belirleyiciler için büyük zorluklara neden olabileceğini göstermektedir. Son yıllarda, USB konularının ülkelerin sosyal politika gündemlerinde giderek artan önemi, gelecekte çok daha belirgin hale gelecektir. Bakım talebinin artmasına bağlı olarak artan USB harcamalarının ülke bütçelerine önemli bir yük getirmesi kaçınılmaz olacaktır. Örneğin, OECD ülkelerinde bugün GSYİH içindeki payı %1'in biraz üzerinde olan USB harcamalarının, 2050 yılına kadar %2 ile %4 arasında olacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca, sadece 25 AB ülkesindeki 65 yaş ve üzeri nüfusun oranının 2007 yılında %17 iken 2040 yılına kadar %28'den fazla olacağı belirtilmektedir (Fernandez vd., 2009: 1). Bütün bu göstergeler ve yapılan tahminler, ülkeleri özellikle son yıllarda farklı arayışlara yöneltmiş ve USB hizmetlerinin sağlanmasında ve finansmanında giderek artan sayıda ulusal reformlar yapılmasına neden olmuştur. Elbette yapılan reformların temelinde “mali sürdürülebilirlik kısıtlamaları içinde USB hizmetleri için nasıl daha geniş ve daha adil bir erişimin sağlanacağı” sorusuna cevap aramak olmuştur (OECD, 2005). Bu çerçevede, ideal bir model olarak gösterilebilecek tek bir reformdan/düzenlemeden bahsetmek mümkün değildir. Her ülkenin USB'yi nasıl sağlayacağı ve finanse edeceği konusundaki sosyal politika tercihlerinde farklılık olmaktadır. Formal bakıma verilen önem, sosyal değerler, enformal bakım konusundaki gelişmeler/trendler ve kaynak kısıtları hangi finansman yönteminin benimseneceği konusunda büyük rol oynamaktadır (Fernandez vd., 2009). Dolayısıyla, finansman kaynakları, kamu ve özel sektör sorumlulukları, hizmetlerden yararlanma kriterleri ve sunuların hizmetlerin içeriği ve kapsamı gibi USB finansmanının farklı boyutları yapılan tercihler doğrultusunda çeşitlilik göstermektedir (Merlis, 2004: 1).

Kapsamlı bir USB sisteminin çeşitli hizmet türlerinin ve desteklerin bileşiminden meydana gelen kompleks bir karışımdan oluşmasına karşın, benzer yaklaşımları ve politikaları izleyen ülke gruplarından/kümelerinden bahsetmek mümkündür. Ancak, bazı

çalışmalarda farklı ülke kümelerini farklı sınıflandırmalarda görmek de mümkündür. Bunun nedeni, bir çalışmada yapılan sınıflandırma sunulan hizmetlerin ve sağlanan desteklerin türüne dayanırken, başka bir çalışmada yapılan sınıflandırma ise ülkelerin uyguladıkları USB sisteminin özelliklerini (rn. Kurumsal derinliğin boyutu, finansman yöntemi veya finansal açıdan cömertlik) dikkate almaktadır (OECD, 2011: 215).

3.3. Kamu Sektöründe Uzun Süreli Bakım Finansman Yöntemlerinin Uygulaması ve Politika Meseleleri

Merlis (2004), kamu sağlığı veya refahına ilişkin programları tartışırken, sosyal sigorta programları ve sosyal yardım programlarının ayırt edilmesi gerektiği konusunda vurgu yapmaktadır. Bir toplumda nüfusun bütününe açık olan (tüm nüfusu kapsamaya yönelik) sosyal sigorta programları, belirlenmiş bir özel finansman kaynağından sağlanmaktadır. Sosyal yardım programları ise gelir testine dayanmakta ve genel gelirlerden finanse edilmektedir (Merlis, 2004: 2). Çalışmanın bu bölümünde, USB finansman yöntemlerinin kamu programları ile nasıl uygulandığını ve yapılması gereken politika tercihleri incelenecektir. Bu noktada, bazı USB sistemlerinin daha karmaşık olabileceği veya tek bir kategoriye uymayabileceğini de belirtmek gerekmektedir.

3.3.1. Evrensel program veya gelir-testine dayalı program

lke uygulamalarının finansal açıdan değerlendirildiği bazı sınıflandırmalar, USB sistemlerini genellikle iki ana kritere göre ayırmaktadır. Bu kriterlerden birincisi; USB sisteminde kapsanan nüfusa, sistemin kimleri hedef aldığına bakmaktadır. Özellikle kamu tarafından finanse edilen hizmetlerin evrensel³ mi (herkese mi açık)

³ Burada “evrensel” kavramı yüksek gelir grupları da dahil olmak üzere bağımlılık durumu nedeniyle bakıma ihtiyaç duyan herkesin, bireylerin katkı payı ödeyerek maliyete katılması gerekse bile, USB hizmetlerinden faydalanabilmesini ifade etmektedir (OECD, 2011: 243).

olduğu ya da hizmetlerden sadece gelir seviyesi düşük ve gelir-testini⁴ sağlayan bireylerin mi yararlanabildiği konusunu esas almaktadır. İkinci kriter ise USB sisteminin sağlık sisteminden ayrı olarak tek başına mı yürütüldüğü ya da çeşitli hizmetlerin sunulduğu birden çok program kapsamında mı yürütüldüğüne bakmaktadır. OECD (2011), bu iki kriter çerçevesinde ülkeleri uyguladıkları USB finansman yöntemlerine göre evrensel, gelir-testine dayalı ve karma olmak üzere üç gruba ayırmaktadır.

Bir kamu USB programı, fonksiyonel engellilik testini veya diğer uygunluk kriterlerini sağlayan herkesi içerecek şekilde nüfusun tamamını (ya da büyük kısmını) kapsayabilir veya sadece geliri (ve bazı durumlarda mal varlığı) belirli bir seviyenin altında olan insanlara hizmet verebilir (Merlis, 2004: 2). Nüfusun tamamını kapsamayı hedefleyen ve herkese açık olan evrensel sistemler (herkesi kapsayan sistemler), ağırlıklı olarak sosyal sigorta ile finanse edilmektedir. Diğer taraftan, belirli bir gelir seviyesinin altında olan nüfusu hedefleyen USB sistemleri çoğunlukla genel vergi gelirleri finanse edilmektedir.

Evrensel sistemlere örnek olarak Almanya ve Japonya'yı gösterebiliriz. Almanya'da neredeyse nüfusun tamamı yarı-kamu hastalık fonları aracılığıyla işletilen USB için bir sosyal sigorta programına katılmaktadır (nüfusun en yüksek gelire sahip %10'luk kesimi eşdeğer bir özel USB sigortasına sahip olduğunu göstermek suretiyle kamu sigorta programına katılmamayı tercih edebilir). İşveren ile çalışan aynı oranda prim ödeyerek hastalık fonuna belirli bir katkı yapmaktadır (bireyin emekli olması durumunda emeklilik fonundan kesinti yapılmaktadır). Bakıma muhtaçlık kriterlerini sağlayan herkes, gelirinden bağımsız olarak, standart olarak belirlenmiş USB hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Japonya'da ise 40 yaş ve üzeri herkes yerel yönetimler tarafından yürütülen bir sosyal sigorta programına katılmaktadır. Almanya ile benzer şekilde çalışan ve işveren primleri ile emekli aylığı kesintileri ile finanse edilen bu program, tüm katılımcılara engelliliğe dayalı yardımlar/hizmetler

⁴ “Gelir-testi” bir kişinin sahip olduğu gelir ve/veya varlıkların değerlendirilerek USB hizmetlerinden yararlanıp yararlanamayacağına karar vermede kullanılan şartları ifade etmektedir (OECD, 2011: 243).

sağlamaktadır (40-64 yaş arası bireyler sadece Alzheimer ya da inme gibi yaşlılığa bağlı engelli olmaları şartıyla yararlanmaktadır) (Merlis, 2004: 2).

Gelir testine dayalı sistemlere örnek olarak ABD ve İngiltere'yi verebiliriz. ABD'de, akut ve USB (uzman bakım merkezleri ve kalifiye hizmet gereksinimi olan bireyler için evde sağlık bakımı) kapsamında bazı hizmetler evrensel "Medicare" programı altında verilmektedir. Ancak kamu USB finansmanının büyük kısmı, sadece sıkı gelir ve varlık kriterlerini karşılayan insanları kapsayan ve genel gelirlere finanse edilen yerel/eyalet ve merkezi/federal yönetimin ortak programı olan "Medicaid" ile sağlanmaktadır. Benzer şekilde İngiltere'de, tıbbi evde sağlık bakımı evrensel program çerçevesinde Ulusal Sağlık Servisi tarafından sağlanırken, kişisel ve sosyal hizmetler gelir testi bazında yerel yönetimler tarafından yürütülmektedir (Merlis, 2004: 3).

Yoksulları hedef alan programlar ile toplumda herkesi hedef alan evrensel programlar arasındaki basit bir ayırım, bazı sistemleri karakterize etmek için yeterli olmayabilir. Hem evrensel hem de gelir testine dayanan sistemlerin özelliklerine sahip olan karma sistemler de mevcuttur. Bazı durumlarda, evrensel bir program herkesi kapsayabilir ama sağladığı yardımlar gelire göre değişebilir. Örneğin, Fransa'da yeni oluşturulan "Kişisel Özerklik Ödeneği" - APA (allocation personnalisée d'autonomie) programı kapsamında, 60 yaş ve üzeri bireylere yönelik USB hizmetlerini karşılamak üzere engellilik seviyesine göre nakit para ödeneği sağlanmaktadır. Belirli bir engellilik seviyesinde, bir kişi için tek bir maksimum yardım miktarı olmasına karşın, katılımcılar gelire dayalı bir skalaya göre % 90'a kadar katkı payı ödemek zorundadır.

Tablo 3.1. Fransız APA programı kapsamında gelir ve engellilik seviyesine göre maksimum aylık ödeme miktarı, 2003 (Avro)

Aylık Gelir (Avro)	Engellilik Seviyesine Göre Ödenek Miktarı (Avro)			
	Seviye 4	Seviye 3	Seviye 2	Seviye 1
623	474	712	949	1,107
1,237	368	551	735	858
1,553	261	391	522	609
2,167	154	231	308	360
2,483	47	71	95	111

Kaynak: Merlis (2004)

Tablo 3.1.'de de görüldüğü gibi, Fransız APA sisteminde yardım parası alma hakkı evrensel bir hak iken sağlanan aylık ödenek miktarı kişinin gelir ve engellilik seviyesine bağlıdır. Buna göre tabloda belirtildiği gibi, en yüksek para yardımı (1,107 Avro) birinci derece engellilik seviyesine (en ağır durumda olan) sahip ve geliri 623 Avro'nun altında olan kişilere sağlanmaktadır. En düşük para yardımı (47 Avro) ise dördüncü derece engellilik seviyesine sahip ve geliri 2,167 ile 2,483 Avro arasında olan kişilere sağlanmaktadır.

Diğer taraftan, gelir testine dayalı bir programın öylesine cömert kriterleri vardır ki nüfusun çoğu yardımlardan yararlanabilmektedir. Örneğin, İsrail'in sosyal sigorta programı engellilik testlerini karşılayan ve geliri ortalama ücretin (çiftler için ortalama ücretin 1,5 katı) altında olan tüm yaşlı bireylere tam yardım parası sağlamaktadır. Dolayısıyla, söz konusu program kapsamında birçok emekli insanın yardımdan faydalanmak için gerekli olan kriterleri karşılaması oldukça muhtemeldir. Bununla birlikte, bireylerin geliri arttıkça yardımlar aşamalı olarak azalmaktadır. Ortalama ücretin 1,5 katı (çiftler için 2,5 katı) gelire sahip bir kişi maksimum yardım parasının %50'sini almaktadır. Bu seviyenin üzerinde geliri olan insanlar ise hiçbir yardımdan faydalanmamaktadır (Brodsky, Habib, ve Mizrahi, 2000).

Son olarak, bazı ülkelerde hem evrensel bir sosyal sigorta programı hem de gelir testine dayalı sosyal yardım programı uygulanmaktadır. Almaya’da sosyal sigorta programı kapsamında maliyet paylaşımını gerçekleştiremeyen bireylerin bakım ihtiyaçlarının giderilmesi için yerel bazda gelire dayalı programlar uygulanmaktadır. Avusturya ve Belçika’da da benzer şekilde sistemler mevcuttur.

Bu noktada, ulusal düzeyde USB’nin kamu tarafından finanse edilmesine yönelik söz konusu modeller çerçevesinde programlar geliştirilirken ülkenin sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Kaynaklar sınırsız olmadığından, USB sisteminin kamu finansmanı ile ilgili politika geliştirirken cevaplanması gereken önemli bir soru şudur: “sınırlı kaynaklar çerçevesinde toplumda USB’ye ihtiyaç duyan herkese az da olsa yardım verilmesi mi tercih edilmektedir yoksa kaynaklar bakıma en çok ihtiyacı olan ve bunu karşılamayacak durumda olan bireyler için mi kullanılmalıdır?”.

Bu doğrultuda, evrensel bir program için çeşitli görüşler öne sürülmektedir. İlk olarak, az gelirlilere yönelik bir programa göre evrensel programın kalıcı bir siyasal destek alması daha muhtemeldir. Bir başka deyişle, ülke ekonomilerinde kemer sıkma politikası uygulamalarında sosyal yardımların kesilmesi veya azaltılması kaçınılmaz hale gelebilir. Bu da gelire dayalı yardımların hassas bir özelliğidir. İkinci olarak, sağlık hizmetleri nasıl toplumun her bireyi tarafından ihtiyaç duyuluyorsa, USB da aynı şekilde toplumda herkes için bir hayat riskidir. Buradan hareketle, evrensel bir sosyal sigorta en azından yaşlılar ve engelliler için elzemdir. Son olarak, tıbbi bakımın ve USB’nin birbirinden ayrı olarak yürütülmesi, hizmetlerin koordine edilmesi yönündeki çalışmaları aksatmaktadır (Merlis, 2004).

Diğer taraftan, gelire dayalı test için temel argüman belirli bir kamu programı için kaynaklar önceden belirlenmiş ve bir sınırı var ise yardımlar en çok ihtiyacı olan bireylere yapılmalıdır. Bazı uzmanlar, evrensel program uygulayan ülkelerin birçok insana bir miktar da olsa yardım edebildiğini ancak mali gücü düşük olan insanların

bütün ihtiyaçlarını karşılayamadığını iddia etmektedir (Brotsky, Habib, ve Mizrahi, 2000). Bu argümanı eleştirenler, hem yoksul hem de yoksul olmayan nüfusa hizmet veren bir programda, genel olarak kişi başına düşen kaynağın daha çok olabileceğini ileri sürmektedir. Böylece, Brotsky, Habib ve Hirschfeld (2003), yoksulların yararlandıkları hizmetler bakımından evrensel programda, daha az finanse edilmiş bir programa (means-tested/sadece yoksulları kapsayan) göre daha avantajlı olacağını düşünmektedir.

3.3.2. Hak temelli program veya sabit bütçeli program

Uzun süreli bakım hizmetlerinin finansmanı konusunda bir başka yaklaşım da kamunun izleyeceği bütçe politikasına ilişkindir. Kamu sektörünün sunulan hizmetleri karşılamak üzere ayracağı bütçenin açık uçlu mu yoksa belirlenmiş bir bütçe kapsamında mı finanse edeceği, karar vericiler tarafından dikkat edilmesi gereken bir konudur. Bu çerçevede, USB sistemi hak temelli (entitlement) program kapsamında sınırı belirlenmemiş, açık uçlu bir bütçeden finanse edilip USB hizmetlerinden faydalanma şartlarını taşıyan herkese belirli hizmetler sunabileceği gibi; sabit bütçeli (budgeted) bir program kapsamında finanse edilip söz konusu bütçe sınırları içinde kalmak amacıyla yararlanma kriterlerini ayarlayarak, hizmetleri sınırlayarak veya bekleme listeleri oluşturarak da yürütülebilir (Merlis, 2004: 5).

Merlis (2004), hak temelli sistemin mümkün olan en geniş halinin, bakıma ihtiyaç duyan herkese gerekli tüm hizmetlerin sunulması olduğunu belirtmektedir. Wehlander ve Madell (2013), İskandinav sistemlerinden bazılarının buna yakın olduğunu bildirmektedir. Örneğın, İsveç'in Sosyal Hizmetler Yasası uyarınca, eğer ihtiyaç duyulan hizmetler başka hiçbir şekilde karşılanamıyorsa, bireylerin bu hizmetleri devletten/yerel yönetimlerden talep etme hakkı tanınmıştır. Bu çerçevede sunulan hizmetler tamamen bireyin ihtiyaçlarına göre belirlenmektedir (Wehlander ve Madell, 2013: 468). Şunu da belirtmekte fayda vardır. İsveç'te USB programları yerel

yönetimler tarafından yürütülmektedir ve uygulamada ihtiyaç tanımını mevcut kaynaklar çerçevesinde ayarlayabilmektedir. Sınırsız olmasa da oldukça geniş haklar tanıyan bazı sağlık sigortalarında olan durumun aynısının geçerli olduğu bir kamu USB sisteminin, hiçbir ülke tarafından uygulanmadığı görülmektedir.

Almanya ve Japonya'da ise daha sınırlı bir hak temelli (limited entitlement) program uygulanmaktadır (Merlis, 2004). Bakıma muhtaçlık seviyesine göre periyodik olarak kişi başına sabit bir para yardımı verilmektedir. Sunulan hakların sınırlı olması nedeniyle bu sistemlerde maliyetlerin tahmin edilmesi, en azından yakın dönem için, daha kolaydır. Bu sistemlerde bütçe aşımı genellikle insanların daha fazla veya beklenenden yüksek maliyetli hizmet aldıkları için değil, daha çok engelliliğin ne kadar yaygın olduğunun (bakıma muhtaç birey sayısının) yanlış tahmin edilmesi veya verilecek para yardımlarının yanlış hesaplanması sonucu gerçekleşmektedir.

Sabit bütçeli programda, USB hizmetlerinden, yararlanma kriterlerini sağlayanlardan, faydalanacak kişi sayısı belli olup bu kişilere sunulacak hizmetin ve yapılacak para yardımının kapsamı tanımlanmıştır. Bu nedenle, sabit bütçeli USB programı kapsamında devletlerin sunulacak hizmetler için ne kadar bütçe ayracağı bellidir.

Sabit bütçeli USB sistemine örnek olarak, ABD'de federal hükümetin ve eyaletin ortak üstlendiği, çocuk, yaşlı, engelli ve yaşlı yoksullara sağlık hizmeti sağlayan Medicaid programı bünyesinde sunulan Evde ve Toplum Temelli Bakım Hizmetlerini (Home and Community Based Services - HCBS) verebiliriz. Bu program kapsamında hizmetlerden faydalanacak maksimum birey sayısı bellidir ve belirlenen mali ve engellilik düzeyi yararlanma şartlarını sağlayan bireylere hizmet verilmektedir. Belirlenen kişi sayısından fazla bireyin USB'ye ihtiyaç duyması ve hizmetlerden faydalanmak istemesi durumunda ise bekleme listeleri oluşturulmaktadır. ABD'de hizmetlerin kapsamı ve maliyeti eyaletten eyalete farklılık göstermektedir. Eyaletlerden

uyguladıkları program bütçesinin⁵ dışına çıkılmaması beklenilmekle birlikte eyaletlerin bütçe aşımı durumunda bütçenin sunulan hizmetlerle uyumlu olduğunu göstermesi durumunda, eyaletler herhangi bir cezaya tabi olmamaktadır. Kişi başına yapılan harcamalar ise tahmin edilen miktarı geçmeyebildiği gibi bazı bireylere ihtiyaçları doğrultusunda, toplam bütçeyi aşmamak üzere, daha yüksek miktarda yardım yapılabilmektedir (LeBlanc, Tonner ve Harrington, 2000).

Sabit bütçeli kamu USB programları, yararlanma kriterlerini ve sunulacak hizmetlerin kapsamının belirlenmesi açısından genellikle daha esnektir. Örneğin, İngiltere’de USB hizmetlerinin sunulması amacıyla merkezi hükümetin yerel yönetimlere aktardığı sabit bütçe ile finanse edilen hizmetlerden yararlanacak kişileri belirleme şartları ile bu kişilere sağlanacak hizmet çeşitliliği konusunda belirli standartlar bulunmamaktadır. İhtiyaçlar değerlendirilerek, bu doğrultuda hizmetler verilmektedir. Dolayısıyla, bakıma muhtaç bireyin ne tür hizmetlerden faydalanabileceği konusunda standart hizmet türleri belirlenmemiştir.

Sabit bütçeli programların en belirgin avantajı maliyetin tamamen tahmin edilebilir olmasıdır. Bununla birlikte, sabit bütçeli bir program çok uzun süre uygulanabilir olmayabilir. Aynı maddi/manevi kaynaklara sahip, benzer ihtiyaçları olan iki bakıma muhtaç bireyden birinin çok yoğun bir şekilde hizmet alması mümkün olurken diğerinin hiçbir hizmetten faydalanamama ihtimali doğmaktadır. Fuchs ve Merlis (1993), bu sistemi eleştirenlerin yararlanma kriterlerini taşıyan herkesin hizmetlere erişebilmesi için söz konusu sistemin kapsamının genişletilmesi yönünde baskı oluşacağını kaçınılmaz olarak gördüğünü belirtmektedir (Merlis, 2004: 6).

Diğer taraftan, bakıma muhtaç her bireyin hizmetlere erişim hakkını garanti altına alan ve bu nedenle daha adil olarak görülen hak temelli bir programın istenen bir harcama düzeyini elde etmek üzere tasarlanması mümkündür. Böylece sınırları

⁵ Sabit bütçeli programlarda bütçe, genellikle karar vericiler tarafından belirlenmekte ve maksimum kişi sayısı ile kurumsal bakım alan bir birey için devletin ödediği miktarın çarpımı sonucu elde edilmektedir.

belirlenmiş bir fon ayrılarak ihtiyacı olan herkese az da olsa USB yardımı/hizmeti sunulmaktadır. Yaygın olarak ülkeler ihtiyaç duyulan hizmetlerin beklenen maliyetinden çok daha az ödemeler (para yardımı) yapmaktadır. Üstelik bu eksik veya az miktardaki ödemeler kısmen bilinçli olarak yapılmaktadır, çünkü insanların da bir dereceye kadar kendi kaynaklarını kullanmaları beklenmektedir. Elbette bu durum bazı bireylerin karşılanmamış ihtiyaçlarının olmasını kaçınılmaz kılmaktadır.

Hak temelli USB programına ilişkin önemli bir diğer husus da insanlar doğal olarak bu program kapsamında sunulan hizmetleri bir hak olarak göreceğinden zaman içinde hizmetlerin kapsamının veya sağlanan para yardımlarının azaltılması veya değiştirilmesi zor olmaktadır. Özellikle para yardımı verilen USB sistemlerinde verilen miktarın azaltılması, herhangi bir hizmet paketindeki değişikliğe göre çok daha zor olmaktadır. Ancak, zaman içinde enflasyon artışlarının ödenen para yardımlarına yansıtılmaması durumunda otomatik olarak miktarın azalmış olacağını da unutmamak gerekir.

3.3.3. Özel amaçlı kaynak veya genel kaynak

Bir kamu USB programı, özel olarak oluşturulmuş bir gelir kaynağı (primler veya sadece USB harcamalarını karşılamak üzere vergilerden ayrılan pay) ile finanse edilebileceği gibi genel gelirlerden de finanse edilebilmektedir. Yaygın olarak sosyal sigortalar özel amaçlı bir kaynaktan ve sosyal yardımlar ise genel bütçeden finanse edilmesine karşın USB programlarında bu ilişki çok katı değildir. Bazı hak temelli programlar sadece genel bütçeden finanse edilirken bazıları da primler ve genel bütçenin her ikisinden de finanse edilmektedir. Örneğin, Japonya'da özel amaçlı vergiler ve primler USB sigorta sistemi kapsamında yapılan harcamaların sadece yarısını karşılamaktadır, geriye kalan kısmı ise %25 'i ulusal, %12,5'i vilayetler ve %12,5'i yerel yönetimler olmak üzere genel bütçeden finanse edilmektedir (Campbell ve Ikegami, 2003). Avusturya ise gelire bakılmaksızın kriterleri sağlayan herkese açık olan

evrensel USB programını tamamen genel bütçeden finanse etmektedir (Riedel ve Kraus, 2010). Öte yandan, Merlis (2004), hiçbir gelir testine dayalı program için özel amaçlı bir gelir kaynağının oluşturulmadığını belirtmekte ve bunun da USB hizmetlerinden yararlanamayacak olan insanlara görünür bir vergi empoze etmenin politik olarak imkansız olmasından kaynaklandığını düşünmektedir.

Mevcut küresel ekonomik ortamda, özel bir gelir akışı ile finanse edilen bir program genel bütçeye ek bir yük getiren bir programa göre daha cazip görünebilir. Uzun süreli bakım hizmetlerinin finansına yönelik oluşturulacak yeni bir vergi kalemi, bunu ödeyecek insanların sunulacak olan hizmetlere ne kadar değer verdiğine bağlıdır. Bireyin muhtemelen hayatının son dönemlerinde karşılaşacağı bir riske karşı uzun yıllar boyunca ödediği primlerin birikmesine bağlı olan özel USB sigortasından farklı olarak, primli model uygulayan kamu USB sistemlerinin hepsi gelecekte kullanılacak bir hizmet için gelirin tahakkuku anında yapılan kesintilerle yani bugün ödeme yapmayı gerektirir. Bir diğer husus da mevcut durumda çalışanlar gelecekte kendilerinin ihtiyaç duyacakları USB hizmetlerini finanse etmek yerine aslında bugünkü hizmet kullanımlarını finanse etmektedir. Genç yaştaki çalışanlar ise gelecekte belki de hiç ihtiyaç duymayacakları veya bugünden bu ihtiyacın duyulacağını kestirmek onlar için zor olacağından bakım sigortası için ek bir vergi (gelir kesintisi) ödemek istemeyebilir. Bu bağlamda Japonya'nın sistemi kısmi bir çözüm sağlamaktadır. Hem kendi bakıma muhtaçlık riski hem de yaşlanan ebeveynlerinin bakım ihtiyaçları konusunda daha bilinçli olan 40 yaş ve üzeri insanlar bakım sigortası kapsamında prim ödemektedir.

Uzun süreli bakımın finansmanına yönelik özel amaçlı vergi kesintilerinin bir dezavantajı, sunulan hizmetlerin kapsamının sonradan değiştirilmesini biraz zor olmasıdır. Çünkü insanlar belirli bir amaç için ödedikleri verginin karşılığını almak isteyecek ve bunu doğal bir hak olarak görecektir.

3.3.4. Ulusal ve yerel düzeyde sorumluluk paylaşımı

Birçok ülkede, kamu USB programları sadece yerel yönetimler veya hem yerel yönetimler hem de ulusal düzeyde merkezi yönetimler tarafından birlikte yürütülmektedir. Bu nedenle, USB'nin finansmanının hangi düzeyde (yerel veya merkezi yönetim), kimin sorumluluğu olduğu noktasında da farklı kombinasyonlar mevcuttur.

Uzun süreli bakım sigortasını ve gelir testine dayalı programı birlikte uygulayan Almanya gibi ülkelerde genellikle sigorta sistemi ulusal düzeyde yürütülürken sistemin tamamlayıcısı olan sosyal yardımlar yerel yönetimlerin sorumluluğunda yürütülmektedir. Bu durum aslında son yıllarda uygulanmaya başlayan USB sigortası sisteminin mevcut gelir testine dayalı sistem üzerine inşa edildiğini yansıtmaktadır. Ulusal ve yerel programlar alternatif olarak da farklı USB hizmetlerini kapsamaktadır. Örneğin, Avustralya'da huzurevleri merkezi yönetimler tarafından finanse edilirken, evde bakım hizmetinin finansmanı ise hem merkezi hem de yerel düzeydeki programlar ile birlikte sağlanmaktadır.

İngiltere'deki gelir testine dayalı sosyal yardım programı ve ABD'deki Medicaid programında olduğu gibi bazı ülkelerde ise USB programları merkezi yönetimin finansal katkılarıyla yerel yönetimler tarafından yürütülmektedir. Diğer taraftan İskandinav ülkelerinde uygulanan evrensel USB programları da yerel yönetimlerin sorumluluğundadır ve merkezi yönetim katkılarıyla gerçekleştirilmektedir (Merlis, 2004: 9). Finlandiya, Norveç ve İsveç'te merkezi yönetim blok halinde yerel yönetimlere bütçe tahsis etmektedir. Bu bütçe örneğin Finlandiya'daki USB maliyetinin %30'unu, İsveç'te ise %15'ini karşılamaktadır (OECD, 1998).

Danimarka veya Kanada gibi bazı ülkelerde ise USB hizmetleri merkezi yönetimin hiçbir katkısı olmadan sadece yerel düzeyde yürütülmektedir. Yerel yönetimler tarafından sunulan hizmetler kriterleri sağlayan herkese açık olsa bile

sunulan hizmetlerin kapsamı ve yararlanıcı tarafından yapılması gereken maliyet paylaşımı yerel yönetimin finansal kaynak oluşturma kabiliyetine göre farklılaşabilmektedir. Dolayısıyla, bakıma muhtaç birey başına yapılan harcamalar farklılık göstermektedir. Yapılan bir araştırmaya göre yerel düzeyde yapılan USB harcamaları genellikle engelliliğin yaygınlığı arttıkça yükselirken, toplam nüfus içinde bakıma muhtaç bireylerin oranı arttıkça da kişi başına yapılan harcamalar azalma eğilimi göstermektedir. Hansen'e (1998) göre bunun en önemli nedeni, yüksek bağımlılık/bakıma muhtaçlık oranı olan yerel yönetimlerin yeteri kadar kendi finansal kaynaklarını oluşturamadıklarından sağlanan hizmetlerin kapsamını daraltma yoluna gitmek zorunda kalmalarıdır (Merlis, 2004).

Yeni bir ulusal kamu programı geliştirilse bile USB hizmetlerinin yürütülmesinde ve finansmanında yerel yönetimlere sorumluluk verilmesinin bazı avantajları vardır. Hali hazırda hizmet sağlayıcıları genellikle yerel düzeyde kurulmuştur. Bakıma muhtaçlığın tespitine yönelik değerlendirme ve vaka yönetimleri de yine yerel düzeyde gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla, yerel yönetimler bireylere ihtiyaç duydukları desteklerin sağlanması açısından USB hizmetlerinin çeşitli diğer sosyal hizmetlerle koordinasyonunda çok daha etkili ve başarılı bir pozisyona sahiptirler. Ancak, yerel yönetimlerin sorumluluğunda yürüyen bir USB sisteminde, USB hizmetlerinden yararlanma kriterlerinin ve sunulacak hizmetlerin/yardımların kapsamının bireylerin yaşadıkları yere göre farklılık gösterebileceğini de unutmamak gerekir. Summer (2003), ABD'deki bazı eyaletlerde uygulanan (yerel düzeyde) USB programlarını karşılaştırdığı araştırmasında eyaletlerin sundukları hizmetlerin niteliği ve sayısında önemli farklılıklar olduğu sonucuna varmıştır. Bu farklılıkların özellikle sabit bütçeli programlarda uygulanan bekleme listelerinde, hizmetlerden yararlanma kriterlerinde ve sunulan hizmetlerin kapsamında ortaya çıktığı belirtilmektedir (Summer, 2003). Örneğin, bir eyalette gelir seviyesi testini sağlamadığı için USB hizmeti alamayan bir birey, başka bir eyalette bu hizmetlerden faydalanabilmektedir. Bunun yanı sıra, finansal kısıtlılıktan dolayı bir eyaletin sunduğu hizmetlerin kapsamı bir diğer eyalete göre çok daha sınırlı kalabilmektedir. Dolayısıyla, USB hizmetlerinin yerel

düzyeyde sunulması bazı avantajları beraberinde getirirken; yukarıda bahsedilen farklılıkları elimine etmek amacıyla yerel düzeyde ihtiyaçların doğru tespit edilip ona göre kaynak sağlanması, ulusal düzeyde standartlar oluşturulması ve bakıma muhtaç her bireye eşit fırsatların sunulması karar vericilerin USB sistemlerini tasarlarırken dikkat etmesi gereken hususlardandır.

3.4. Özel Finansman Kaynakları ve Yöntemleri

Dünyanın birçok yerinde USB ihtiyacının yaygın olarak enformal bakıcılar tarafından sağlandığını veya desteklendiğini belirtmiştik. Bu enformal bakıcıların sadece bakım yükünü üstlendiği anlamına gelmemekte, aynı zamanda finansal değer açısından da büyük değer taşımaktadır. Herhangi bir ülkede sağlanan enformal bakımın finansal olarak katkısını ölçmek zor olmakla birlikte yapılan birçok çalışmada yaklaşık olarak ortaya konulan değerlerin kamu veya özel sektör tarafından sağlanan formal bakımın değerinin çok üzerinde olduğu açıkça görülmektedir (Fernandez, 2010; Wittenberg ve Malley 2007). Herhangi bir parasal işlem içermese de enformal bakımın sağladığı katkı dünyada en önemli aynı finansman kaynağı olarak kabul edilmektedir (Comas-Herrera, 2012: 60). Enformal bakıcılar için kaçırılan istihdam olanakları nedeniyle oluşan kayıp ücret, kaybedilen boş zaman, doğrudan bakım ile ilgili maliyetler, bozulan sağlıkla ilgili maliyetler ve diğer aile sorumluluklarından edilen fedakarlıklar göz önünde bulundurulduğunda; enformal bakımın finansal olarak değeri rakamlarla ifade edilemese de yokluğunda devletlere getireceği yükü tahmin etmek zor olmayacaktır. Ayrıca, bakıma muhtaç bireyin yaşadığı ortamdan uzaklaşmadığını düşünürsek manevi değeri de bir o kadar büyüktür. Enformal bakıma erişemeyen veya sınırlı erişen bakıma muhtaç bireyler ise kamu programlarından faydalanmakta; kamu programlarının sınırlı olması veya yararlanma kriterlerini taşınamaması nedeniyle de USB ihtiyaçlarını özel finansman kaynakları ile temin etmektedir. Özel finansman kaynakları iki farklı mekanizmadan oluşmaktadır. Birincisi, USB ihtiyacını da kapsayan özel sağlık sigortasıdır. Ancak, bu mekanizma genellikle kamu programlarının tamamlayıcısı olarak veya yüksek gelir

grubuna yönelik olarak sunulmaktadır. İkincisi ise kişi ve/veya hane halkı tarafından ödenen katkı payı ve/veya cepten harcamalardır (EC, 2008: 25).

Bakıma muhtaç bireyler bazı durumlarda genellikle kendi iradeleri ile yaptıkları birikimler-özel tasarruflar veya ceplerinden yaptıkları harcamalar ile USB maliyetlerini karşılamaktadır. Ancak Wittenberg ve Malley (2007), bireysel birikimlerin USB ihtiyacını karşılamak üzere kullanılmasının çok verimli olmadığını belirtmektedir. Herkes USB'ye ihtiyaç duymayacağından her bireyin bakım maliyetini karşılamak için yeteri kadar tasarruf yapması gerekmebilir. Bu nedenle, birikim yapmak yerine sigorta yoluyla riskin dağıtılması daha etkili bir yöntem olarak görülmektedir. Sigorta uygulaması ile bir kişinin gelecekte karşılaşacağı belirsizlikler büyük gruplar için hesaplanabilir bir risk olarak birleştirilmektedir. Başka bir ifadeyle, bir kişinin gelecekte bakıma muhtaç hale gelip büyük bir kayıp yaşama riskine karşı her bireyin küçük bir ödeme yaparak nüfusun geneli için bu riskin havuzlaması/birleştirilmesi yapılmaktadır (Rodrigues ve Schmidt, 2010: 184). Ayrıca, sigorta uygulaması kaynakların bakım ihtiyacı az olandan çok olana dağıtılmasını da sağlamaktadır (Wittenberg ve Malley, 2007: 29).

Barr (1993), özel sigortanın her zaman elverişli veya uygulanabilir olmadığını belirtmektedir (Wittenberg ve Malley, 2007). Uzun süreli bakım sigortası sektörde ciddi sorunlar yaşamakta ve genellikle başarısız olmaktadır. Bu sorunların başında “ters seçim”⁶, gelecekteki risklere ilişkin belirsizlik, sigorta kaynaklı talepler ve nüfusun genelindeki bağımlılık/bakıma muhtaçlık oranlarındaki olası değişiklikler gelmektedir. Ayrıca, tüketicilerin bilgi eksikliği ve ekonomik gücü de USB sigortasının başarısız olmasında önemli rol oynamaktadır (Glennerster, 1997; Wiener vd., 1994). Hayat boyu

⁶ İngilizcede *adverse selection* denilen ve Türkçeye "*ters seçim*" olarak çevrilen kavram , ekonomide önemli bir kavram olup ekonomide hedeflenen grupların tam aksi grupların belli bir seçimi yapması anlamına gelmektedir. Örneğin, sigorta şirketlerinin amacı riski düşük kişileri sigorta etmektir. Ancak, riski yüksek kişiler sigortaya daha çok talep gösterirler. Uzun süreli bakım açısından değerlendirecek olursak sağlıklı ve genç bireyler, engelli veya yaşlı bireylerle aynı sigorta havuzunda bulunup yüksek prim ödemek istemeyecekler; buna karşın risk faktörü yüksek bireyler yüksek primlere razı olacağından fiyatı arttıracaktır. <http://ekonomiturk.blogspot.com.tr/2006/12/adverse-selection-nedir.html>. (Erişim Tarihi: 01.04.2014).

gerçekleşebilecek bir riskin boyutunu tahmin etmenin zor olması ve geçmişte de sigorta kapsamında ödenecek paranın miktarı ile ilgili çok deneyimli olunmaması nedeniyle USB sigortasının fiyatlandırılması da sorunlu olan bir husustur. Bu sorunları gidermek amacıyla sigorta uygulamalarında yapılan istisnalar, kısıtlamalar, katkı payları ve yüksek prim gibi önlemler sigortanın satın alınabilirliğini ve çekiciliğini azaltmaktadır. Dolayısıyla, nüfusun çok küçük bir bölümü özel USB sigortası yaptırmaktadır. Gönüllük esasına dayanması nedeniyle de yaygınlaşması oldukça güç olmaktadır (Wanless vd., 2006: 287).

Özel bakım sigortasının kamu tarafından desteklenmesi bazı sorunları çözmeye yardımcı olmaktadır. Devlet tarafından düzenlenen vergi kolaylığı veya sübvansiyon, sigorta primlerinin maliyetinin bireyler için azalmasını sağlamaktadır. Bunun yanı sıra, kamu sektörü özel USB sigortasını zorunlu hale getirerek de bir müdahalede bulunabilir. Böylece sadece USB'nin yüksek bir risk olduğunu düşünen tüketiciler değil, diğerleri de sigorta sistemine dahil olacaktır ve uygun maliyetle sigorta satın alınması mümkün olacaktır. Ayrıca, bilgilendirici sorunlar da büyük oranda giderilmiş olacaktır. Ancak böyle bir düzenleme, sosyal sigorta ile karşılaştırıldığında azalan oranlı olacaktır. Çünkü, sosyal sigorta ödemeleri bireyin kazancı veya diğer gelirlerine dayanırken, özel sigorta primleri gelir yerine bireysel riski esas almaktadır. Bu noktada, kamu sektörü gelir testine dayalı olarak düşük gelirlili bireylerin primlerini ödeyerek oluşabilecek sorunları ve bölüşüm kaygılarını giderebilir. Bu da elbette devletin zorunlu bir özel USB sistemi içinde sübvansiyon etmeyi tercih edip etmeyeceği konusunu öne çıkarmaktadır (Wittenberg ve Malley, 2007: 29-30).

3.5. Uzun Süreli Bakım Finansman Sisteminin Değerlendirilmesi

Finansman mekanizmasının işlevi, politikalarla belirlenen sınırlamaları kabul ederek ve gerekli araçları kullanılarak politika hedeflerine ulaşılmasına katkıda bulunmaktır. Bu nedenle, finansman sisteminin hedefleri, USB sisteminin hedefleri ile

bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Sistemin bütünü genel olarak bakımı finanse etmek için hangi yollarla kaynak oluşturulacağı ve oluşturulan bu kaynakların hizmetlerden yararlananlara nasıl dağıtılacağını kapsamaktadır. Uzun süreli bakımın finansmanı için oluşturulacak kaynaklar, özel ve kamu finansman kaynakları ile farklı kamu kaynakları arasında denge kurmayı gerektirir. Elde edilen kaynakların USB yararlanıcılarına dağıtılması ise yararlanma kriterleri, bakım unsurları ve alınan hizmet ile maliyet arasındaki denge ile ilgilidir.

Glendinning ve diğerleri (2004), USB finansman mekanizmalarının değerlendirilmesi için dört kriter önermektedir:

Hakkaniyet: Uzun süreli bakımda hakkaniyet ilkesi hem kaynakların oluşturulma yolları hem de oluşturulan kaynakların yararlanıcılara dağıtılma yolları ile ilgilidir. Hakkaniyet ilkesi; hizmetlere erişimde eşitlik, ihtiyaçlara göre hizmet seviyesi ve karışımında adalet ve elde edilen çıktılarda eşitlik hususlarını içermektedir. Glendinning (2004), USB bağlamında “yatay eşitliğin” önemli bir husus olduğunu belirtmekte ve bunu eşit ihtiyaçlar için eşit bakım sağlanması şeklinde tanımlamaktadır. Diğer ülkelerde USB sistemleri yatay eşitliği korumak için iki ana mekanizmayı (bazen her ikisini birlikte) kullanmaktadır. Bunlardan ilki “ulusal yararlanma kriterleri”ni sağlayan bireylerin hizmetlere hak kazanması; ikincisi ise kamu hizmetlerine erişimde değerlendiricilere bireysel durumların yorumlanmasında önemli takdir yetkisi veren “bireyselleştirilmiş, ihtiyaç bazlı değerlendirmeler”dir. Ulusal yararlanma kriterleri çoğunlukla Almanya ve Hollanda gibi sosyal sigorta uygulamalarında kullanılmakta ve bireysel engellilik ile bilişsel işlevlerin ölçümlerine dayanmaktadır. Bireyselleştirilmiş değerlendirmelerde, sosyal güvenlik kapsamında tanınan hakların aksine yasalarla belirlenmiş bir hak olmamakla birlikte kamu hizmetlerinin kazanılmış hak olarak algılanmasına neden olabilir. Yakın zamanda İskoçya'da uygulanmaya başlayan sistem, bakıma muhtaç yaşlı bireylere, ihtiyaca göre, “ücretsiz” kişisel bakım sağlayarak yatay eşitliği artırmayı amaçlamıştır. Ancak, her iki mekanizmanın da zayıf ve güçlü yanlarının olduğunu unutmamak da fayda vardır.

Bağımsızlık, insan onuru ve kişisel tercih: Bağımsızlık, insan onuru ve kişisel tercih unsurları, toplum temelli bakım politikasının genel hedefleri arasında her geçen gün daha da çok vurgulanmaktadır (RCLTC, 1999). Finansman bağlamında bu yaklaşımları değerlendirecek olursak, temel nokta; haksız yere bakıma muhtaç bireylerin bakım tercihlerini sınırlamayan, yetersiz teşvikler aracılığıyla tercihlerini çarpıtmayan veya sosyal dışlama oluşturmeyen düzenlemeleri sağlamaktır.

Etkililik ve verimlilik: Etkililik ve verimlilik, ekonomik analizler için en temel kriterlerdir. Etkililik, belirlenen politika hedeflerinin başarılmasını ifade etmektedir. Verimlilik ise belirli bir harcama düzeyinde nitel ve nicel olarak maksimum çıktının başarılması olarak kabul edilebilir veya eldeki kaynaklarla maksimum fayda sağlayacak hizmetlerin sunulması olarak da düşünülebilir. Uzun süreli bakım bağlamında sadece hizmet çıktılarının değil aynı zamanda USB yararlanıcıları ve USB sunucuları açısından da başarının değerlendirilmesi önemlidir.

Ekonomik ve politik sürdürülebilirlik: Uzun süreli bakımın finansman sisteminin değerlendirilmesinde önemli olan bir diğer kriter de sistemin ekonomik ve sürdürülebilir olmasıdır. İnsan onuru ve güvenliği açısından bu iki husus önem arz etmektedir. Gelecekteki USB talebinin ve bu talepleri karşılamak için gerekli olacak kaynakların belirsiz olması nedeniyle, finansman sisteminin esnek olması ve etkili bir maliyet kontrol mekanizmasının bulunması gerekmektedir. Ayrıca, sistemin politik sürdürülebilirliği ve kabul edilebilirliği de oldukça önemlidir. Diğer taraftan, uzun vadede, ekonomik sürdürülebilirlik genel ekonomik performansa ve diğer kamu harcamalarına bağlıdır. Dolayısıyla, merkezi yönetime aktif bir rol düşmektedir. Merkezi yönetimin USB'yi normal bir yaşam riski olarak görmesi, USB finansmanında risk paylaşımını arttıracaktır. Avrupa Birliği ülkelerine genel olarak bakıldığında USB hizmetlerin sunumunda aynı yardımları, nakdi yardımları ve özel olarak USB'ye tahsis edilmiş bütçeyi veya bunların karışımından oluşan mekanizmaları kullandıklarını görmekteyiz (EC, 2008). Uzun süreli bakım için sağlam bir finansman temelini

oluşturma ihtiyacı birçok üye ülke tarafından giderek artan bir şekilde tanınmaktadır. Avrupa Birliği ülkeleri ve ABD, USB'nin finansal açıdan sürdürülebilir olması için kamu kaynakları ve özel kaynaklar arasında yeterli bir karışımın sağlanması gerektiğini kabul etmektedir. Kişilerin, ülkenin kamu mali düzenlemelerinden bağımsız olarak özel doğrudan ödemelerinin büyük rolü olmasına karşın AB üyesi devletler kaliteli bakıma evrensel ve kapsamlı erişimin engellemeyecek şekilde finansman programlarını tasarlamaya çalışmaktadır. 2005 yılında yapılan Lüksemburg Başkanlık Konferans'ında, sosyal sigorta ya da vergi-tabanlı bir sistemin tamamen özel girişime bırakılan bir sisteme göre daha verimli olduğu sonucuna varılmıştır (EC, 2008: 25).⁷ Glendinning ve diğerlerine (2004) göre, merkezi yönetimin ekonomik sürdürülebilirliği geliştirmesinin bir yolu, sunulan hizmet modellerine bağlı olmaksızın USB için ayrı bir fon akışının oluşturulmasıdır. Bunu ilk uygulayan ülkelere biri olan Avustralya, 1960'lı yıllarda USB finansmanını sağlık finansmanından soyutlayarak ayrı bir kaynak oluşturma mekanizması geliştirmiştir. Aynı şekilde Hollanda da "1968 Olağandışı Tıbbi Giderler Yasası" (Exceptional Medical Expenses Act) ile ve Almanya ise 1993 yılında sağlık sigortasından ayrı olarak uygulamaya başladığı USB sigorta sistemi ile bunu gerçekleştirmiştir. Glendinning ve diğerlerine (2004) göre, bu ülkelerde "tedavi" finansmanından "bakım" finansmanının ayrılması, USB bütçesinin daha kolay kontrol edilmesini sağlamıştır. Aynı zamanda, bu durum sağlık bütçesi üzerinde demografik yaşlanmanın yarattığı baskıyı azaltırken, sağlık bakımı dışındaki hizmetlerin finansmanına yönelik oluşturulan sistemin siyasal meşruiyetini güvence altına almıştır. Ekonomik sürdürülebilirliği geliştirmenin bir başka yolu da "maliyet kontrol" mekanizmalarının iyi planlanmasına bağlıdır. Kapsamlı ulusal değerlendirme düzenlemeleri, etkili bir şekilde maliyetin kontrol edilmesine katkı sağlayabilir. Bu çerçevede oluşturulacak bir standart ulusal değerlendirme mekanizması kapsamında planlanan USB hizmetlerinden yararlanma şartları ve sunulan hizmetlerin kapsamı, USB maliyetinin kontrol edilmesinde önemli araçlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

⁷ "Bir piyasa sistemi, pratikte yeterli kalitede ve zamanında USB hizmetleri sağlayamayabilir". Avrupa Birliği Sosyal Koruma Komitesi, Lüksemburg Başkanlığı tarafından 12-13 Mayıs 2005 tarihinde düzenlenen konferans, s. 92.

3.6. Ülke Örnekleri

Uzun süreli bakım harcamalarının giderek artmasıyla birlikte, USB alanında yapılan reform çalışmalarında finansman konusunun temel politika konularından biri olduğu görülmektedir. Birçok ülke USB'nin finansmanına ilişkin sorunları çeşitli modeller üreterek çözmekte ve finansman yöntemlerini değişik şekillerde uygulamaktadır. Örneğin, primli modele dayalı sosyal sigorta uygulayan iki ülke uygulaması arasında; kapsanan nüfus, hizmetlerden yararlanma kriterleri, devlet ile yararlanıcı/aile arasındaki sorumluluğun paylaşılması, sağlanan hizmetlerin boyutu gibi birçok konuda farklılık görülmektedir. Çalışmanın bu kısmında, diğer ülkelerin USB sistemleri ve finansman yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak için farklı ülke uygulamaları incelenecektir. Bu amaçla, USB hizmetlerini primli model kapsamında sosyal sigorta ile finanse eden Almanya ve Hollanda ile primsiz model kapsamında genel vergilerle finanse eden İspanya ve Türkiye incelenecektir.

Ülkelerin seçiminde ayrıca Avrupa Komisyonu 7. Çerçeve Programı kapsamında 2009 ve 2012 yılları arasında gerçekleştirilen Assessing Needs of Care in European Nations-ANCIEN isimli çalışmada 14 AB üyesi ülke için yapılan USB sistemlerinin finansman ve kullanıma göre tasvirinden yararlanılmıştır (Kraus, 2010: 17-30). Söz konusu çalışmada; kamu harcamaları, cepten harcamalar, formal bakım kullanımı, enformal bakım kullanımı, enformal bakıma destek, erişilebilirlik ve nakit para yardımları dikkate alınarak dört ülke grubu sınıflandırılmıştır. Buna göre, bu çalışmada “basitleştirilmiş modelleri” uygulayan ülke grubu dışında diğer üç ülke gruplarından birer ülke seçilerek, farklı finansman yöntemleri ve bu yöntemlerin nasıl uygulandıkları yansıtılmaya çalışılacaktır. Düşük kamu harcaması, düşük cepten harcama, yüksek enformal bakım, yüksek enformal bakım desteği, ortalama nakit para yardımı özelliklerini taşıyan ülke grubundan Almanya seçilmiştir. Dolayısıyla, Almanya enformal bakım kullanımının yoğun, cepten harcamaların toplam harcamalar içindeki payının düşük olduğu bir finansman sistemine sahiptir. Yüksek kamu harcaması, düşük cepten harcama, düşük enformal bakım, yüksek enformal bakım desteği, ortalama nakit

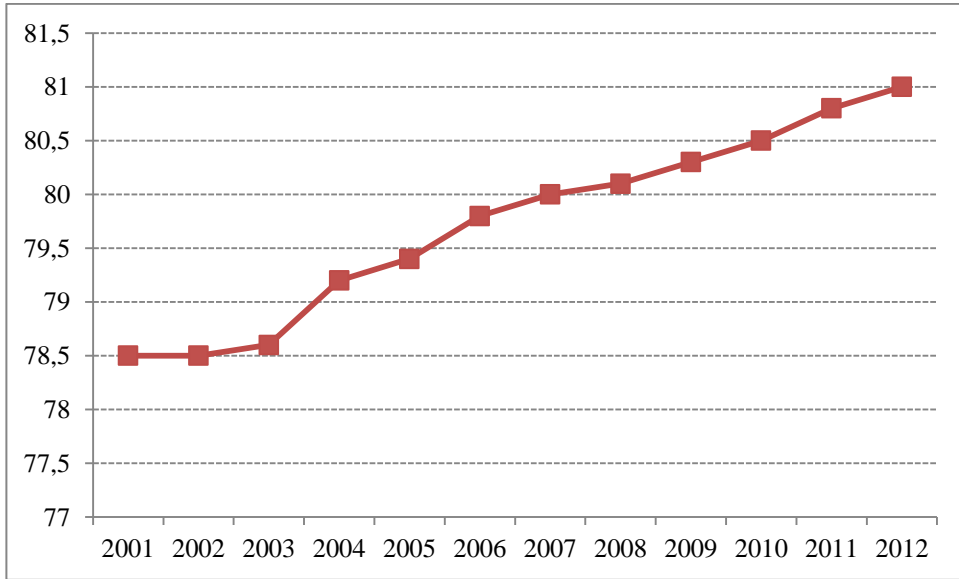
para yardımı özelliklerini taşıyan ülke grubundan Hollanda seçilmiştir. Hollanda, bu özellikleri ile cömert, erişilebilir ve ağırlıklı olarak formal bakımın kullanıldığı bir finansman sistemine sahiptir. Ortalama kamu harcaması, yüksek cepten harcama, yüksek enformal bakım, yüksek enformal bakım desteği, yüksek nakit para yardımı özelliklerini taşıyan ülke grubundan İspanya seçilmiştir. İspanya, enformal bakım kullanımının yoğun, cepten harcamaların toplam harcamalar içindeki payının yüksek olduğu bir finansman sistemine sahiptir (Kraus, 2010).

3.6.1. Almanya

Almanya'da 1994 yılına kadar, USB ağırlıklı olarak ailenin göreviydi ve sadece bakım masraflarını karşılayamayan bireyler gelir-testine dayalı sosyal yardım programlarına başvurabiliyordu. Sosyal yardım harcamalarının artması ile başlayan tartışmalardan sonra, Almanya zorunlu sosyal USB sigortasını sosyal güvenlik sisteminin beşinci ayağı (diğer dört ayağı: işsizlik sigortası, sağlık sigortası, emeklilik sigortası, kaza sigortası) olarak tanıtarak bu uygulamanın dünyada öncüsü olmuştur (Schulz, 2010: 1). 26 Mayıs 1994 yılında Almanya Parlamentosu tarafından kabul edilen "Sosyal USB Sigortası Kanunu" 1 Ocak 1995 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kanunun akabinde Almanya, 1 Nisan 1995 tarihinde evde bakım ve 1 Temmuz 1996 tarihinde de bakım evlerinde hizmetleri yürürlüğe sokarak, sosyal USB sigortasının kapsamını genişletmiştir (Rothgang, 2010: 441-442; Heinicke ve Thomsen, 2010). Uzun süreli bakım sigortasının yanı sıra, Almanya'da yoksul bireyler için gelir-testine dayalı sosyal yardım programı da uygulanmaktadır. Dolayısıyla, USB hizmetleri büyük oranda sigorta sistemi (primler) ile finanse edilmekle birlikte, Almanya'da USB finansmanında karma model uygulanmaktadır.

3.6.1.1. Nüfus yapısı

Japonya'dan sonra OECD ülkeleri arasında en yaşlı nüfusa sahip olan Almanya'da, 65 yaş ve üzeri nüfus oranı 2012 yılı itibariyle % 21'dir (2010 yılında OECD ortalaması %15) ve bu oranın 2050 yılına kadar %33'e çıkacağı tahmin edilmektedir (OECD, 2013a: 171; OECD, 2013b). Nüfusun yaşlanması, temel olarak beklenen yaşam süresinin uzamasından ve doğurganlık oranındaki azalma eğiliminden kaynaklanan yaşlı nüfusun payının genel nüfus içinde artması ile açıklanmaktadır (OECD, 2013a: 170). Bu durum birçok ülkede olduğu gibi Almanya için de geçerlidir. Bu nedenle, Almanya'da USB ve finansmanına ilişkin bilgilere geçmeden önce, yıllar itibariyle beklenen yaşam süresi, doğurganlık oranı ve 65 yaş ve üzeri nüfusun incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

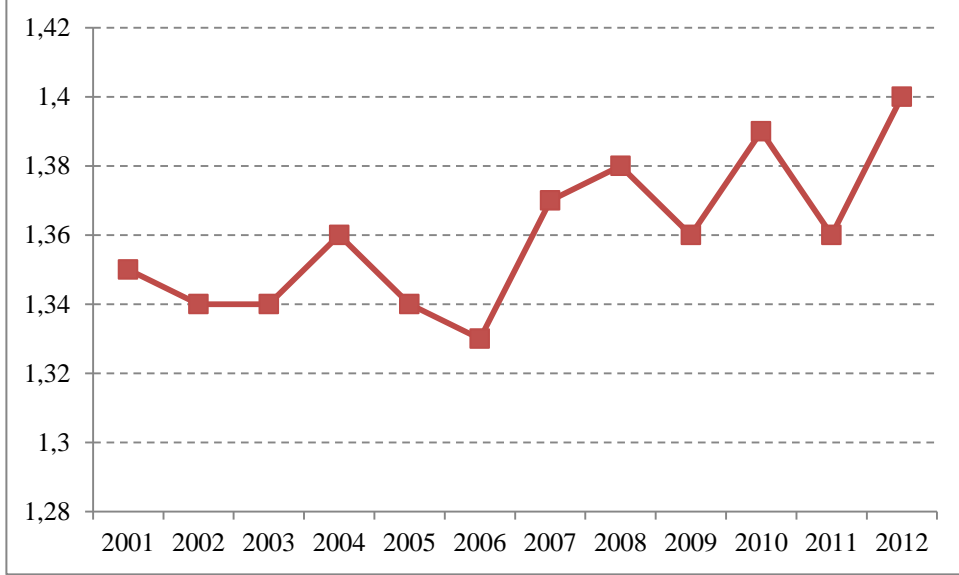


Şekil 3.3. Almanya'da beklenen yaşam süresi

Kaynak: OECD (2010, 2013b, 2014); WHO (2013)

Şekil 3.3'de görüldüğü gibi, Almanya'daki beklenen yaşam süresi diğer ülkelerde olduğu gibi giderek artmaktadır. 2001 yılında 78,5 olan beklenen yaşam süresi, 2012 yılında 81'e ulaşmıştır. 2011 yılında OECD ülkelerinde beklenen yaşam

süresi ortalaması 80,1 olduğundan, Almanya’da ortalamanın biraz üzerinde bir yaşam süresi olması dikkat çekmektedir (OECD, 2013a: 25).

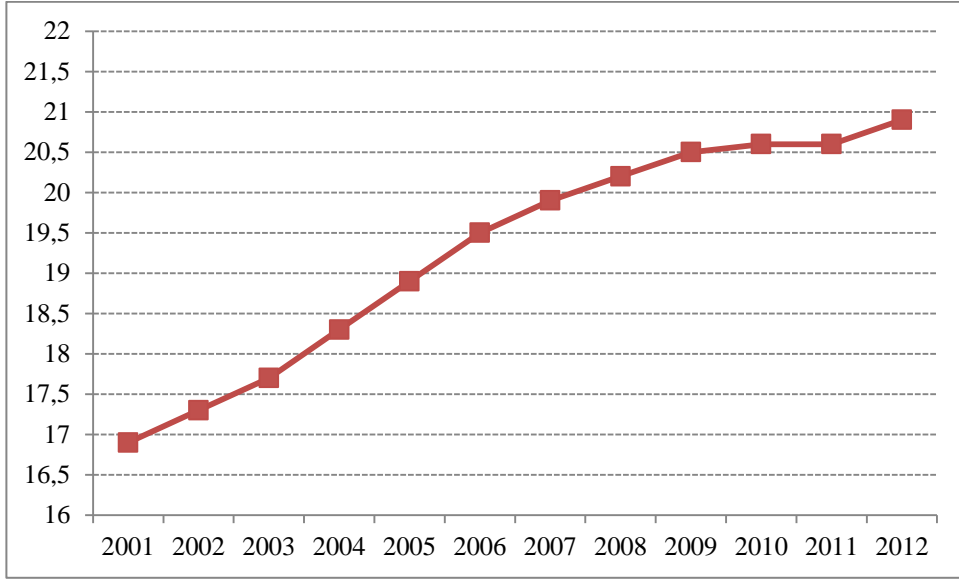


Şekil 3.4. Almanya’da doğurganlık oranı

Kaynak: OECD (2010, 2013b, 2014); WHO (2013)

Birçok gelişmiş ülkede olduğu gibi Almanya’da da doğurganlık oranının yıllar içinde giderek azalması, nüfusun yaşlanmasında önemli bir role sahiptir. Şekil 3.4’de görüldüğü gibi, Almanya’da 2001 yılındaki 1,35 olan doğurganlık oranı, 2006 yılında 1,33’e kadar gerilemiş ve 2012 yılında da ise ancak 1,4’te kalmıştır. Almanya’daki doğurganlık oranında 11 yıl boyunca bazı düşüşler yaşanmış ve 11 yılın sonunda ise önemli bir artış görülmemiştir.

Yukarıda belirtildiği gibi, beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte doğurganlık oranının azalması nüfusun yaşlanmasına, 65 yaş ve üzeri nüfusun genel nüfusa oranla giderek artmasına neden olmuştur.



Şekil 3.5. Almanya’da 65 yaş ve üzeri nüfus oranı
Kaynak: OECD (2013b). *Country statistical profile: Germany*

Şekil 3.5’de görüldüğü gibi Almanya’da 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 2001 yılında %16,9 iken, 2012 yılında bu oran %20,9’a ulaşmıştır. Bu yıllar içinde Almanya’da toplam nüfus %1,38 (OECD, 2013b) oranında azalırken, buna karşın 65 yaş ve üzeri nüfusun %25 oranında artması Almanya nüfusunun giderek yaşlandığını açıkça ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmalar bu yaşlanmanın gelecekte de devam edeceğini göstermekte ve 2050 yılında Almanya’da 65 ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranının %33 olacağı tahmin edilmektedir (OECD, 2013a: 171).

3.6.1.2. Uzun süreli bakım sigortası ve özellikleri

Daha önce belirtildiği gibi, Alman USB sigortası, beş kolu olan sosyal sigorta sisteminin bir parçasıdır: işsizlik sigortası, sağlık sigortası, emeklilik sigortası, kaza sigortası ve USB sigortası. Diğer dört ayağın aksine, USB sigortasının bağımsız bir idari yapısı bulunmayıp mevcut sağlık sigortası sistemi içinde ortaklaşa yönetilmektedir. 1994 yılında, mevcut sağlık sigortası kapsamındaki her birey aynı zamanda USB sigortası

kapsamına alınmış ve 1995 yılından itibaren de USB için prim ödemeleri başlamıştır (Helniche ve Thomsen, 2010). Yaş, gelir ve mal varlığına bakılmaksızın, tüm sigortalılar hizmetlerden yararlanabilmektedir. Ancak, USB sigortası kamu ve özel USB sigortası olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Nüfusun yaklaşık %90'ı kamu USB sigortası tarafından, geriye kalan %10'luk kısım ise özel USB sigortası tarafından kapsamaktadır. Dolayısıyla, USB sigortası neredeyse tüm nüfusu kapsamaktadır. Kendi işinde çalışanlara, devlet memurlarına ve aylık geliri yüksek olan bireylere özel USB sigortasını seçme hakkı tanınmıştır (Ağören, 2009: 17). Bu bireyler, kamu USB sigortasından faydalanmak istemedikleri durumda zorunlu olarak özel USB sigortası kapsamına girmektedir. Özel USB sigortası da minimum kamu sigortası hizmet/yardım paketlerine denk planlar sunmak zorundadır. Ayrıca, gönüllülük esasına dayalı olarak isteyen bireyler için ek USB planları mevcuttur.

Uzun süreli bakım sigortası, bakıma ilişkin tüm masrafları karşılamamaktadır. Bütün hizmetler için bir tavan limit belirlenmiştir. Dolayısıyla, Alman sigorta sisteminin amaçlarından birisi, bütün hizmetleri kapsamak yerine temel USB ihtiyaçlarını kapsamaktır (Schulz, 2010).

3.6.1.3. Uzun süreli bakım sigortasının finansmanı

Kamu USB sigortası, maaştan kesilen primler ile finanse edilmektedir. Prim oranı yasa ile belirlenmekte olup, işçi ve işverenlerden eşit oranlarda alınmaktadır. Uzun süreli bakım sigortasının uygulanmaya başlandığı tarihte (1 Nisan 1995) %1 olan prim oranı, Temmuz 1996'da %1,7'ye yükseltilmiştir. Ancak, Eylül 2007 tarihinde alınan kararla prim oranı Temmuz 2008 tarihinden geçerli olmak üzere %1,95'e yükseltilmiştir. En son yapılan düzenleme ile 2013 yılı için prim oranı %2,05 olarak belirlenmiştir (Schubert ve Eifler, 2013). Primler, USB sigortalısının geliri üzerinden alınmakta ve prim miktarı hesaplanırken bir ücret tavanı uygulanmaktadır. Bu rakam 2012 yılı için 45,900 Avro iken, 2013 yılı için 47,250 Avro (aylık 3.937,50 Avro) olarak

belirlenmiştir. Bu şu anlama gelmektedir; yıllık kazancı 47,250 Avro'nun üzerinde olan bireylerden maksimum kesilecek prim miktarı 47,250 Avro üzerinden hesaplanan kesinti miktarıdır. Bir kişi için, kendisi ve işvereni tarafından eşit miktarlarda prim ödenmekte (%1,025 oranında) iken, işsizler için ise primler devlet tarafından karşılanmaktadır. Sigortalının çalışmayan eşi ve çocukları ilave prim ödemediği USB sigortası kapsamına alınmaktadır (Ağören, 2009: 18; Theobald, 2011).

1 Ocak 2005 tarihinde yapılan düzenleme ile çocuk sahibi olmayan 23 yaş ve üzeri USB sigortası kapsamındaki bireylere %0,25 daha fazla prim ödeme yükümlülüğü getirilmiştir (Schulz, 2010: 3).

Emekli maaşı alan bireyler de USB sigortası kapsamına alınmıştır. Ancak, 2006 yılına kadar emeklilerin maaşından %0,85 oranında kesinti yapılırken, 2006 yılından sonra %1,7 oranında prim kesilmeye başlanmıştır. Tekrar 2007 yılında alınan yeni bir kararla, bu oran Temmuz 2008 tarihinden geçerli olmak üzere %1,95'e yükseltilmiştir (Ağören, 2009: 18). Bundan sonraki yıllarda da çalışanlar gibi emekli maaşı alan bireyler de (2013 yılı için %2,05 olarak belirlenen) sabit prim oranını ödemeye devam etmektedir.

Tablo 3.2. Kamu ve özel uzun süreli bakım sigortalarının finansal gelişimi (milyar Avro)

Kamu USB Sigortası				Özel USB Sigortası			
Yıllar	Gelir	Gider	Net Gelir	Yıllar	Gelir	Gider	Net Gelir
1995	8,41	4,97	3,44	1995	-	-	-
1996	12,04	10,86	1,18	1996	1,66	0,29	1,37
1997	15,94	15,14	0,8	1997	2,10	0,44	1,66
1998	16,00	15,88	0,12	1998	2,10	0,44	1,66
1999	16,32	16,35	-0,03	1999	1,97	0,46	1,51
2000	16,54	16,67	-0,13	2000	2,01	0,47	1,54
2001	16,81	16,87	-0,06	2001	1,96	0,49	1,47
2002	16,98	17,36	-0,38	2002	1,99	0,50	1,49
2003	16,86	17,56	-0,7	2003	1,85	0,52	1,33
2004	16,87	17,70	-0,83	2004	1,87	0,53	1,34
2005	17,49	17,88	-0,39	2005	1,87	0,55	1,32
2006	18,49	18,03	0,46	2006	1,87	0,56	1,31
2007	18,02	18,34	-0,32	2007	1,88	0,58	1,30
2008	19,77	19,14	0,63	2008	1,97	0,62	1,35
2009	21,31	20,33	0,98	2009	2,07	0,67	1,40
2010	21,78	21,45	0,33	2010	2,10	0,70	1,40
2011	22,24	21,93	0,31	2011	2,11	0,72	1,39
2012	23,04	22,94	0,1	2012	2,01	0,78	1,23

Kaynaklar: Federal Ministry of Health; Theobald (2011);
Private Health Care Insurances, (2011) ve (2012)

Tablo 3.2'den de anlaşıldığı üzere Almanya'da, kamu USB sigortasının uygulanmaya başlandığı yıldan itibaren ilk dört yıl için gelirler giderlerden fazla olmuştur. Bunun nedeni, sigorta kapsamında hizmet/yardım ödemelerinden daha önce prim ödemelerinin başlamasıdır. Uzun süreli bakım sigortası için prim ödemeleri 1 Ocak 1995 tarihinde başlamıştır. Buna karşın, hizmet/yardım ödemeleri yatılı olmayan bakım için 1 Nisan 1995 tarihinde, yatılı bakım için ise 1 Temmuz 1996 tarihinde başlamıştır. Bu yolla, bir başlangıç tasarruf stoku oluşturulabilmiştir (Helniche ve Thomsen, 2010: 4). Ancak, 1999-2005 yılları arasında ve tekrar 2007'de harcamaların gelirlerden fazla olması nedeniyle pozitif gelir farkı yok olmaya başlamıştır. Ancak, 2008 yılından itibaren gelirlerin harcamalardan fazla gerçekleştiğini görmekteyiz. Aslında, 2008 yılından itibaren gerçekleşen finansman fazlasının asıl nedeninin, 2007 yılında yapılan

kanun değişikliği ile prim oranlarının arttırılmasıyla ilgili olduğunu gözden kaçırmamak gerekir. Diğer taraftan, Tablo 3.2.'de görüldüğü gibi, özel USB sigortası uygulanmaya başladığı yıldan itibaren gelir-gider dengesini sağlamıştır.

3.6.1.4. Uzun süreli bakım sigortasından yararlanma kriterleri

Kişiler, yaş ve gelire bağlı olmaksızın bakıma muhtaç hale geldiklerinde en az iki yıl (Temmuz 2008'den önce 5 yıld) USB sigortası primi ödemiş olmak şartı ile USB sigortasının sunduğu hizmetlerden yararlanma hakkı elde etmektedir. Arntz, Sacchetto, Spermann, ve Widmaier (2006), bu kişileri şu şekilde tanımlamaktadır: "Minimum altı ay boyunca, günlük yaşam aktivitelerinden en az ikisini ve enstrümantal günlük yaşam aktivitelerinden birkaçını; fiziksel, zihinsel veya ruhsal hastalık veya engellilik nedeniyle sürekli olarak, sık sık veya yoğun bir şekilde yerine getiremeyen kişi" (Heinicke ve Thomsen, 2010: 7-8). Günlük yaşam aktiviteleri; banyo yapmak, giyinmek, yemek yemek veya tuvalet ihtiyacını gidermek gibi günlük yaşamın temel işlevleri için gerekli faaliyetleri kapsamaktadır. Enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri ise telefon etmek, alışveriş yapmak, yemek hazırlamak, temizlik yapmak, ulaşım araçlarını kullanmak, ilaç kullanımı ve finansal tutum gibi bağımsız yaşamın temeli olan faaliyetleri içermektedir.

Kamu USB sigortacıları adına bireysel bakım seviyesini değerlendirmek, Yasal Sağlık Sigortası Fonları Tıbbi Değerlendirme Kurulu (The Medical Advisory Service of the Statutory Health Insurance Funds)'nun sorumluluğundadır. Özel USB sigortası için ise bu görevi özel bir şirket olan Mediproof yürütmektedir (Schulz, 2010: 4). Bakıma muhtaç olma durumu günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümantal günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesiyle belirlenirken, bireyin fiili değerlendirilmesi Tıbbi Değerlendirme Kurulu tarafından görevlendirilen doktorlar ve hemşireler tarafından üstlenilmektedir. Birey için gerekli olan bakım seviyesi değerlendirildikten sonra, hizmetlerin sağlanması için gerekli olan süre değerlendirilmektedir. Gerekli olan

aktivitelere ve zamana göre üç farklı bakım seviyesi belirlenmiştir. Bakım seviyeleri, bakıma muhtaçlığın şiddetine göre farklılaşmaktadır (Heinicke ve Thomsen, 2010). Tablo 3.3’de; bakım seviyeleri, yardım ihtiyacı ve yardımın sağlanması için gerekli zaman gösterilmektedir.

Tablo 3.3. Bakıma muhtaçlık seviyeleri

Bakım Seviyeleri	Seviye I	Seviye II	Seviye III
Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA*)	Bir günde birbirinden farklı en az iki GYA'da en az bir kere	Bir günde farklı zamanlarda en az üç kere	Gece veya gündüz gerekli olduğu zamanlarda
Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA**)	Haftada birkaç kez	Haftada birkaç kez	Haftada birkaç kez
Toplam Süre	En az 45 dakikası GYA için olmak üzere günde en az 90 dakika	En az 2 saati GYA için olmak üzere günde en az 3 saat	En az 4 saati GYA için olmak üzere günde en az 5 saat

Kaynak: Heinicke ve Thomsen (2010)

*GYA (Günlük Yaşam Aktiviteleri)

**EGYA (Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri)

Almanya Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 1 Temmuz 2013 tarihi itibarıyla yaklaşık 69,87 milyon kişi kamu USB sigortası kapsamında iken 31 Aralık 2012 tarihi itibarıyla özel USB sigortası kapsamındaki kişi sayısı 9,53 milyondur. 2012 yılı sonunda bu bireyler arasında 2.396.654 kişi kamu USB sigortasından, 151.141 kişi de özel USB sigortasından yararlanmıştı. Nüfusun giderek yaşlandığı Almanya’da bu sayıların gelecekte çok daha artacağı tahmin edilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın USB olasılığının

sabit kalmasını varsayarak yaptığı projeksiyonda, USB hizmetlerine ihtiyaç duyacak birey sayısının 2030 yılında 3,31 milyon; 2050 yılında ise 4,36 milyon olacağı tahmin edilmektedir (Federal Ministry of Health, 2013). Tablo 3.4’de, yıllar itibariyle kamu USB sigortasından yararlanan kişi sayıları gösterilmektedir.

Tablo 3.4. Kamu uzun süreli bakım sigortasından yararlanan kişi sayısı

Yıllar	Evde Bakım	Kurumsal Bakım	Toplam
2002	1.289.152	599.817	1.888.969
2003	1.281.398	614.019	1.895.417
2004	1.296.811	628.892	1.925.703
2005	1.309.506	642.447	1.951.953
2006	1.310.473	658.919	1.969.392
2007	1.358.201	671.084	2.029.285
2008	1.432.534	680.951	2.113.485
2009	1.537.574	697.647	2.235.221
2010	1.577.844	709.955	2.287.799
2011	1.600.554	714.882	2.315.436
2012	1.667.108	729.546	2.396.654

Kaynak: Federal Ministry of Health (2013)

Tablo 3.4’de görüldüğü gibi, 2002 yılında 1,9 milyon kişi kamu USB sigortasından faydalanırken; bu sayı 2013 yılında %3 oranında artarak yaklaşık 1,7 milyon kişi evde bakım hizmetlerinden, 729.546 kişi ise kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanmıştır.

3.6.1.5. Uzun süreli bakım sigortası kapsamında sunulan hizmetler

Uzun süreli bakım sigortası kapsamında hizmet/yardım ödemelerinin yatılı olmayan bakım için 1 Nisan 1995 tarihinde, yatılı bakım için ise 1 Temmuz 1996

tarikhinde başladığı belirtilmişti. Bakıma muhtaç kişiye USB sigortası kapsamında sağlanan hizmetler/yardımlar, kişinin bakım seviyesine ve bakımın türüne göre değişmektedir.

3.6.1.5.1. Evde bakım

Evde bakım hizmeti kapsamında yapılacak yardımlar bireyin bakım seviyesine ve bakımı kimin yaptığına göre farklılık göstermektedir. Bakıma muhtaç bireyin tercihine bağlı olarak, evde bakım enformal bakıcı veya profesyonel bakıcı tarafından sağlanmaktadır. Bakıma muhtaç kişiye enformal bakıcı (aile üyesi, arkadaş, akraba veya diğer) tarafından bakılması durumunda USB sigortası tarafından yapılan aylık nakit para yardımı, bakım seviyelerine göre aşağıdaki gibidir (Ağören, 2009; Schulz, 2010; Heinicke ve Thomsen, 2010; Federal Ministry of Health, 2013).

Tablo 3.5. Nakit para yardımı (enformal bakıcı, Avro)

Bakım Seviyesi	07/2008 Öncesi	07/2008	2010	2013
I	205	215	225	235
II	410	420	430	440
III	665	675	685	700

Kaynaklar: Heinicke ve Thomsen (2010);
Federal Ministry of Health (2013)

Enformal bakıcının dinlenme veya hastalık gibi nedenlerle belirli bir süre bakım sağlayamaması durumunda, USB sigortası tarafından bazı telafi edici yardımlar sunulmaktadır. Bu süre içinde profesyonel bir bakıcı görevlendirilebileceği gibi kişinin kurumda da bakımı sağlanabilmektedir. Bu yardımlar yılda en fazla dört haftaya kadar yapılmakta olup bu kapsamda kişiye dört hafta için en fazla 1.550 Avro ödenek verilmektedir. Geçici olarak bakımı sağlayacak kişinin doğrudan aile üyesi olmama ve

enformal bakımı geçici bakım talebinden en az altı ay öncesinden sunmuş olması şartı aranmaktadır. Ocak 2013'te yapılan değişiklikle bu kişiye, dinlenme/ayrılma süresi boyunca bakım parasının yarısını alma hakkı tanınmıştır (Augurzky ve Mennicken, 2013: 20).

Diğer taraftan, bakıma muhtaç kişiye evde profesyonel bir bakıcı tarafından bakılması durumunda USB sigortası kapsamında yapılan nakit para yardımı 2013 yılı itibariyle şu şekildedir: Seviye I için 450 Avro, Seviye II için 1.100 Avro ve Seviye III için 1.550 Avro. Ayrıca, üç bakım seviyesi dışında çok ağır bir şekilde bakıma ihtiyaç duyan, yani bakım seviyesi III. seviyeyi önemli ölçüde geçen (en az 2 saati gece olmak üzere günlük en az 7 saatlik bakıma ihtiyaç duyan) bireylerin profesyonel evde bakım hizmeti alması durumunda ödenen miktar 1.918 Avro'dur.

3.6.1.5.2. Kurumsal bakım

Alman USB sisteminde eğer bakıma muhtaç kişi için evde bakım ve benzeri yardımlar yeterli değilse, bu kişi kurumsal bakım hakkına sahiptir. Eğer kişi, kendisi için gerekli olmadığı halde kendi isteğiyle kurumsal bakımı tercih ederse, maksimum evde profesyonel bakım için ödenen nakit para yardımı kadar ödenek alabilmekte ve ek maliyetleri kendisi karşılamak zorundadır. Uzun süreli bakım sigortası kapsamında, tam zamanlı profesyonel bakım hizmetini içeren kurumsal bakım için bakım merkezlerine yapılan aylık ödemeler Tablo 3.6'da gösterilmektedir.

Tablo 3.6. Kurumsal bakım ödeneği (Avro)

Bakım Seviyesi	07/2008 Öncesi	07/2008	2010	2013
I	1.023	1.023	1.023	1.023
II	1.279	1.279	1.279	1.279
III	1.432	1.470	1.510	1.550
Çok ağır seviye	1.432	1.750	1.825	1.918

Kaynak: Heinicke ve Thomsen (2010)

Tam zamanlı kurumsal bakımın yanı sıra gece veya gündüz olmak üzere yarım günlük kurumsal bakım hizmeti de sağlanmaktadır. Evde bakıma verilen önceliğin bir örneği olan bu uygulama evde bakımın tek başına yeterli olmadığı ve bakıma muhtaç bireyin özel bir ihtiyacının olması durumunda (örn. sadece gece), bireyin tam zamanlı kurumsal bakım almasındansa yarım gün boyunca kurumsal bakım alması sağlanmaktadır. Bireyin, ayrıca, kuruma taşınması da bu hizmetin içindedir. Bakıma muhtaç birey, hem evde bakım hizmetleri kapsamında verilen yardımların birinden hem de yarım gün kurum bakımından yararlanabilmektedir. Ancak, toplam tutar her iki yardımın %150'sini geçmemelidir. Örneğin, bakıma muhtaç birey evde bakım için verilen maksimum yardım miktarından yararlanıyorsa, gece veya gündüz kurumsal bakım için sağlanan yardım miktarının sadece %50'sine kadar talep etme hakkı vardır. Tablo 3.7'de yarım günlük kurumsal bakım hizmeti için verilen yardım miktarları gösterilmektedir (Heinicke ve Thomsen, 2010: 12).

Tablo 3.7. Gece veya gündüz kurumsal bakım ödeneği (Avro)

Bakım Seviyesi	07/2008 Öncesi	07/2008	2010	2013
I	384	420	440	450
II	921	980	1.040	1.100
III	1.432	1.470	1.510	1.550

Kaynak: Heinicke ve Thomsen (2010)

3.6.1.6. Uzun süreli bakım sigortası kapsamında sunulan diğer hizmetler

Uzun süreli bakım sigortası kapsamında bakıma muhtaç bireylerin bakımı kolaylaştıracak bazı yardımcı bakım ürünleri de karşılanmaktadır. Bunlardan biri, bakıma muhtaç kişinin bakımını kolaylaştırmak amacıyla ev tadilatları için yapılan ödemedir ve bu yardım kişinin gelirine bağlı olarak maksimum 2.557 Avro'dur. Tekerlekli sandalye gibi teknik ürünler, ek bir maliyet olmaksızın karşılanmaktadır. Dezenfektanlar gibi tüketim ürünleri ise aylık 31 Avro'ya kadar sigorta kapsamında karşılanmaktadır. Uzun süreli bakım sigortası, ayrıca enformal bakıcılar adına (haftada 30 saatten fazla çalışmama ve bakım için haftada en az 14 saat harcama şartı ile) emeklilik fonuna prim ödemektedir. Bunun yanı sıra, aile üyeleri ve enformal bakıcıların eğitimi için kurs ücretleri ödenmektedir. Son olarak, 2008 yılından sonra demans hastalarının ve zihinsel engellilerin gözetim altında olma ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, durumlarının ağırlığına göre 100 veya 200 Avro nakit para yardımı yapılmaya başlanmıştır.

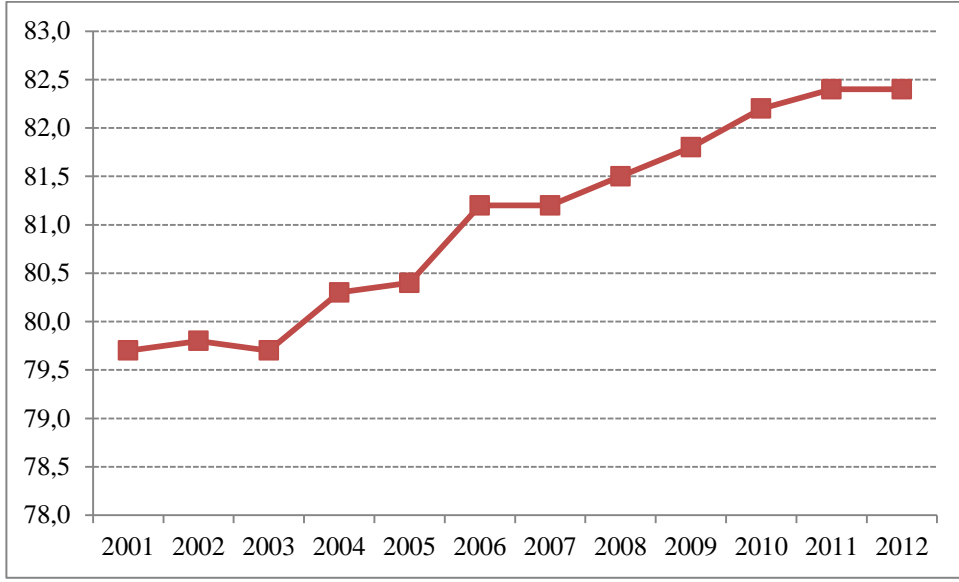
3.6.2. İspanya

İspanya'da geleneksel aile yapısına bağlı olarak enformal bakımın yoğun olması nedeniyle, USB hizmetlerinin finansmanı son yıllara kadar sınırlı olmuştur. Nüfusun

yaşlanması ile birlikte aile yapısının giderek değişmesi ve artan oranda kadınların çalışma hayatına katılması, USB konusundaki sorunların ön plana çıkmasını ve politika gündemine oturmasını sağlamıştır. Bunun sonucu olarak, USB hakkını güvence altına alan yeni bir kanun yürürlüğe girmiştir. Sosyal yardım sisteminin dördüncü ayağı olarak “Bakıma Muhtaç Kişilerin Kişisel Otonomisi/Özerkliği ve Bakımının Desteklenmesi Kanunu” (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia veya “LAPAD”), 14 Aralık 2006 tarihinde İspanya parlamentosu tarafından kabul edilmiş ve 2007 yılında yürürlüğe girmiştir. Söz konusu kanun ile bakıma muhtaç vatandaşlara yeni haklar tanınmıştır. İspanya’da bakıma muhtaç bireylere verilen hizmetler genel bütçeden karşılanmakta olup primsiz modeli uygulayan ülkelerdendir. Kanunun kabulünden bu yana, sağlık sistemi fonlarından bağımsız olan USB sistemi için genel bütçeden artan düzeyde fon tahsis edilmiştir (Bolance, Alemany, ve Guillen, 2010).

3.6.2.1. Nüfus yapısı

İspanya’da 65 yaş ve üzeri nüfus oranı 2012 yılı itibariyle % 17,6’dır (2010 yılında OECD ortalaması %15) ve bu oranın 2050 yılına kadar %36’ya çıkacağı tahmin edilmektedir (OECD, 2013a: 171; OECD, 2013b). Bu İspanya’da yaşlı nüfusun 2050 yılına kadar yaklaşık iki katına çıkacağı anlamına gelmektedir. Bugün Almanya’ya göre nispeten daha genç bir nüfusa sahip olan İspanya’da, nüfusun yaşlanmasında etkili olan beklenen yaşam süresinin artması ve doğurganlık oranının azalması gibi nedenlerin önümüzdeki yıllarda daha belirgin olacağını söylemek yanlış olmayacaktır.

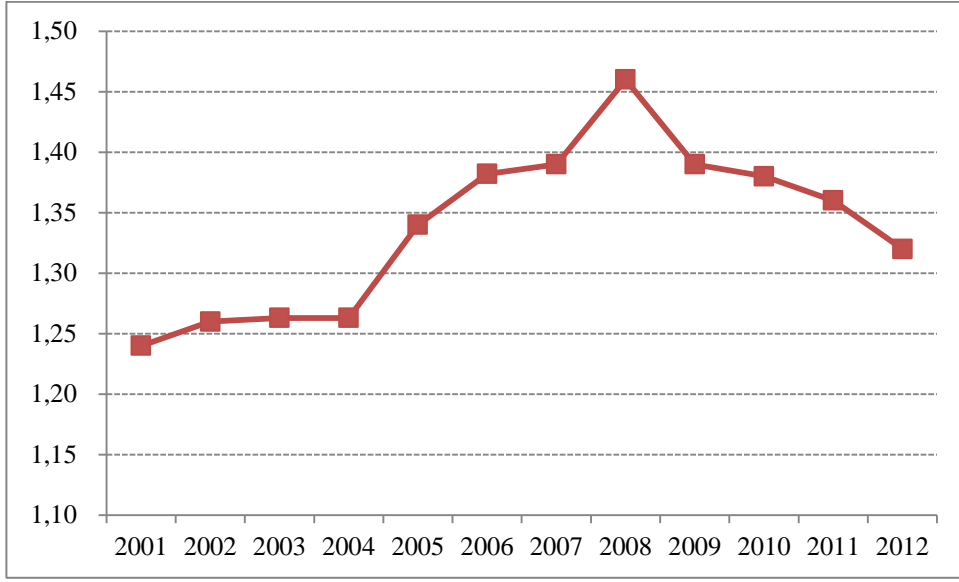


Şekil 3.6. İspanya’da beklenen yaşam süresi

Kaynak: OECD (2010, 2013b, 2014); WHO (2013)

Şekil 3.6’da görüldüğü üzere, İspanya’daki beklenen yaşam süresi Almanya ve diğer ülkelerde olduğu gibi giderek artmaktadır. 2001 yılında 79,7 olan beklenen yaşam süresi, 2012 yılında 82,4’e çıkmıştır. İspanya’da beklenen yaşam süresi, 2011 yılında 80,1 olan OECD ülkeleri ortalamasının üzerindedir.

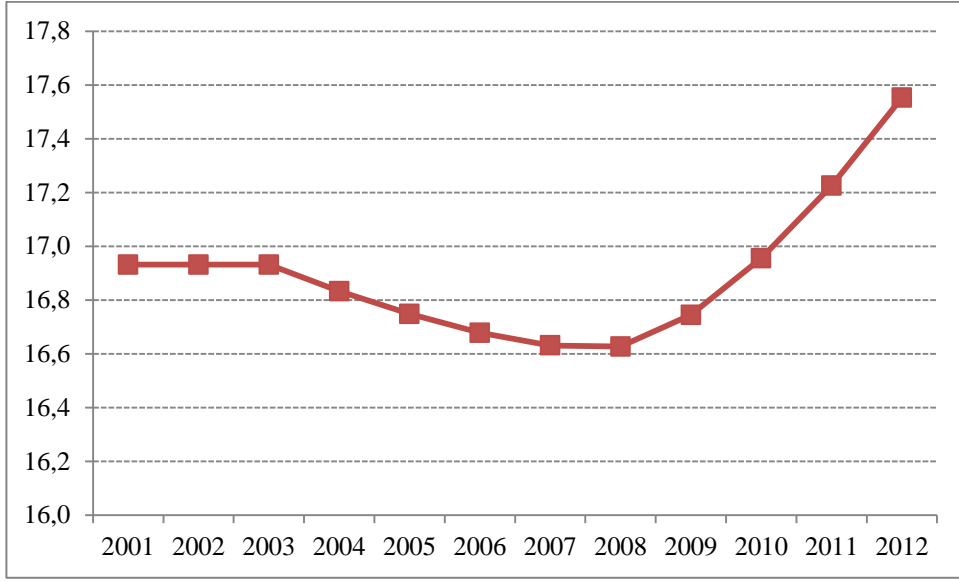
İspanya’daki beklenen yaşam süresi giderek artmasıyla birlikte doğurganlık oranı da OECD ülkeleri ortalamasının (2010 yılında 1,74) altında olmuştur (OECD, 2013c).



Şekil 3.7. İspanya’da doğurganlık oranı
Kaynak: OECD (2010, 2013b, 2014); WHO (2013)

2001 ve 2008 yılları arası artma eğilimi gösterse de İspanya’da doğurganlık oranı genel olarak OECD ortalamasının sürekli olarak altında kalmıştır. Ayrıca, 2008’den itibaren tekrar azalma eğilimine geçmiş ve 2012 yılında 1,32 olarak gerçekleşmiştir (Şekil 3.7.).

Beklenen yaşam süresinin artması ve doğurganlık oranının azalması gibi nedenlerin nüfusun yaşlanmasında en önemli etkenlerden olduğu belirtilmiştir.



Şekil 3.8. İspanya’da 65 yaş ve üzeri nüfus oranı
Kaynak: OECD (2013b). *Country statistical profile: Spain*.

Şekil 3.8’de görüldüğü gibi İspanya’da 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 2001 yılında %16,9 iken, 2012 yılında bu oran %17,6’ya ulaşmıştır. Yapılan projeksiyonlarda, bu oranın 2050 yılında %36’ya yükseleceği tahmin edilmektedir (OECD, 2013a: 171). Buna göre, 2012 yılında Almanya’ya göre daha genç nüfusa sahip olan İspanya, 2050 yılında Almanya’ya göre daha yaşlı bir nüfusa sahip olacaktır. Bunun en önemli sonuçlarından biri de, Almanya gibi İspanya’da da USB hizmetlerine olan talebin artmasına neden olacaktır.

3.6.2.2. Uzun süreli bakım sistemi ve özellikleri

İspanya’da 2006 yılında kabul edilen “Bakıma Muhtaç Kişilerin Kişisel Otonomisi/Özerkliği ve Bakımının Desteklenmesi Kanunu”nda, insanların hayatları boyunca karşılaşılabileceği gerçekleri yansıtan iki kavram vurgulanmıştır. Söz konusu kanunun 2. maddesinde tanımlanan bu kavramlar, kişisel otonomi ve bakıma muhtaçlıktır (IMSERSO, 2009). Kişisel özerkliği; “kişinin kendi standartlarına ve

tercihlerine göre nasıl yaşayacağı ve günlük yaşamın temel aktivitelerini nasıl gerçekleştireceği konusunda kontrol etme, üstesinden gelme ve karar alma yeteneği” olarak tanımlanmaktadır. Bakıma muhtaçlık kavramı ise; “kişilerin; yaş, hastalık veya engellilikten kaynaklanan ve fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da duyuşsal özerkliğin eksikliği veya kaybı gibi nedenlerle günlük yaşamın temel aktivitelerini yerine getirmede başka bir kişinin/diğer insanların bakımına veya önemli derece yardımına kalıcı bir şekilde ihtiyaç duyma hali” şeklinde tanımlanmaktadır.

İspanyol USB sistemi; evrensellik, hakkaniyet ve ayrımcılık karşıtlığı ilkelerine dayanmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinde başkasının yardımına ihtiyaç duyan engelli ve yaşlı bireylere yönelik, evrensel ve hak temelli bir program uygulanmaktadır. “Bakıma Muhtaç Kişilerin Bakımı ve Özerkliği Sistemi” (SAAD⁸- Sistema para la Autonomia y Atención a la Dependencia) olarak adlandırılan ve kanunla kurulan bu sistem, farklı kamu kurumlarının işbirliği ve katılımları ile yürütülmektedir. Bu sistem kapsamında; idareler arası işbirliğin çerçevesi, hizmetlerin kapsamı, finansal yardımların koşulları ve miktarı, USB yararlanıcılarının maliyete katılım şartları ve bakıma muhtaçlığı ölçme/değerlendirme kriterlerinin kabul edilmesi gibi temel fonksiyonlar merkezi yönetim (Sağlık, Sosyal Hizmetler ve Eşitlik Bakanlığı-Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad) ve özerk (otonom) bölge yönetimleri⁹ ile işbirliği içerisinde “Bölgesel Konsey” tarafından yerine getirilmektedir. Hizmetlerin sunulması ve yardımların yapılması ile bireyin bakıma muhtaç olup olmadığının değerlendirilmesi, özerk bölge yönetimleri tarafından gerçekleştirilmektedir. SAAD sistemi içinde, sistemin işleyişini doğrudan ilgilendiren konular hakkında öneriler yapan “Danışma Kurulu” bulunmaktadır. Ayrıca, bakıma muhtaç bireyleri ve ailelerini temsil eden kuruluşların kararlara katılımlarını sağlayan üç danışma organı daha vardır: Yaşlılar

⁸ Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında kullanılacak olan SAAD kısaltması, İspanyol USB sistemini ifade edecektir.

⁹ İspanya Avrupa ülkelerinin çoğunda olduğu gibi merkezi bir yönetim çatısı altında toplansa da özerk (otonom) bölgelere ayrılmıştır. Ülkede sayısı 17 olan özerk yönetimler, Türkiye’de bilinen anlamda yerel yönetim olarak algılanmamalıdır. Çünkü il düzeyinde ayrıca belediyeler ve vilayetlere bağlı resmi birimler bulunmaktadır. 17 özerk bölgenin yanı sıra 2 tane de özerk şehir bulunmaktadır.

Konseyi, Ulusal Engelliler Konseyi ve Sivil Toplum Sosyal Eylem Konseyi (Gutierrez vd., 2010: 1; Bolance, Alemany ve Guillen ,2010).

3.6.2.3. Uzun Süreli Bakım Finansmanı

Almanya dahil bazı ülkeler sosyal sigorta yoluyla USB'yi finanse ederken, İspanya 2006 yılında kabul ettiği yeni yasa ile USB'yi genel vergilerle finanse etme yaklaşımını seçmiştir. Ulusal USB sisteminin 2007 ve 2015 yılları arasında kademeli olarak uygulanması için bir hesaplama yapılarak, 13 milyar Avro'luk bir bütçe ayrılması öngörülmüştür. Yıllar itibariyle artması planlanan USB sisteminin bütçe miktarı, Tablo 3.8'de yer almaktadır.

Tablo 3.8. Yeni USB sistemi için öngörülen bütçe tahsisi (milyon Avro)

Yıl	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Toplam
Bütçe	400	679	979	1.160	1.545	1.674	1.876	2.112	2.212	12.638

Kaynak: Costa-Font ve Gonzalez (2007)

Sistemin yürürlüğe girdiği 2007 yılından itibaren, özerk bölge yönetimlerinin de yaklaşık olarak genel bütçeden ayrılması hesaplanan miktar kadar USB'nin finansmanına katkıda bulunması kararlaştırılmıştır. Uzun süreli bakım sisteminin finansmanı ve kullanıcı katkılarını, LAPAD Kanunu'nun 2. başlığının 5. bölümünde düzenlenmektedir. Söz konusu kanunun 32. maddesinde, yetkili kamu idaresinin ilgili yükümlülüklerini yerine getirebilmeleri için SAAD'a ayrılan bütçenin yeterli olması gerektiği ve bu miktarın yıllık olarak belirleneceği belirtilmektedir. Bunun yanı sıra, merkezi yönetim ve özerk bölge yönetimlerine kendi aralarında sözleşme yapma hakkı tanınmaktadır. Yıllık veya değişen koşullara göre yapılan bu anlaşmalarla, hizmetlerin ve yardımların finansmanında tarafların sorumlulukları kararlaştırılmaktadır. Bu

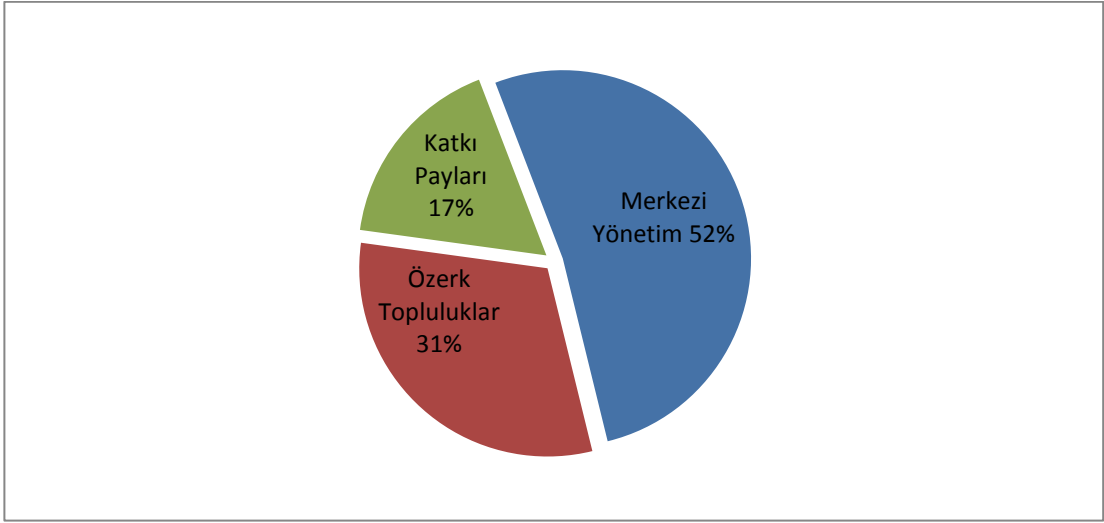
çerçeve, bakıma muhtaç birey nüfusu, bu bireylerin coğrafi dağılımı, tekrar hizmet almaya başlayanlar ve diğer faktörler dikkate alınmakta olup taraflar sonradan sözleşme şartlarını tekrar gözden geçirebilmektedir. Özerk bölge yönetimleri, istemeleri durumunda ve kendileri tarafından finanse edilmesi şartıyla sözleşme dışında başka hizmetler de sunabilmektedir (Gutierrez vd., 2010: 9).

Kanunun 33. maddesinde, USB yararlanıcıların katkı payı yoluyla hizmetlerin finansmanına katılmaları öngörülmüştür. Katkı payı, bireyin gelir düzeyine ve ihtiyaç duyulan hizmetin kapsamı ve maliyetine göre değişmektedir. Bununla birlikte, LAPAD Kanunu hiçbir vatandaşın ekonomik yetersizlikten dolayı sistemin dışında kalamayacağını belirtmektedir. Katkı payı miktarını belirleme kriterleri, yakın zamanda tanımlanmış ve geriye dönük olmayacak şekilde zorunlu hale getirilmiştir (Gutierrez vd., 2010: 9-10). Buna göre;

Yaşlı bakım evleri: Bireyin geliri yeterli olan durumlarda, maliyetin %90'ını ödemektedir. Ancak, hiç kimse gelirinin %90'ından fazlasını veya %70'inden azını ödememektedir. Ayrıca, bireyin katkı payı ödedikten sonra gelirinden kişisel harcamalarını yapması için ayda en az 60 Avro kalmış olması kriteri vardır.

Gündüzlü bakım merkezleri: Bu hizmet için katkı payı, kişinin gelir düzeyine bağlı olarak değişen oranlardadır. Ancak, bu oranın bireyin gelirinin %10'u ile %65'i aralığında olma şartı vardır.

Merkezi yönetim tarafından SAAD için ayrılan fonun, her yıl bütçede belirlendiği belirtilmişti. Şekil 3.9'da görüldüğü üzere, 2009 yılında merkezi yönetim SAAD sisteminin %52'sini finanse ederken, geriye kalan kısmın %17'si katkı payları ile %31'i de özerk yönetimler tarafından finanse edilmiştir.



Şekil 3.9. SAAD finansmanı, 2009
Kaynak: Gutierrez ve diğerleri (2010)

3.6.2.4. Uzun süreli bakım hizmetlerinden yararlanma kriterleri

İspanya’da, bakıma muhtaçlık değerlendirme başvurusunun ikamet ettiği yerdeki özerk idare tarafından gerçekleştirilmektedir. Yapılan değerlendirme, ülkenin her yerinde geçerli olmaktadır. Bakıma muhtaçlık seviyesi, Bölgesel Konsey tarafından onaylanan bir ölçek kullanılarak belirlenmektedir. Söz konusu bakıma muhtaçlık seviyeleri Tablo 3.9’da gösterilmektedir.

Tablo 3.9. Bakıma muhtaçlık seviyeleri

Seviye I (Orta)	Seviye II (Ağır)	Seviye III (Çok Ağır)
Bir günde çeşitli günlük yaşam aktivitelerinden en az birisinde yardıma ihtiyaç duyan veya kişisel özerkliği için aralıklı ve sınırlı desteğe ihtiyaç duyan birey.	Bir günde çeşitli günlük yaşam aktivitelerinde iki veya üç kere yardıma ihtiyaç duyan ancak, sürekli olarak bakıcı desteği istemeyen veya kişisel özerkliği için kapsamlı desteğe ihtiyaç duyan birey.	Bir günde günlük yaşam aktivitelerinde birkaç kez yardıma ihtiyaç duyan veya fiziksel, zihinsel veya duysal engelinden dolayı sürekli olarak başkasının yardımına ihtiyaç duyan veya kişisel özerkliği için geliştirilmiş desteğe ihtiyaç duyan birey.

Kaynak: Gutierrez ve diğerleri (2010: 4)

Yukarıda gösterilen her bir bakıma muhtaçlık seviyesi, bireyin kişisel özerklik durumuna ve ihtiyaç duyduğu bakımın yoğunluğuna bağlı olarak kendi içinde iki düzeye ayrılmaktadır. Birinci alt düzey, aktiviteleri üçüncü bir kişinin doğrudan desteği olmadan gerçekleştirebilen bireyler için; ikinci alt düzey ise belli başlı hizmet türlerinin gerekli olduğu durumlar için kullanılmaktadır.

İspanya’da yeni sistemin uygulanmaya başlamasıyla birlikte yaklaşık bir milyon insanın USB hizmetlerinden faydalanması beklenmektedir. Ancak, İspanya’da bu hizmetlerin büyük çoğunluğunun halen aileler tarafından sağlandığını; başka bir ifadeyle İspanya’da baskın olan hizmet modelinin enformal bakım olduğunu belirtmekte fayda vardır. Bakıma muhtaç bireylerin yaklaşık %70’i enformal bakım almaktadır (Gutierrez vd., 2010: 12).

3.6.2.5. SAAD (USB) sistemi kapsamında sunulan hizmetler

Bakıma muhtaçlık değerlendirmesinin ikamet edilen yerdeki özerk yönetimler tarafından yapıldığı ve bu değerlendirmenin ülkenin her yerinde geçerli olduğu belirtilmişti. İkamet yerinin değişmesi durumunda, yeni yerdeki özerk kuruluş bakıma muhtaçlık değerlendirmesini değiştirememekte, ancak yararlanılan hizmet veya yardımlarda değişiklik yapılması gereken durumlarda kişisel bakım planının değiştirilmesi mümkün olmaktadır.

3.6.2.5.1. *Evde bakım*

Evde bakım hizmeti, bireyin kendi evinde temizlik yapma, yemek pişirme, çamaşır yıkama gibi günlük ihtiyaçları ve kişisel bakımının karşılanmasını içermektedir ve akredite olmuş özel şirketler tarafından yürütülmektedir. Tablo 3.10'da, 2008 yılında bölgelere göre evde bakım hizmetinden yararlanan nüfus gösterilmektedir.

Tablo 3.10. Bölgelere göre evde bakım hizmeti alan birey sayısı, 2008

Bölge	65 Yaş ve Üzeri Nüfus	Yararlanan Birey Sayısı	Yararlanma Oranı*
Andalucia	1.196.354	46.924	3,92
Aragon	262.113	11.316	4,32
Asturias	235.428	10.712	4,55
Baleares	145.675	4.738	3,25
Canarias	263.027	9.251	3,52
Cantabria	107.342	3.826	3,56
Castilla y Leon	570.559	27.624	4,84
Castilla-La Mancha	362.087	28.111	7,76
Cataluna	1.196.294	57.034	4,77
C.Valenciana	813.214	22.305	2,74
Extremadura	207.081	20.506	9,90
Galicia	602.986	10.018	1,66
Madrid	895.583	71.343	7,97
Murcia	194.003	4.699	2,42
Navarra	107.020	3.660	3,42
País Vasco	401.688	21.891	5,45
La Rioja	57.187	3.001	5,25
Ceuta	8.640	828	9,58
Melilla	7.526	291	3,87
Toplam (İspanya)	7.633.807	358.078	4,69

*Yararlanma oranı: (evde bakım hizmetinden yararlanan birey sayısı/65 yaş ve üzeri nüfus)*100.

Kaynak: Gutierrez ve diğerleri (2010: 4)

Tablo 3.10’da görüldüğü üzere, 2008 yılında yaklaşık 360.000 birey evde bakım hizmetinden yararlanmıştır. Bu da yaklaşık 8 milyon olan 65 yaş ve üzeri nüfusun, %4,69’una karşılık gelmektedir. Gutierrez ve diğerleri (2010), evde bakım hizmeti alan ortalama bir kişinin; genellikle kadın (%67), 79 yaş ve üzeri (%51’i 80 yaş ve üzeri) ve

evde tek yaşamayan (sadece %31'i evde yalnız yaşamakta) birey olduğunu belirtmektedir.

İspanya SAAD sisteminde, evde bakım hizmeti kapsamında aylık olarak sunulacak hizmetler, bireyin bakıma muhtaçlık seviyesi ve düzeyine göre belirlenmektedir. Buna göre, söz konusu bakıma muhtaçlık seviye ve düzeylerine göre belirlenen süreler Tablo 3.11'de gösterilmektedir (Gutierrez vd., 2010: 15).

Tablo 3.11. Evde bakım hizmet süreleri (saat/aylık)

Yoğun Evde Bakım	Çok ağır - Düzey 2	70-90 saat/ayda
	Çok ağır – Düzey 1	77-70 saat/ayda
	Ağır – Düzey 2	40-55 saat/ayda
	Ağır – Düzey 1	30-40 saat/ayda
	Orta – Düzey 2	21-30 saat/ayda
	Orta – Düzey 1	12-20 saat/ayda
Yoğun Olmayan Evde Bakım	Çok ağır - Düzey 2	45 saate kadar (ayda)
	Çok ağır – Düzey 1	35 saate kadar (ayda)
	Ağır – Düzey 2	28 saate kadar (ayda)
	Ağır – Düzey 1	20 saate kadar (ayda)

Kaynak: Gutierrez ve diğerleri (2010)

IMSERSO verilerine göre, ortalama evde bakım yoğunluğu 2008 yılında yaklaşık ayda 17 saat olmuştur. Ancak, bölgeler arasında hem evde bakımın yoğunluğu hem de kamu tarafından sunulan evde bakımın maliyeti açısından önemli farklılıklar görülmektedir. Ortalama evde bakım hizmetlerinin yoğunluğu Galicia'da ayda 28 saat iken, Andalusia'da 8,39 saat olmuştur. Evde bakım hizmetinin maliyeti Extremadura'da saatlik 6,8 Avro iken, Navarra'da ayı hizmetin saatlik ücreti 22,77 Avro'dur (IMSERSO, 2009).

3.6.2.5.2. Kurumsal bakım

İspanya’da bakıma muhtaçlık seviyesi, türü ve yoğunluğuna göre kurumsal bakım hizmeti sunulmaktadır. Bu hizmetler kişiye sürekli olarak verilebildiği gibi, geçici iyileşme dönemlerinde veya enformal bakıcılarının soluklanma dönemlerinde de sunulabilmektedir. Bu tür yatılı bakım hizmetleri, kamu ve bağlı kuruluşlarında sağlanmaktadır. İspanya’da yaklaşık 5.000 bakım merkezi bulunmakta olup, bunun %80’ini özel bakım merkezleri oluşturmaktadır. 2008 yılında kurumsal bakım hizmeti alan bireylere ilişkin veriler Tablo 3.12’de gösterilmektedir.

Tablo 3.12. Kurumsal bakım hizmeti alan birey sayısı, 2008

	65-79 yaş arası	80 yaş ve üzeri
Bakım Merkezleri	50.847	157.355
65 Yaş ve Üzeri Engelli Bireyler İçin Bakım Evleri	3.689	716
Huzurevleri	4.991	4.923
Toplam	59.527	162.994

Kaynak: Gutierrez ve diğerleri (2010: 14)

3.6.2.5.3. SAAD sistemi kapsamında sunulan diğer hizmetler

Gece veya gündüzlü merkezlerde, mümkün olan en yüksek düzeyde kişisel özerkliğin geliştirilmesi ve sürdürülmesi ile bakıcıların desteklenmesi amacıyla hizmetler sunulmaktadır. Özellikle, bakıma muhtaç bireylere fiziksel ve psiko-sosyal açıdan danışmanlık, önleme, rehabilitasyon, özerkliğin teşviki için rehberlik ve kişisel bakım hizmetleri verilmektedir. 2008 yılı itibariyle kamu, yarı-kamu ve özel gece/gündüzlü hizmet merkezlerinde yaklaşık 63.500 doldurulmamış kapasite

bulunmaktadır. Bu merkezler; 65 yaş ve altı, 65 yaş ve üstü bireylerin bakım ihtiyaçlarına göre spesifik olarak uzmanlaşmış merkezlerdir. 2002 ve 2008 yılları arasında, bu merkezlerden her yıl yaklaşık olarak 15.000 tane daha açılmıştır (Gutierrez vd., 2010: 16).

Diğer bir hizmet türü ise korumalı evlerde yaşlı bireylere sunulan toplum temelli hizmet modelidir. Ocak 2008’de, sayıları 850 olan korumalı evlerin 7.285 yatak kapasitesi bulunmaktadır (Gutierrez vd., 2010: 16).

İspanya’da ayrıca acil durumlarda, güvensizlik, yalnızlık ve sosyal izolasyon durumlarında bireylerin telefon gibi bilgi ve iletişim araçları ile ulaşabileceği “telecare” veya “tele-yardım hizmetleri” sunulmaktadır. Bu hizmetin planlaması ve koordinesi özerk bölge yönetimleri tarafından yürütülmektedir. Haftanın 7 günü 24 saat sunulan bu hizmet kapsamında, yaklaşık %10’u acil durum çağrısı olmak üzere günlük ortalama 2.500 çağrı alınmaktadır. Aylık ücreti yaklaşık 27 Avro olan hizmetten; yalnız yaşayan yaşlı bireylere, gelirine bakılmaksızın bakıma muhtaç 80 yaş ve üzeri bireylere, belli bir gelir seviyesinin altındaki 80 yaş altı bakıma muhtaç bireylere %100, %80 veya %40 oranlarında indirim sağlanmaktadır (Casas, 2010: 71-73; Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011).

3.6.3. Hollanda

2005 yılından bu yana yayınlanan “Avrupa Sağlık Tüketici Endeksi”nde sürekli olarak ilk üçte yer alan tek ülke olan Hollanda’da, 1968 yılından bu yana kamu USB sigortası uygulanmaktadır (Health Consumer Powerhouse, 2012; Spoor, 2013: 1). Özellikle, İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra USB hizmetleri, yavaş yavaş profesyonel resmi bakım şeklinde gelişmeye başlamıştır (Nostrand, ve diğerleri, 1995). Hollanda’da yaşayan bireyler, 14 Aralık 1967 tarihinde kabul edilen ve 1 Ocak 1968’de yürürlüğe giren “İstisnai Tıbbi Giderler Kanunu” (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten-

AWBZ) ile sigorta kapsamına alınmıştır. Söz konusu kanunun yürürlüğe girdiği yıllarda USB hizmetlerini ağırlıklı olarak kurumsal bakım şeklinde sağlayan Hollanda, günümüze kadar hizmet modelleri ve hizmetlerin kapsamında çeşitli reformlar gerçekleştirmiştir. Günümüzde ise Hollanda'da USB, bazı durumlarda tedavi ve rehabilitasyonu da içeren ve “İstisnai Tıbbi Giderler Kanunu” olarak adlandırılan sosyal bakım sigortası kanunu (AWBZ)¹⁰ ile toplumsal katılıma odaklanan “Sosyal Destek Kanunu” (Wet Maatschappelijke Ondersteuning-WMO)¹¹ kapsamında sağlanmaktadır. Bunların yanı sıra, “Sağlık Sigortası Kanunu” (Zorgverzekeringswet-ZVW) kapsamında da bireysel tıbbi bakım ve ruhsal sağlık bakımı sunulmaktadır. Dolayısıyla, Hollanda’da USB’ye ve rehabilitasyona ihtiyaç duyan bireyler, çoğu zaman bu üç kanun çerçevesinde farklı sistemlerden ihtiyaçlarını karşılamaktadır (Veen, Huijbers ve Nies, 2010:4). Bu nedenle, Hollanda’nın USB sistemi biraz karmaşık bir yapıya sahiptir. Uzun süreli bakım hizmetlerinin entegrasyonunu ve hangi programlar çerçevesinde sunulduğu Tablo 3.13’de gösterilmektedir.

¹⁰ Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında kullanılacak olan AWBZ kısaltması, Hollanda kamu USB sigortasını ifade edecektir.

¹¹ Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında kullanılacak olan WMO kısaltması ise Hollanda’nın sosyal yardım sistemini ifade edecektir.

Tablo 3.13. Uzun süreli bakım hizmetlerinin entegrasyonu

	AWBZ	WMO	ZVW
USB	Yardım, kişisel bakım (evde profesyonel bakım), hemşirelik bakımı, bazı tıbbi hizmetler, kurumsal bakım	Ev işlerinde destek hizmetleri	Bazı tıbbi cihazlar
USB Bağlamında Sosyal Hizmetler		Evlere yemek servisi hizmeti, ev tadilatları, ulaşım	
USB Dışı Hizmetler	Annelik bakımı (maternity care), bakımevinde veya evde rehabilitasyon, geçici bakım	Diğer sosyal hizmetler	Sağlık Hizmetleri

Kaynak: Mot (2010: 10)

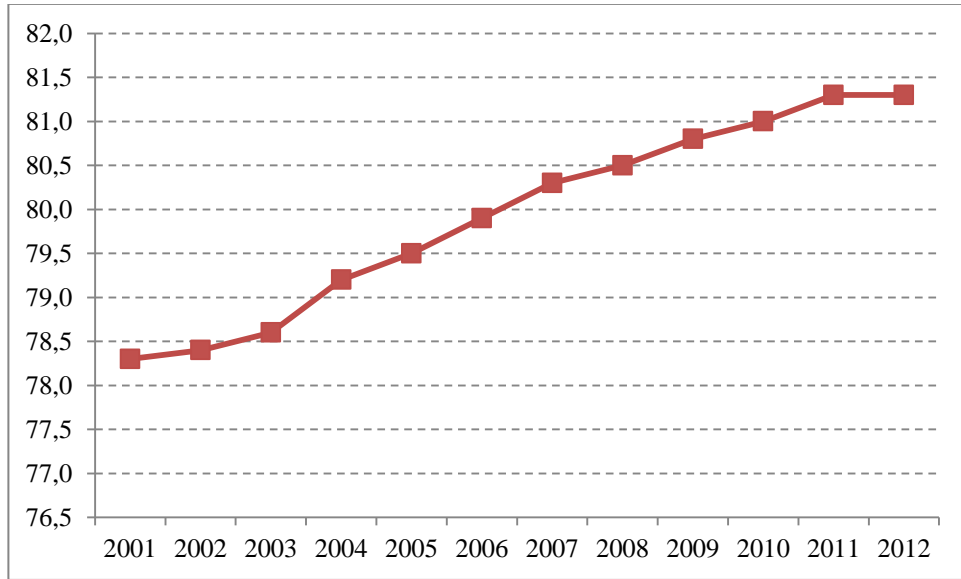
Tablo 3.13'den de anlaşıldığı üzere, bütün USB hizmetlerini AWBZ sigorta sistemi kapsamasa da AWBZ kapsamında sunulan hizmetler, ağırlıklı olarak Hollanda'nın USB sistemini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri ve sosyal yardımlar ise sırasıyla Sağlık Sigortası Kanunu (ZVW) ve Sosyal Destek Kanunu (WMO) kapsamında sağlanmaktadır. AWBZ sigorta sistemi, sağlık sigorta sisteminden ayrı olarak düzenlenmesine karşın iki sigorta sistemi arasında yakın kurumsal bağlantılar bulunmaktadır (Roo, Chambaud ve Güntert, 2004: 291). Her iki sigorta sistemi de

Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı bünyesinde düzenlenmekte ve yarı-kamusal kurumlar tarafından denetlenmektedir.

3.6.3.1. Nüfus yapısı

Schut, Sorbe ve Hoj (2013), Hollanda'nın sağlık sonuç göstergelerinin diğer ülke ortalamalarına nispeten daha iyi olduğunu belirtmektedir. Hollanda'da, 2010 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %15 (OECD ortalamasına eşdeğer) iken, bu oranın 2050 yılında %27 olacağı tahmin edilmektedir (OECD, 2013a).

1995-2005 yılları arasında Hollanda'daki beklenen yaşam süresi birçok OECD ülkesine göre daha yavaş ilerlemiştir (Joumard, Andre ve Nicq, 2010). 2000'li yılların ortasından itibaren ise beklenen yaşam süresi Şekil 3.10'da görüldüğü üzere hızlı bir artış trendine geçmiştir.

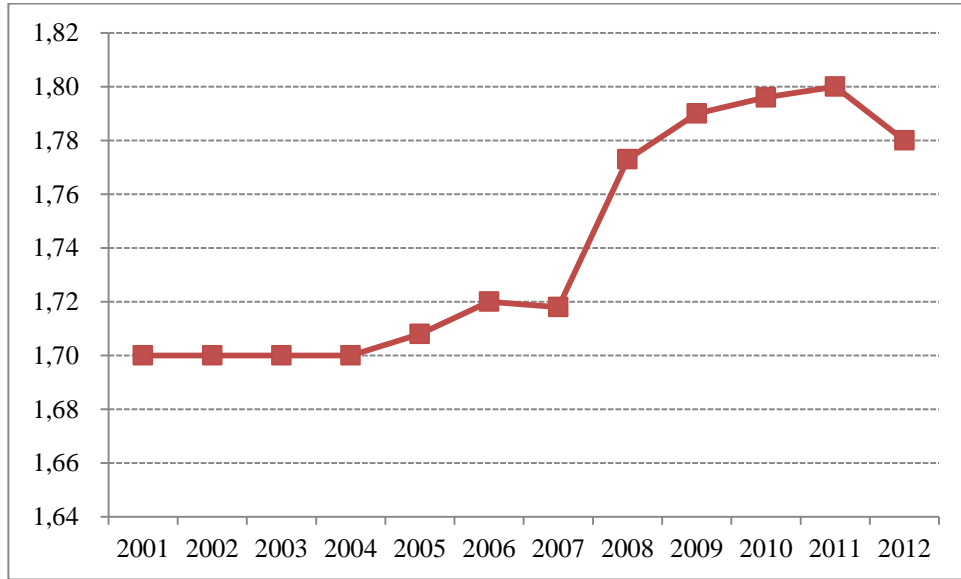


Şekil 3.10. Hollanda'da beklenen yaşam süresi

Kaynak: OECD (2010, 2013b, 2014); WHO (2013)

Şekil 3.10'da görüldüğü gibi, Hollanda'da 2005 yılında 79,5 olan beklenen yaşam süresi, 2012 yılında 81,3 olarak gerçekleşmiştir. Almanya ve birçok Batı Avrupa ülkesi ile benzer olan bu oran, 2012 yılında beklenen yaşam süresi 82,4 olan İspanya'ya göre daha düşüktür.

Diğer taraftan, yıllar itibariyle Hollanda'da doğurganlık oranına yıllar itibariyle bakıldığında, diğer OECD ülkelerine göre biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. 2001-2012 yılları arasında Hollanda'da doğurganlık oranı Şekil 3.11'de yer almaktadır.

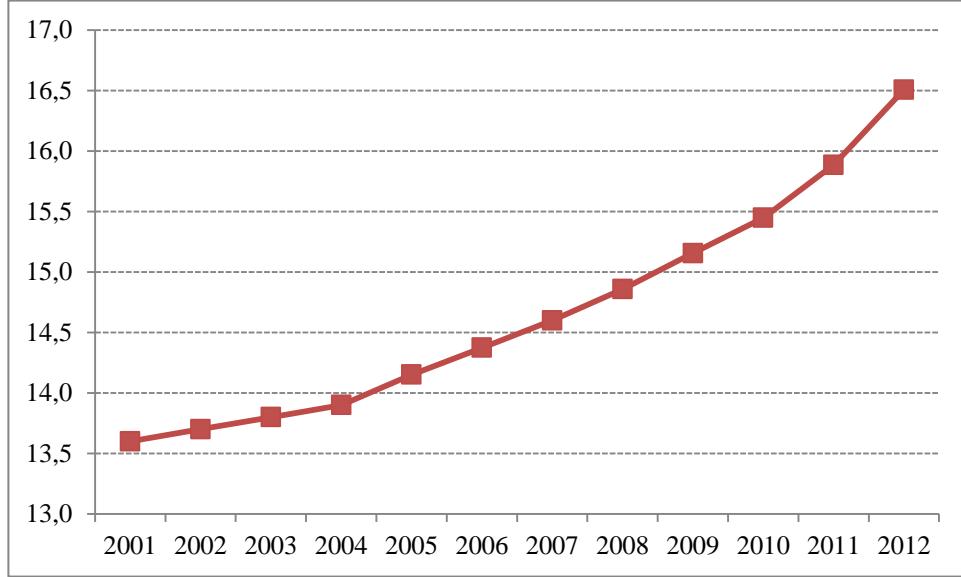


Şekil 3.11. Hollanda'da doğurganlık oranı

Kaynak: OECD (2010, 2013b, 2014); WHO (2013)

Şekil 3.11'de görüldüğü üzere 2007 yılından itibaren hızla artmaya başlayan doğurganlık oranı, 2012 yılında 1,78 olarak gerçekleşmiştir. Aynı yıl, Almanya'da 1,4 ve İspanya'da 1,32 olan doğurganlık oranını göz önünde bulundurursak, Hollanda'da doğurganlık oranı bu iki ülkeye göre daha yüksektir.

Almanya ve İspanya ile diğer OECD ülkelerine göre daha düşük beklenen yaşam süresi ve daha yüksek doğurganlık oranına sahip olan Hollanda’da yaşlı nüfusun daha az olması anlamına gelmektedir.



Şekil 3.12. Hollanda’da 65 yaş ve üzeri nüfus oranı

Kaynak: OECD (2013b). *Country statistical profile: Netherlands*

Şekil 3.12’de görüldüğü üzere, Hollanda’da 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 2001 yılında 13,6 iken, 2012 yılında bu oran 16,5’e yükselmiştir. Yapılan projeksiyon çalışmalarında, 2050 yılında Hollanda’da bu oranın %27’ye; aynı yıl Almanya ve İspanya’da ise sırasıyla %33 ve %36’ya çıkacağı tahmin edilmektedir (OECD, 2013a).

Almanya ve İspanya ile kıyaslandığında, mevcut durumda ve geleceğe yönelik projeksiyonlarda, Hollanda’nın yaşlı nüfusunun daha az olması, USB hizmetlerine talebin bu iki ülkeden daha az olduğu anlamına gelmemektedir. Hollanda’da USB hizmetlerinden faydalanan birey sayısı ve USB hizmetlerine yapılan harcamalarla bunu açıklamak mümkündür. OECD ülkelerinde 65 yaş ve üzeri USB yararlanıcıların oranına bakıldığında, Hollanda’nın en yüksek orana sahip ülkeler arasında yer aldığı

görülmektedir. 2011 yılında 65 yaş ve üzeri USB yararlanıcı oranları incelendiğinde, OECD ortalaması %12,7 iken, Hollanda %19,1 ile en yüksek orana sahip üçüncü ülkedir (bkz. Şekil 1.1). Almanya ve İspanya'ya nispeten yaşlı nüfusu az olan Hollanda'da, USB hizmetlerinden faydalanan birey sayısı bu ülkelere göre yaklaşık iki kattır. Ayrıca, Hollanda'da sistemin kapsamlı ve cömert olması ile kurumsal bakımın yoğun olması nedenleriyle, USB hizmetlerine yapılan harcamalar diğer OECD ülkelerine göre oldukça fazladır. Örneğin, 2011 yılı verilerine göre Hollanda'nın GSYİH'sinin %3,7'sini USB harcamaları oluşturmaktadır. Bu rakam OECD ortalamasının iki katından daha fazladır (bkz. Şekil 1.2). Bu sebeplerden dolayı, Hollanda da diğer ülkeler gibi USB talebi ve harcamalarının artması riskiyle karşı karşıyadır.

3.6.3.2. Uzun süreli bakım sistemi ve özellikleri

Hollanda'da, İkinci Dünya Savaşı'ndan kısa bir süre sonra gelişmeye başlayan USB hizmetleri, o yıllarda geleneksel olarak kamu tarafından sağlanmaktaydı. 1950 ve 1960'lı yıllarda ulusal sosyal sigorta sisteminin hızla genişletilmesinden sonra, 14 Aralık 1967 tarihinde "İstisnai Tıbbi Giderler Kanunu" (AWBZ) isimli kamu USB sigortası kanunu kabul edilmiştir. 1 Ocak 1968 tarihinde yürürlüğe giren bu kanunla Hollanda, OECD ülkeleri arasında zorunlu USB sigortasını tanıtan ilk ülkelerden biri olmuştur (OECD, 2011; Governments of the Netherlands, 2012: 58).

Daha önce kamu tarafından ağırlıklı olarak sunulan kurumsal bakım, 1980'li yıllardan itibaren özelleştirilen evde bakım modeline kaydırılmaya çalışılmıştır. Bu amaçla, 1990'lı yıllarda USB sistemi (AWBZ) kapsamında evde bakım hizmeti alan bireylere mali destek verilmeye başlanmıştır. 1995 yılında "Kişisel Bütçe" (Persoonsgebonden Budget-nakit para yardımı) sistemi tanıtılarak, birey-odaklı hizmet yaklaşımı benimsenmiştir. Bu hizmet ile kişilere doğrudan hizmet veya nakit para yardımı arasında seçim yapma hakkı tanınarak, hem USB yararlanıcılarına esneklik

sağlanması hem de özel hizmet sağlayıcıları arasındaki rekabetin teşvik edilmesi amaçlanmıştır (Tinker, Ginn, ve Ribe 2013).

Son yirmi yılda ise, bütüncül (holistik) bakım modeli ve evrensel finansman mekanizması uygulayarak oldukça cömert bir kamu USB sistemine sahip olan Hollanda, bazı düzenlemelerle bakım konusunu biraz daha bireyselleştirerek, bakım ve bakımın maliyeti konusunda bireylere ve ailelerine daha çok rol vermeye başlamıştır (Tinker, Ginn, ve Ribe 2013). Başka bir deyişle, USB harcamalarının artmasıyla kamu üzerindeki yükün bir kısmı, bireylere ve ailelerine aktarılmıştır.

Kamu USB sigortası (AWBZ) kapsamında sunulan hizmetler; primler, vergiler ve gelire bağlı katkı payları ile finanse edilmektedir. Dolayısıyla, Hollanda USB sistemi çoğunlukla sosyal sigorta primleri ile karşılanmasına karşın, USB harcamalarının bir kısmı genel bütçeden karşılanmaktadır.

Bununla birlikte, 2007 yılında yürürlüğe giren “Sosyal Destek Kanunu” (WMO) ile AWBZ kapsamında sunulan bazı hizmetler, WMO programına transfer edilmiştir. Buna göre, bakıma muhtaç bireylere yemek yapma, temizlik yapma, alışveriş yapma ve bunun gibi diğer günlük yaşam aktivitelerinde sağlanan evde destek hizmetleri yerel yönetimlerin sorumluluğuna verilmiştir. WMO kapsamında sağlanan sosyal hizmetler için ayrılan belirli bir bütçe olmamakla birlikte, bu hizmetlerin finansmanı genel bütçe ve yerel vergilerden ayrılan fonlarla karşılanmaktadır (Tinker, Ginn, ve Ribe 2013).

3.6.3.3. Uzun süreli bakım sigortasının finansmanı

Genel olarak, Hollanda’da USB sistemi AWBZ kapsamında elde edilen primler ve yararlanıcılardan alınan katkı payları ile finanse edilmektedir. Bununla birlikte, AWBZ primlerinden elde edilen gelirin harcamaları karşılamak için yeterli olmadığı

durumlarda AWBZ kapsamında yapılan harcamaların bir kısmı vergilerle finanse edilmektedir (Mot, 2010: 12).

Hollanda'da geliri olan herkes, AWBZ kapsamında gelirinin belli bir oranında prim ödemektedir. 2002 yılında %10,25 olan prim oranı, aynı oluşan büyük bütçe açığını kapatmak amacıyla 2013'ten itibaren kademeli olarak arttırılarak 2005 yılında %13,45'e yükseltilmiştir. Prim oranında yapılan bu artış sonrası 2004 yılında bütçe fazlalığı oluşmuş ve gelir-gider dengesini sağlamak amacıyla 2008 yılından itibaren prim oranı sabitlenerek %12,15 olarak belirlenmiştir (Redeman, 2012). Böylece, ilk iki vergi dilimine giren ve yıllık geliri yaklaşık 33.436 Avro'nun (2011 yılı için) altında olan bireylerden %12,15 oranında prim kesilmektedir (Leyden Academy, 2012: 18). Buradan hareketle, 2011 yılında bir kişi tarafından ödenebilecek maksimum primin 4.062,50 Avro değerinde olacağını söyleyebiliriz. Artan oranlı vergi sistemi uygulanan Hollanda'da, yüksek gelirli bireyler prim ödememekte ancak çok daha yüksek vergi ödeyerek AWBZ sisteminin finansmanına katılmaktadır. Ayrıca, gelire bağlı katkı payı kesildiğinden, bireylerin gelir düzeyleri arasındaki denge sağlanmaya çalışılmaktadır (Mot, 2010: 12).

Diğer taraftan, AWBZ ve WMO kapsamında USB hizmetlerinden yararlanan her birey katkı payı ödemek suretiyle USB finansmanına katılmak zorundadır. Katkı payı bireyin gelirine ve sahip olduğu sosyal şartlara göre hesaplanmakta olup, yararlanan hizmetin yatılı olup olmamasına göre farklılaşmaktadır.

Yatılı olmayan USB hizmetleri için AWBZ kapsamında bireyler, gelirine bağlı olarak belirlenen maksimum miktarı geçmemek üzere aldıkları bakımının her saati için 12,60 Avro ödemektedir. Bireyin yaşadığı hanede diğer aile üyelerinin geliri ve mal varlığı, katkı payının hesaplanmasında dikkate alınmamakla birlikte, hanede yaşayan kişi sayısı ve bireyin 65 yaş ve üzeri olup olmadığı katkı payı miktarını etkilemektedir. Buna göre, yaşlı bir birey 14.812 Avro veya daha az yıllık gelire sahipse, dört hafta için alınan maksimum katkı payı miktarı 17,20 Avro'dur. Aynı bireyin yıllık geliri 40.000

Avro olması durumunda ise dört hafta için alınan maksimum katkı payı miktarı 307,83 Avro olmaktadır¹² (Mot, 2010: 14).

Kurumsal bakım hizmetlerinde ise düşük ve yüksek olmak üzere iki farklı katkı payı seviyesi bulunmaktadır. Düşük katkı payı durumunda, birey maksimum 758,60 Avro'ya kadar aylık gelirinin %12,5'ini ödemektedir. Yüksek katkı payı durumunda ise ayda maksimum 2.081,60 Avro alınmaktadır (Tinker, Ginn ve Ribe, 2013: 9).

Kurumlarda bakılan yetişkinler ise ayrıca gelirine bağlı olarak pansiyon ve konaklama maliyetine katkıda bulunmak zorundadır. Buna göre, kişinin aylık gelirinden acil durumlar ve kişisel harcamalar için en az 276,41 Avro (çiftler için 430 Avro) kalacak şekilde katkı payı alınmaktadır (Mot, 2010: 15).

Hollanda'da nüfusun yaşlanması, hizmetlere erişimde katı olmayan kriterlerin uygulanması gibi nedenlerle, AWBZ kapsamında sağlanan USB hizmetlerinin maliyeti son yıllarda sürekli olarak artmaktadır. 2009 yılında kronik hastalar, yaşlı ve engelli bireyler için bakım maliyetleri 23 milyar Avro'yu geçmiş ve kişi başına maliyet yaklaşık 1.400 Avro (915 Avro olan 2000 yılına göre %50 oranında artarak) olarak gerçekleşmiştir (Peters, 2010; Leyden Academy, 2012: 23). AWBZ sigorta sisteminin, gelirleri oluşturan finansman mekanizmalarını da içerecek şekilde, yıllar itibariyle finansal gelişimi Tablo 3.14'de gösterilmektedir.

¹² Bu durumda maksimum katkı payı miktarı; (toplam gelir-14.812 Avro)'nun %15'ine 223,60 Avro eklenip, sonucun 13'e bölünmesi ile elde edilmektedir.

Tablo 3.14. AWBZ sigorta sisteminin finansal gelişimi (milyon Avro)

Yıllar	Gelir				Gider*	Net Gelir
	Primler	Katkı Payları	Diğer Gelirler	Toplam Gelir		
2002	11.538,4	1.577,8	2.408,3	15.524,5	18.718,4	-3.193,9
2003	15.515,0	1.577,3	4.237,9	21.330,2	20.658,0	672,2
2004	15.888,4	1.741,4	5.456,9	23.086,7	21.656,2	1.430,5
2005	16.051,4	1.788,2	5.303,2	23.142,8	22.744,8	398,0
2006	14.045,7	1.794,6	7.286,6	23.126,9	22.732,1	394,8
2007	14.398,4	1.617,6	7.325,9	23.341,9	22.682,3	659,6
2008	14.213,7	1.580,2	4.806,7	20.600,6	21.625,8	-1.025,2
2009	13.555,2	1.581,9	4.938,4	20.075,5	23.025,8	-2.950,3
2010	15.190,4	1.668,6	4.933,5	21.792,5	24.093,0	-2.300,5
2011	16.246,0	1.801,3	5.285,9	23.333,2	24.999,8	-1.666,6
2012	16.077,4	1.832,9	5.321,0	23.231,3	27.693,0	-4.461,7
2013	17.729,5	2.085,2	3.756,1	23.570,8	27.261,4	-3.690,7

Kaynak: www.zorginstituutnederland.nl (Hollanda Bakım Enstitüsü websitesi verilerinden derlenmiştir (27.04.2014))

*Toplam gidere idari harcamalar dahil edilmemiştir.

Tablo 3.14'den anlaşılacağı üzere, Hollanda'nın AWBZ sosyal sigortası kapsamında yapılan harcamalar her yıl artmakta ve özellikle son birkaç yıl içinde oluşan gelir-gider dengesizliği dikkat çekmektedir. 2008 yılından itibaren bütçe açığı veren AWBZ sistemi kapsamında, 2013 yılında; primler, devlet bütçesi ve kişisel katkı paylarından oluşan 23,5 milyar Avro'dan fazla gelir elde edilmiştir. 2002 yılına göre elde edilen toplam gelir yaklaşık %52 oranında artmıştır. 2013 yılında yapılan 27 milyar Avro'dan fazla harcamanın; yaklaşık üçte ikisi sigorta primleri, dörtte biri vergiler ile finanse edilirken, %8'si ise katkı payları ile finanse edilmiştir.

Diğer taraftan, elde edilen gelirler, USB harcamalarını karşılamaya yeterli olmadığından Hollanda, bir takım düzenlemeler yapmıştır. Bazı hizmetler, AWBZ kapsamından çıkarılarak diğer sosyal programlar tarafından verilmeye başlanmıştır. Bu çerçevede, 2007 yılında ev işleri ile ilgili destek hizmetleri sosyal yardım programına ve 2008 yılında da ruh sağlığı hizmetleri sağlık sigortasına transfer edilerek, AWBZ kapsamında yapılan harcamalar kontrol altına alınmaya çalışılmıştır (Peters, 2010).

3.6.3.4. Uzun süreli bakım sigortasından faydalanma kriterleri

Temel olarak, Hollanda’da çalışan veya yaşayan tüm bireyler yaş ve gelirine bağlı olmaksızın USB sigortası (AWBZ) kapsamına alınmıştır. Dolayısıyla, ilke olarak kronik hastalar, yaşlı ve engelli bireyler dahil olmak üzere bakıma ihtiyaç duyan ve yararlanma kriterlerini sağlayan herkes, bu kamu USB sigortası kapsamında sunulan hizmetlerden faydalanma hakkına sahiptir.

Kamu USB sigortası (AWBZ) kapsamında olan sigortalının, bakıma muhtaçlık tespiti ve ihtiyaç duyduğu hizmetin boyutu, 2004 yılından bu yana bağımsız kuruluşlar olan Bakım Değerlendirme Merkezi (Centrum Indicatiestelling Zorg-CIZ) tarafından değerlendirilmektedir. Söz konusu değerlendirme sürecinde, yukarıdan aşağıya doğru daralan/sayısı azalan adımlar izlenen ve bu haliyle sanki bir huniye benzeyen “Huni Model” (Funneling Model) kullanılmaktadır.¹³ Bakım Değerlendirme Merkezi tarafından alınan karar en yakın bölgesel bakım ofisine iletilmektedir. Hollanda’da, her birinde bakıma muhtaç bireylere hizmet sunan bakım ofislerinin olduğu 32 tane bakım bölgesi bulunmaktadır (Leyden Academy, 2012: 16).

Bakım Değerlendirme Merkezi tarafından yapılan değerlendirme 5 yıl geçerli olup, 5 yıldan sonra otomatik olarak tekrar yapılmaktadır. Ancak, sigortalının bakım ihtiyaçlarında değişiklik olduğunu öne sürmesi durumunda, değerlendirmenin daha

¹³ Detaylı bilgi için bkz. Mot, 2010. s.5.

yakın bir zamanda tekrar yapılması mümkün olmaktadır (Tinker, Ginn ve Ribe, 2013: 8; EC, 2013: 29).

Almanya ve İspanya'nın aksine, Hollanda'da bakıma muhtaçlık seviyeleri sınıflandırılmamıştır. Kişinin bireysel ve sosyal durumu dikkate alınarak, kamu USB hizmetlerine ihtiyaç duyup duymadığı ve ihtiyaç duyulan hizmetlerin boyutu her birey için ayrı ayrı belirlenmektedir (Mot, 2010: 4). Bununla birlikte, Hollanda hükümeti AWBZ kapsamında USB hizmetlerinden faydalanabilmek için altı temel göstergeden en az birinin mevcut olması gerektiğini belirtmektedir (Government of the Netherlands, 2012: 62). Bu göstergeler şu şekilde özetlenmektedir:

- Bedensel hastalık, bozukluk veya engellilik,
- Psiko-geriatrik bozukluk veya engellilik,
- Psikiyatrik bozukluk veya engellilik,
- Zihinsel engellilik,
- Fiziksel engellilik,
- Duyusal engellilik.

3.6.3.5. Uzun süreli bakım sigortası (AWBZ) kapsamında sunulan hizmetler

Bakıma muhtaçlık değerlendirmesinin bağımsız Bakım Değerlendirme Merkezi tarafından yapıldığı belirtilmişti. Söz konusu merkezde, bireyin bakıma muhtaçlık tespiti yapılarak, bireyin durumuna göre altı temel USB hizmet paketinden ihtiyaç duyduğu hizmet/hizmetler ve bu hizmetlerin süreleri kararlaştırılmaktadır. Buna göre, AWBZ tarafından kapsanan altı temel USB hizmetleri şu şekildedir (Leyden Academy, 2012: 15):

- Kişisel bakım: banyo yapma, giyinme, tıraş olma, tuvalet ihtiyacını giderme, vb. aktivitelerde destek hizmetleri,

- Hemşirelik bakımı: yara pansumanı, enjeksiyon, ilaç kullanımı, öz bakım öğretimi, vb. hizmetler,
- Danışmanlık: günlük pratik konularda danışmanlık hizmetleri,
- Bazı tedavi hizmetleri: hastalık veya yaralanma sonrası iyileşme döneminde destek hizmetleri (örn. felç sonrası tekrar yürümeyi öğrenme veya panik atak ile başa çıkmayı öğrenme gibi),
- Kurumsal bakım,
- Kısa-sürelili kurumsal bakım (haftada maksimum 3 gün).

Yukarıda belirtilen ilk dört hizmet, bireyin kendi evinde veya kurum bakımı alanlar için kurumda sağlanabilmektedir. Bakıma muhtaç birey, bu hizmetleri doğrudan almak yerine “Kişisel Bütçe” olarak adlandırılan nakit para ödeneği de seçme hakkına sahiptir. Kural olarak, AWBZ kapsamında en az üç ay bakım ihtiyacı olan bireyler, bu haktan yararlanabilmektedir. Ancak, tedavi hizmeti veya kurum bakımı alan bireylere USB hizmeti doğrudan sunulduğundan, bu bireyler nakit para ödeneğinden yararlanamamaktadır. Aylık, üç/altı ayda bir veya yıllık ödeme seçenekleri olan nakit para ödenek miktarı, ihtiyaç duyulan hizmetin devlete olan maliyetinin %75’inden az olmak zorundadır (Government of the Netherlands, 2012: 61). Bakıma muhtaç bireyler, aldıkları nakit para ödeneği ile kendi seçecekleri bir kişi veya hizmet sunucusundan USB ihtiyacını karşılayabilmektedir.

Tablo 3.15. Kişisel bütçe ödeneğine ilişkin istatistiki veriler (2009-2010, Avro)

	2009	2010
Kişisel Bütçe ödeneği alan kişi sayısı	118.284	120.572
Kişisel Bütçe ödeneğine ayrılan fon	2.175 milyon	2.397 milyon
Kişisel Bütçe ödeneğine ayrılan fondan harcanan miktar	%88,3	%90,4
Yararlanıcılar tarafından harcanılan toplam Kişisel Bütçe	1.920 milyon	2.116 milyon
Ortalama kişi başına harcanan Kişisel Bütçe	16.232 (günlük 44)	17.550 (günlük 48)

Kaynak: Leyden Academy (2012: 29).

Bakıma muhtaç bir bireyin alacağı Kişisel Bütçe miktarı, Bakım Değerlendirme Merkezinin bireyin ihtiyaç duyduğu hizmet türü ve süresine göre yaptığı değerlendirmeye bağlı olarak değişmektedir. Tablo 3.15’de görüldüğü gibi, AWBZ kapsamında 2010 yılında yapılan 24 milyar Avro harcamaının 2 milyar Avro’dan daha fazlasını, bakıma muhtaç bireylere kişisel Bütçe adı altında yapılan nakit para yardımları oluşturmaktadır. Son zamanlarda, kamu ve sivil toplum kurumları AWBZ kapsamında yapılan harcamaların küçültmesi yönünde farklı öneriler sunmaktadır. Bu çerçevede, 1 Ocak 2012’de Kişisel Bütçe’den yararlanan kişi sayısı azaltılarak harcamaların azaltılması kararı alınmıştır. Buna göre, 2012’den itibaren sadece extramural bakım, yani duvarların dışında bakım ihtiyacı olan bireyler Kişisel Bütçe’den yararlanmaktadır. 2012 yılından önce yararlanmaya başlayanlar 2014’e kadar almaya devam edecektir (Leyden Academy, 2012: 31).

Hollanda’da enformal bakıcılara önemli bir destek hizmeti sunulmamaktadır. Uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan yakınına, evde hizmet sunan enformal bakıcıya yıllık 200 Avro mali destek sağlanmaktadır (EC, 2013: 28).

AWBZ kapsamında sunulan diğer hizmet modelleri ise evde bakım ve kurumsal bakım hizmetleridir. Tüzel kişiliğe sahip, özerk bir kurum olan Hollanda İstatistik Kurumu'nun 2013 yılı verilerine göre, hizmet türüne göre USB hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı Tablo 3.16 ve 3.17'de gösterilmektedir (Statistics Netherlands, 2013). Uzun süreli bakım hizmetleri yatılı ve yatılı olmayan hizmetler şeklinde ayırt edilmektedir. Kişisel bakım ve hemşirelik bakımı hem yatılı bakım kurumlarında hem de evde bakım hizmet modelinde sağlanmaktadır. Ayrıca, tabloda yer alan verilere, WMO kapsamında sunulan sosyal yardım hizmetlerinden yararlanan bireyler de dahil edilmiştir.

3.6.3.5.1. *Evde Bakım*

Hollanda'da evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler çok çeşitli olmakla birlikte bu hizmetleri ana başlıklar altında; kişisel bakım, hemşirelik bakımı, danışmalık ve bazı tedavi hizmetleri olarak sayabiliriz. Bakıma muhtaç birey, bu hizmetlerin sadece birinden faydalanabileceği gibi, ihtiyaç duyması halinde birden fazla hizmetten de yararlanabilmektedir. Yatılı bakımı içermeyen söz konusu hizmetlerden yıllar itibariyle yararlanan kişi sayıları, hizmet türlerine göre Tablo 3.16'da gösterilmektedir.

Tablo 3.16. Yatılı olmayan bakım (x 1000 kişi)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Evde Bakım	435	441	450	431	429	434	431	445	443
Bireysel Destek	-	-	-	-	-	-	-	142	144
Grup Desteği	-	-	-	-	-	-	-	93	93
Kişisel Bakım	352	293	287	297	315	328	340	352	363
Hemşirelik Bakımı	279	280	285	266	232	201	185	179	180
Toplam	608	595	608	610	620	626	631	740	749

Kaynak: www.cbs.nl (Hollanda İstatistik Kurumu websitesi verilerinden derlenmiştir (27.04.2014)).

Tablo 3.16’da görüldüğü gibi 2012 yılında 749.000 kişi çeşitli evde bakım hizmetlerinden faydalanmıştır. Almanya ve diğer Avrupa ülkelerine göre, kurumsal bakımın daha çok kabul gördüğü ve uygulandığı Hollanda’da, tablodaki rakamlar fazla görünebilir. Ancak, tablodaki veriler yerel yönetimlerce sunulan ev işleriyle ilgili destek hizmetlerinden yararlanan kişileri de içermektedir. Bunun yanı sıra, bir kişi birden fazla hizmetten yararlanmaktadır. Dolayısıyla, gerçekte Hollanda’da evde bakım hizmetinden yararlanan birey sayısı toplamda ifade edilen rakamlardan daha azdır.

3.6.3.5.2. Kurumsal bakım

Hollanda’da kurumsal bakım çeşitli şekillerde sunulmaktadır. Örneğin, ağır bakıma ihtiyacı olan yaşlı bireyler, bakım evleri olarak adlandırabileceğimiz kurumlarda bakılırken, çok yoğun bakım gerektirmeyen bakıma muhtaç yaşlılar ise huzurevi

tarzındaki kurumlarda bakılmaktadır. Bakım evlerinde kalan bireyler genellikle aynı odayı birkaç kişiyle paylaşırken, huzurevlerindeki bireylerin kendilerine özel odaları veya küçük daireleri bulunmaktadır (Mot, 2010: 28).

Hollanda’da kurumsal bakım genellikle bağımsız kar amacı gütmeyen özel kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Bu kuruluşlar, sundukları USB hizmetleri karşılığında devletten fon almaktadır. Başka bir ifadeyle, hizmet verilen her birey için devlet tarafından bu kuruluşlara bütçe verilmektedir. Bakıma muhtaç birey, isterse bu parayı Kişisel Bütçe ödeneği şeklinde almayı seçebilmektedir (National Disability Authority, 2011: 18). Hollanda’da yıllar itibariyle farklı kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanan birey sayısı aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 3.17. Kurumsal bakım (yatılı, x 1000 kişi)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Yaşlı Bakım Evleri ve Huzurevleri	162	161	160	164	162	165	-	-	-
Engelli Bakım Evleri	50	52	54	56	57	60	-	-	-
Ruh Sağlığı Bakımı	16	17	19	19	20	22	-	-	-
Toplam	228	230	233	239	239	246	254	259	262

Kaynak: www.cbs.nl (Hollanda İstatistik Kurumu websitesi verilerinden derlenmiştir (27.04.2014).

Tablo 3.17’de görüldüğü üzere, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanan bireylerin büyük çoğunluğunu yaşlı bireyler oluşturmaktadır. 2009 yılında kurumsal bakımdan yararlanan toplam 246.000 kişinin; 165.000’i yaşlı bakım merkezlerinden,

60.000 kişi engelli bakım merkezlerinden ve 22.00 kişi ise yatılı ruh sağlığı merkezlerinden faydalanmıştır. Hollanda'nın toplam nüfusunun yaklaşık beş katı nüfusa sahip Almanya'da, aynı yıl sosyal sigorta kapsamında kurumsal bakım hizmetinden faydalanan birey sayısı 697.647 iken; yine Hollanda'nın nüfusunun üç katı nüfusa sahip İspanya'da 2008 yılında genel bütçeden finanse edilen kurumsal bakım hizmetinden faydalanan birey sayısı yaklaşık 222.521'dir. Bu da Hollanda'da USB hizmetlerinde kurumsal bakımın büyük rol oynadığını göstermektedir.

3.6.4. Türkiye

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de bakıma muhtaç bireylere yönelik bakım hizmetlerindeki gelişmeler 1980'lerden itibaren hız kazanmıştır. 24 Mayıs 1983 tarihinde 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Kanunu kabul edilerek, farklı kuruluşların sorumluluğunda bulunan sosyal hizmetler bir çatı altında toplanmış ve bakıma muhtaç engelli ve yaşlı bireylere sunulacak bakım hizmetlerinden SHÇEK yetkili kılınmıştır. Söz konusu Kanun, 3 Haziran 2011 tarihli ve 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 35 inci maddesiyle Sosyal Hizmetler Kanunu şeklinde değiştirilmiştir. Aynı Kararname ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurulmuş ve bakıma muhtaç engelli ve yaşlılara yönelik bakım hizmetlerinden, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (EYHGM) yetkili kılınmıştır. Türkiye'de ayrıca belediyeler, vakıflar, dernekler, Darülaceze ve benzeri kuruluşlar ile özel sektör tarafından da USB hizmetleri sağlanmaktadır.

Türkiye'de bakım hizmetlerinden yararlanabilecek kişiler Sosyal Hizmetler Kanunu kapsamında belirlenmekte ve "bakıma ihtiyacı olan engelli" ile "ihtiyacı olan yaşlı" tanımlanmaktadır.¹⁴ Buna göre;

¹⁴ Muhtaç kelimesi 6/2/2014 tarihli ve 6518 sayılı Kanun'un 30 uncu maddesiyle "ihtiyacı olan" şeklinde değiştirilmiştir.

- **Bakıma ihtiyacı olan engelli:** Engellilik sınıflandırmasına göre resmi sağlık kurulu raporu ile ağır engelli olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişiyi,
- **İhtiyacı Olan Yaşlı:** Sosyal veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korunmaya, bakıma ve yardıma ihtiyacı olan yaşlı statüsündeki kişiyi,

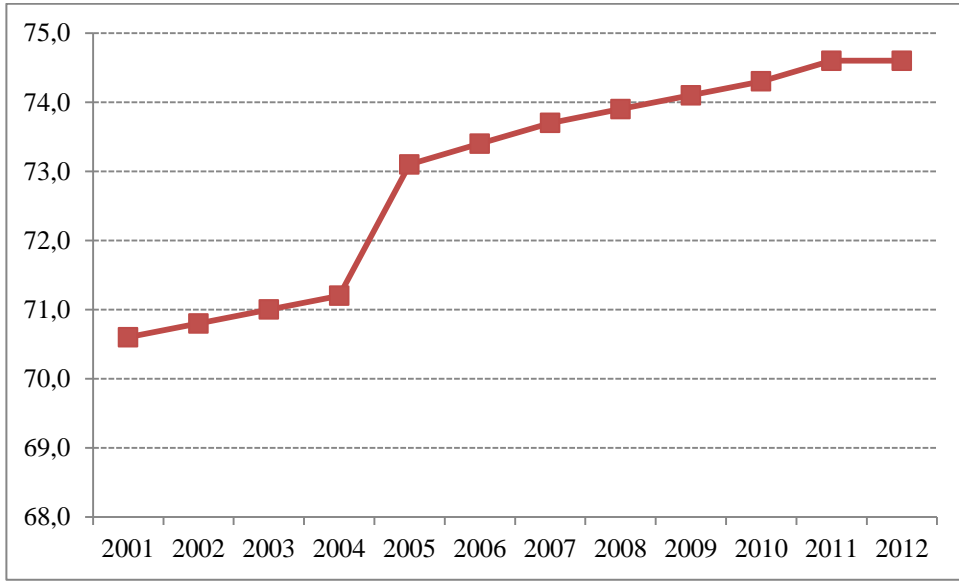
ifade edilmektedir.

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, Türkiye’de de son yıllarda değişen eğilime paralel olarak, sosyal bakım anlayışı doğrultusunda kurumsal bakım yerine toplum temelli bakım anlayışına dayalı yasal düzenlemelere ve uygulamalara yer verilmiştir. Bununla birlikte, bakıma muhtaç duruma gelmiş tüm bireylere açık olan bir bakım güvence sistemi, sosyal güvenlik sistemi içinde tam anlamıyla yer alamamıştır. Ülkemizde bakıma muhtaç engelli ve yaşlı bireylere sunulan hizmetler genel bütçe gelirlerinden finanse edilmektedir.

3.6.4.1.Nüfus yapısı

Diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında, Türkiye nispeten genç nüfusa sahip bir ülkedir. Ancak istatistiki veriler, son yüzyılda dünyada yaşanan demografik dönüşümün Türkiye’de de yaşanacağını ve bu durumun önemli etkileri olacağını göstermektedir. Özellikle beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte doğurganlık oranının azalması ve diğer birçok faktör, Türkiye’de demografik yapının hızla değişeceğine ve genç nüfusa sahip olma özelliğini kaybedeceğine işaret etmektedir.

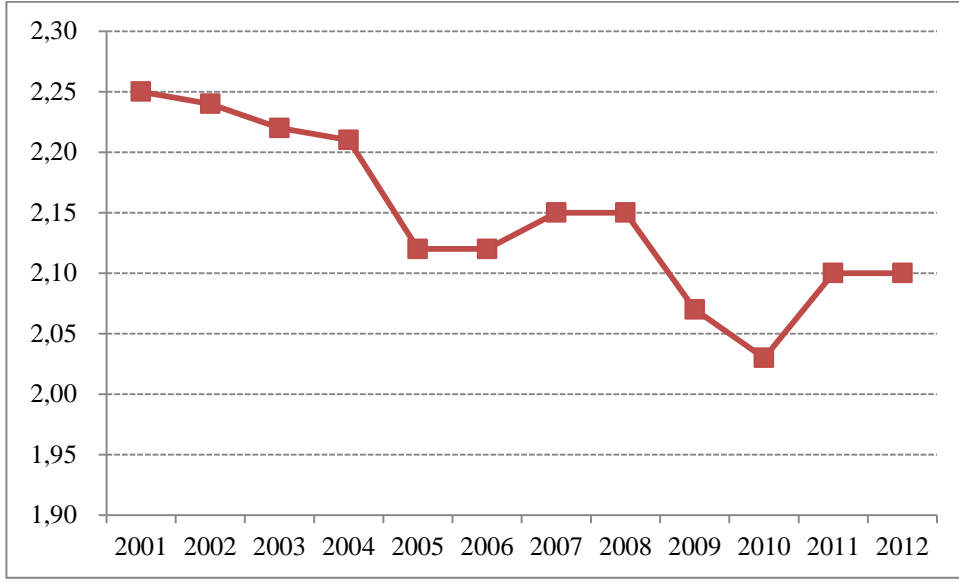
Beklenen yaşam süresi diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi Türkiye’de giderek artmaktadır. Bu artışın devam ederek, 2050 yılında 78,5’e ulaşacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2012). 2001-2012 yılları arası dönemde Türkiye’de gerçekleşen beklenen yaşam süresi Şekil 3.13’de gösterilmektedir.



Şekil 3.13. Türkiye’de beklenen yaşam süresi
Kaynak: OECD (2010, 2013b, 2014); WHO (2013)

Türkiye’de 2001 yılında 70,6 olan beklenen yaşam süresi 2004 yılından itibaren hızlı bir yükseliş trendine geçmiş ve 2012 yılında 74,6 olarak gerçekleşmiştir (Şekil 3.13). Aynı yıl Almanya’da 81, İspanya’da 82,4 ve Hollanda’da 81,3 olan beklenen yaşam süreleri göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye’de beklenen yaşam süresi çok düşüktür.

Doğurganlık oranına bakıldığında ise diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi Türkiye’de de bu oranın yıllar itibarıyla düştüğü görülmektedir. 2001-2012 yılları arası dönemde Türkiye’deki doğurganlık oranı Şekil 3.14’de gösterilmektedir.



Şekil 3.14. Türkiye'de doğurganlık oranı

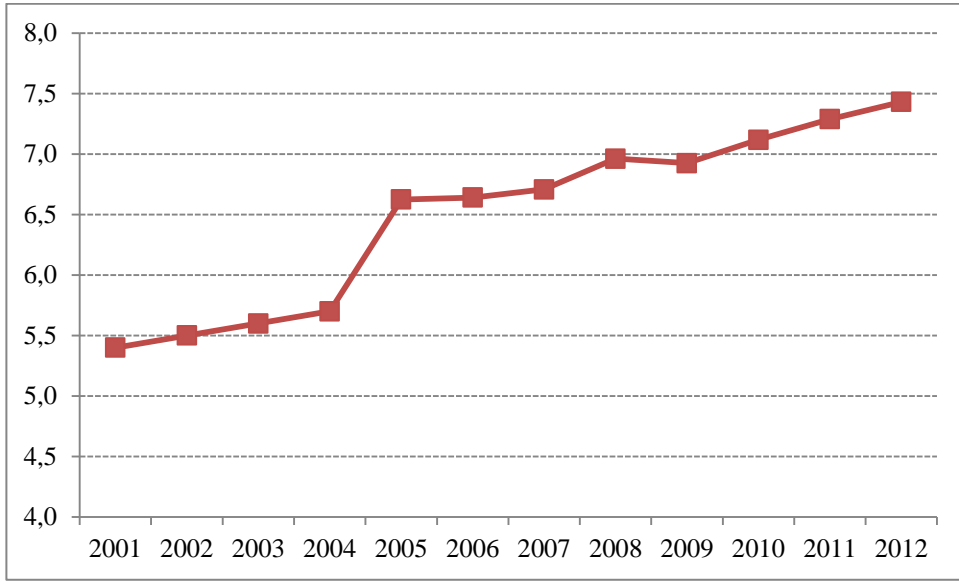
Kaynak: OECD (2010, 2013b, 2014); WHO (2013)

Türkiye’de 2005 yılına kadar düşüş eğilimde olan doğurganlık oranı, 2005 yılını izleyen birkaç yıl içinde kısmen artmaya başlasa da 2008 yılından itibaren tekrar düşmeye başlamıştır (Şekil 3.14). Buna göre, 2001 yılında 2,25 olan doğurganlık oranı 2012 yılında 2,1 olarak gerçekleşmiştir. Aynı yıl Almanya’da 1,40, İspanya’da 1,32 ve Hollanda’da 1,78 olan doğurganlık oranları Türkiye ile karşılaştırıldığında, Türkiye’nin bu ülkelere göre daha yüksek değerlere sahip olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte, geleceğe yönelik yapılan tahminler Türkiye’de beklenen yaşam süresinin artacağı ve doğurganlık oranının azalacağını ortaya koymaktadır. 2012 yılında beklenen yaşam süresi 74,6 yıl olan Türkiye, 186 ülke arasında 75. sırada yer alırken; 2050 yılında bu değer 78,5’e ulaşarak Türkiye’yi 186 ülke arasında 99. sıraya yerleştireceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2012). Bu veriler ışığında, gelecekte Türkiye’nin yaşlı bir nüfusa sahip olmasının kaçınılmaz olacağı düşünülmektedir.

Mevcut nüfus yapısı bağlamında, Türkiye ile diğer OECD ülkeleri karşılaştırıldığında, Türkiye’de daha iyi bir tablo karşımıza çıkmaktadır. Başka bir

ifadeyle, Türkiye’de beklenen yaşam süresinin düşük, doğum oranının ise yüksek olması Türkiye’de yaşlı nüfusun düşük olacağı anlamına gelmektedir. Bu kapsamda, 2001-2012 yılları arası Türkiye’deki 65 yaş ve üzeri nüfus oranı Şekil 3.15’de gösterilmektedir.



Şekil 3.15. Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfus oranı
Kaynak: OECD (2013b). *Country statistical profile: Turkey*.

Türkiye’deki 65 yaş ve üzeri nüfus oranı hızlı bir şekilde artmaktadır (Şekil 3.15). Toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranı 2001 yılında %5,4 iken, 2012 yılında bu oran %7,4’e çıkmıştır. 2012 yılında Almanya, İspanya ve Hollanda’da 65 yaş ve üzeri nüfus oranı sırasıyla; %20,9 - %17,6 - %16,5 olarak gerçekleşmiştir. Bu değerler, söz konusu ülkelere göre Türkiye’nin çok daha genç bir nüfusa sahip olduğunu açıkça göstermektedir.

Bununla birlikte, beklenen yaşam süresinin artması, doğurganlık oranının azalması ve diğer nedenlerden dolayı Türkiye nüfusu hızla yaşlanacak ve genç bir nüfusa sahip olma özelliğini yitirecektir. Yapılan projeksiyon çalışmaları da bunu açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus

oranının 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2013: 1).

Bu değerlerden anlaşıldığı gibi, Türkiye genç nüfusa sahip olma özelliğini kaybederek hızla yaşlanacaktır. Artan yaşlı nüfusla birlikte günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştiremeyen, fiziksel veya zihinsel kronik hastalık mağduru engelli birey sayısı da artacaktır. Başka bir ifadeyle, bakıma muhtaç hale gelecek birey sayısı, bugüne göre çok daha fazla olacaktır. Diğer taraftan, çalışan nüfusun azalması, emekli nüfusun artması ve bakıma muhtaçlık oranındaki artış bütçede açığa neden olacaktır. Tüm bu değişimlerle birlikte bakım talebini arttıran diğer faktörler de göz önünde bulundurulduğunda, bakıma muhtaçlık riski Türkiye için önemli bir sorun haline gelecektir.

3.6.4.2.Uzun süreli bakım sistemi ve özellikleri

Bilindiği üzere, 3 Haziran 2011 tarihinde kabul edilen 633 sayılı KHK ile engelli ve yaşlı bireylerin tespiti, bunların korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını sağlamak üzere gerekli hizmetleri yürütme, bu hizmetler için gündüzlü ve yatılı sosyal hizmet kuruluşları kurma ve işletme görevi Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na verilmiştir. Anılan KHK kapsamında yaşlıların ve bakıma muhtaç engellilerin, yaşamlarını evlerinden ve sosyal çevrelerinden ayrılmadan sürdürebilecekleri sosyal desteklerin verilmesi için gerekli mekanizmaları kurma, var olanları standardize etme, uygulamaları takip etme ve denetleme görevleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesindeki Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne verilmiştir. Türkiye'de belediyeler, vakıflar, dernekler ve benzeri kuruluşlar tarafından da bakım hizmetleri sağlanmasına karşın, bakıma muhtaç bireylere kamu tarafından sunulan bakım hizmetlerinin büyük çoğunluğu ASPB, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından sağlandığından, bu hizmetler ağırlıklı olarak Türkiye'nin USB sistemini oluşturmaktadır.

Türkiye’de bireylere sağlanan bakım hizmetlerinin genel çerçevesi, yapılan yasal düzenlemelerle ve uygulanan farklı hizmet modelleri ile çizilmektedir. Bu kapsamda, 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu’nda, bakıma ihtiyacı olan bireylere insan haysiyet ve onuruna yaraşır şekilde hizmet sunulması öngörülmektedir. Söz konusu Kanunda, ihtiyacı olan engelli ve yaşlıların hayatlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmesi, ihtiyacı olan engellilerin toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek ve üretken hale gelebilecek şekilde bakım ve rehabilitasyonlarının yapılması, bunlardan tedavisi mümkün olmayanların sürekli bakım altına alınması amacıyla gerekli her türlü tertip ve tedbirlerin alınması öngörülmüştür (m. 4).

1/7/2005 tarihli ve 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun’un 6 ncı maddesinde 6/2/2014 tarihli ve 6518 sayılı Kanun ile yapılan değişiklikle, engellilere yönelik destek ve bakım hizmetlerinin felsefesi; “Engellilerin öncelikle buldukları ortamda bağımsız yaşayabilmeleri için durumlarına uygun olarak gerekli psikososyal destek ve bakım hizmetleri sunulur. Destek ve bakım hizmetlerinin sunumunda kişinin biyolojik, fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve manevi ihtiyaçları ailesi de gözetilerek dikkate alınır” şeklinde açıklanmaktadır.

Bu çerçevede, engelli ve yaşlı bireylere sağlanan bakım hizmetleri ile ilgili usul esasların belirlenmesine ilişkin olarak çeşitli yönetmelikler yayımlanmıştır. Bu yönetmelikler aşağıdaki gibidir.

- Bakıma Muhtaç Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği,
- Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği,
- Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik,

- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik,
- Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik,
- Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik,
- Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği,
- Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği.

Yukarıda belirtilen yönetmelikler doğrultusunda, bireylere sunulacak bakım hizmetlerinde temel politika, bireyin öncelikle yaşadığı ortamdaki ailesi yanında bakılmasıdır. Ancak, tüm tedbirlere rağmen aile yanında bakımın mümkün olmadığı durumlarda, bireyin veya ailesinin talebi üzerine kurumsal bakım hizmeti sağlanmaktadır. Bu kapsamda, bireylere; EYHGM'ye bağlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri, EYHGM'nin izni ile açılmış olan diğer resmi kurum ve kuruluşlara ait bakım merkezleri ile özel bakım merkezlerinde bakım hizmeti ya da sosyal yardım yapılmak suretiyle evde bakımına destek verilmektedir.

3.6.4.3. Uzun süreli bakım finansmanı

İspanya örneğinde olduğu gibi, Türkiye'de de USB hizmetleri genel vergi gelirlerinden finanse edilmektedir. Bakıma muhtaç bireylere, özel bakım merkezlerinde bakım hizmeti ile sosyal yardım yapılmak suretiyle evde bakımına destek verilmektedir. Bakıma muhtaç kişinin bakım hizmetinin, özel bakım merkezlerinde veya evinde olmasına göre farklı miktarlarda ödemeler yapılmaktadır. Buna göre bakıma muhtaç bireylere verilecek bakım hizmeti karşılığında ödenecek ücret tutarları aşağıdaki gibidir:

- Yatılı bakım merkezlerinden, günde yirmi dört saat süreyle bakım hizmeti alan bakıma muhtaç engelliler için iki aylık net asgari ücret tutarında,
 - Gündüzlü bakım merkezlerinden, günde sekiz saat süreyle tam gün hizmet alan bakıma muhtaç engelliler için bir aylık net asgari ücret tutarında,
 - Gündüzlü bakım merkezlerinden, günde dört saat süreyle yarım gün bakım hizmeti alan bakıma muhtaç engelliler için bir aylık net asgari ücretin yarısı tutarında,
 - Gündüzlü veya yatılı bakım merkezlerinde istihdam edilen bakıcı personel tarafından bakıma muhtaç engellinin ikametgahında günde üç saat süreyle hizmet alan bakıma muhtaç engelliler için bir aylık net asgari ücret tutarında,
 - Akrabaları tarafından günde yirmi dört saat süreyle bakılan bakıma muhtaç engelliler için bir aylık net asgari ücret tutarında,
- ödeme yapılmaktadır.

Yakın zamanda yapılan bir düzenleme ile yukarıda belirtilen bakıma muhtaç bireylere verilecek bakım hizmeti karşılığında ödenecek ücret tutarları değiştirilmiştir. Buna göre, 2828 sayılı Kanun'un ek 7 inci maddesinde 6/2/2014 tarihli ve 6518 sayılı Kanun ile yapılan değişiklikle, bakıma ihtiyacı olan engellilere özel bakım merkezlerinde sunulacak bakım hizmetinin karşılığı olarak belirlenecek kişi başına aylık bakım ücreti tutarı, (20.000) gösterge rakamı ile memur aylık katsayısının çarpımı sonucu bulunacak tutardan fazla olamayacağı öngörülmüştür. Bakıma ihtiyacı olan engellinin evde bakımına destek için ise (10.000) gösterge rakamı ile memur aylık katsayısının çarpımı sonucu bulunacak tutar kadar aylık sosyal yardım yapılması öngörülmüştür. Ayrıca, bakıma ihtiyacı olan engellilerin evde bakımına destek için yapılan sosyal yardımlara ilişkin iş ve işlemlerin, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca gerçekleştirilmesi öngörülmüştür.

Ancak, söz konusu değişikliklerin uygulanmaya başlanılacağı tarih olarak öngörülen 1 Temmuz 2014 tarihine kadar, özel bakım merkezlerinde veya ikametgahında bakım hizmeti alan bireyler için ödenecek ücret tutarları önceki hükümler çerçevesinde uygulanmaya devam etmektedir.

“Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik” kapsamında; bedensel, zihinsel ve ruhsal engeli nedeni ile yaşama gereklerine uyamama durumunda olan engelli bireylere bakım ve rehabilitasyon hizmetleri ile bireye ve ailesine danışmanlık hizmetleri sağlanmaktadır. Bu çerçevede, bakıma muhtaç ve/veya engelli bireyler yaş, cinsiyet ve gelir ayrımı yapılmaksızın engel durumuna göre resmi bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde verilen hizmetlerden ücretsiz olarak faydalanmaktadır (m. 53). Bununla birlikte, bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde sürekli bakımı sağlanan engelli bireylere bakmakla yükümlü olan kişilerden ekonomik durumu nafaka alınmasına uygun olanlardan nafaka alınabilmektedir.

Ayrıca, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı huzurevleri ve yaşlı bakım rehabilitasyon merkezlerinde, ekonomik durumu iyi olan ve sosyal yönden yoksunluk içinde bulunan yaşlı bireyler hizmetlerden ücretli olarak yararlanırken, ekonomik yoksunluk içinde bulunan bireyler bu hizmetlerden ücretsiz olarak yararlanmaktadır. Bu kapsamda, söz konusu kuruluşlarda ücretli olarak yararlanacak bireylerden her yıl içinde alınacak miktarlar EYHGM tarafından altışar aylık dönemler halinde belirlenmekte olup, genel olarak oda tiplerine göre altı ücret grubuna ayrılmaktadır. Örneğin, 2013 yılının ikinci altı ayı için belirlenen ücretler bireyin ekonomik yoksunluğuna bağlı olarak 174,00 ile 574,50 TL arasında değişmektedir.

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de toplam USB harcamalarını tam olarak tahmin etmek mümkün görünmemektedir. Ancak, ülkemizde EYHGM tarafından sağlanan bakım hizmetlerinin ağırlıklı olarak Türkiye’nin USB sistemini oluşturduğu varsayımından yola çıkılarak, merkezi devlet bütçesinden yapılan USB harcamalarının

mevcut durumu hakkında genel bir bilgi elde edilebilir. Buradan hareketle, Tablo 3.18’de engelli ve bakıma muhtaç bireylere sunulan farklı hizmet türlerine göre yapılan harcamaların yıllara göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 3.18. Farklı hizmet türlerine göre gerçekleşen USB harcamaları (TL)

Yıllar	Evde Bakım Ödeneği	Resmi Bakım ve Reh. Merkezleri	Özel Bakım Merkezleri
2007	35.386.656	96.072.103	1.202.583
2008	417.603.212	123.004.578	5.435.294
2009	869.362.353	150.191.203	17.019.207
2010	1.483.480.030	168.074.188	45.678.758
2011	2.214.804.515	201.342.062	84.639.610
2012	2.944.114.529	218.660.260	132.454.330
2013	3.449.908.836	247.627.253	194.963.756*

Kaynak: EYHGM (2014)

* 2013 yılında özel bakım merkezlerine yapılan harcamalar 1111 sayılı Askerlik Kanununa 6252 sayılı Askerlik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun kapsamında bedelli askerlik uygulamasında toplanan kaynaktan aktarıldığından belirtilen miktar tahminidir.

3.6.4.4. Uzun süreli bakım hizmetlerinden yararlanma kriterleri

Bakıma muhtaç bireylerin özel bakım merkezlerinde veya sosyal yardım yapılmak suretiyle evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmesi için hem gelir şartını sağlaması hem de sağlık kurulu raporu ile ağır engelli olduğunu belgelendirmesi ve günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olması gerekmektedir.

2828 sayılı Kanun'da, her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirler toplamı esas alınmak suretiyle, hane içinde kişi başına düşen ortalama aylık gelir tutarı, gelir şartı tutarının altında olup, bakıma ihtiyacı olan engelliler kapsam altına alınmıştır. Söz konusu Kanun'da, 6 Şubat 2014 tarihli ve 6518 sayılı Kanun ile yapılan değişiklikle bu kapsam genişletilerek, birden fazla bakıma ihtiyacı olan engelli bireyin yaşadığı haneler için gelir şartı kolaylaştırılmıştır (ek madde 7/1). Buna göre;

- Her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirler toplamı esas alınmak suretiyle, hane içinde kişi başına düşen ortalama aylık gelir tutarı, asgari ücretin aylık net tutarının 2/3'ünden daha az olan,
- Hanede birden fazla bakıma ihtiyacı olan engelli birey bulunması halinde, birinci bakıma ihtiyacı olan engelliden sonraki her bakıma ihtiyacı olan engelli iki kişi sayılarak hesaplanan hane içinde kişi başına düşen ortalama aylık gelir tutarının, asgari ücretin aylık net tutarı 2/3'ünden daha az olan,

engelli bireylere özel bakım merkezlerinde bakım hizmeti ya da sosyal yardım yapılmak suretiyle evde bakımına destek verilmektedir.

Aynı Kanun kapsamında, bakıma ihtiyacı olan engelli birey; "engellilik sınıflandırmasına göre resmi sağlık kurulu raporu ile ağır engelli olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişi" şeklinde tanımlanmaktadır (m. 3/4). Ağır engelli birey, engel durumuna göre engellilik oranı %50 ve üzerinde olduğu tespit edilenlerden günlük yaşam aktivitelerini başkalarının yardımı olmaksızın yerine getiremeyeceğine sağlık kurulu raporu ile karar verilen kişiler şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımdan hareketle, bireyin bakıma muhtaç olarak kabul edilmesi için engelli sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi yeterli görülmemekte, aynı zamanda günlük temel aktiviteleri yerine getirmede bir başkasının yardımı ve bakımı

olmadan gerçekleştiremeyecek derecede düşük olması aranmaktadır (Ürker, 2009: 175). Bu kapsamda, bakıma muhtaç engelli bireylerin incelenmesi ASPB il müdürlüklerinin sorumluluğundadır ve bireyin bakıma ihtiyaç duyup duymadığı “bakım değerlendirme heyetleri” tarafından yapılmaktadır. Söz konusu heyet “Bakım Raporu Formu” ile bireyin; öz bakım ihtiyaçlarını giderme durumu, hareket durumu, sosyal becerileri ve güvenlikte olma durumu ile ev işlerini ve idaresini yapabilme durumunu inceleyerek o bireyin günlük hayatın alışılmış tekrar eden gereklerini bağımsız bir şekilde ne kadar yerine getirebildiğini/getiremediğini değerlendirmektedir.

Türkiye’de yaşlı bireylere yatılı bakım hizmetleri huzurevleri, huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ve özel huzurevleri aracılığıyla sunulmaktadır. Bu kapsamda, sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olan 60 yaş ve üzeri bireyler; kendi gereksinimini karşılamasını engelleyici bir rahatsızlığı yoksa ve yeme, içme, banyo, tuvalet ve benzeri günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapabiliyorsa huzurevlerinde; biraz daha ağır durumda olup bedensel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle süreli ya da sürekli olarak özel ilgi desteğe, korunmaya ve rehabilitasyona gereksinimi varsa huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde sunulan hizmetlerden yararlanabilmektedir. Ayrıca, yaşlı bireylerin bakım hizmetlerinden yararlanabilmesi için ruh sağlığının yerinde olması, bulaşıcı hastalığı olmaması ve uyuşturucu madde ya da alkol bağımlılığı olmaması şartları aranmaktadır. Diğer taraftan, yaşlılık nedeniyle engelli ve bakıma muhtaç duruma gelmiş olan ve kurum bakımı talep etmeyen yaşlı bireyler, evde bakımının sağlanması amacıyla kendisine bakan akrabalarına ödenen evde bakım ücreti ödeneğinden yararlanabilmektedir.

3.6.4.5. Uzun süreli bakım kapsamında sunulan hizmetler

Diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, Türkiye’de de son yıllarda değişen eğilime paralel olarak, sosyal bakım anlayışı doğrultusunda kurumsal bakım yerine toplum

temelli bakım anlayışına doğru bir kayış olduğu belirtilmişti. Bu kapsamda, IPA 2008 programlaması kapsamında kabul edilen “Engelli Bireyler İçin Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi” ile engelli bireylere sunulan bakım hizmetlerinin analiz edilerek, uzun vadede kurum temelli hizmet sunumu yerine, ülkemizin şartlarına ve ihtiyaçlarına uygun toplum temelli hizmet modelinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bununla birlikte, ülkemizde USB hizmetleri genel olarak kurumsal bakım, evde bakım ve yatılı-gündüzlü bakım şeklinde sağlanmaktadır.

3.6.4.5.1. Evde Bakım

Bireyin kendi evinde; temizliğinin yapılması, yeme ve içme ihtiyacının giderilmesi, çamaşırlarının yıkanması, dişlerinin temizlenmesi, kişisel bakımının ve benzeri ihtiyaçlarının karşılanmasını içeren evde bakım hizmeti, gündüzlü veya yatılı özel bakım merkezlerinde istihdam edilen bakıcı personel tarafından günde üç saat süreyle veya bakıma muhtaç bireyin akrabası tarafından yirmi dört saat süreyle sunulmaktadır.

Bakıma muhtaç bireylerin evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmeleri için gelir şartının yanı sıra engellilik sınıflandırmasına göre ağır engelli olduğunu gösteren Engelli Sağlık Kurulu Raporu’na sahip olmaları gerekmektedir. Bu hizmetten yararlanmak için aranan gelir şartı (hane içinde kişi başına düşen ortalama aylık net asgari ücretin 2/3 tutarı) ise 2013 yılının ikinci altı ayı için 486,85 TL iken 2014 yılının ilk altı ayı için 510,45 TL’dir. 2013 yılının ikinci altı ayı için bakıma muhtaç bireye bakım hizmeti sunan akrabasına verilen bir aylık net asgari tutarı ise 730,28 TL iken 2014 yılının ilk altı ayı için bu değer 765,67 TL’dir. 2006 yılının sonlarında fiilen başlanılan bu hizmetlerden yıllar itibariyle yararlanan kişi sayısı ve harcama tutarı Tablo 3.19’da gösterilmektedir.

Tablo 3.19. Evde bakım hizmetinden yararlanan birey sayısı ve harcama tutarı (TL)

Yıllar	Engelli Sayısı	Harcama Tutarı
2007	30.638	35.386.656
2008	120.000	417.603.212
2009	210.320	869.362.353
2010	284.595	1.483.480.030
2011	347.756	2.214.804.515
2012	398.335	2.944.114.529
2013	427.434	3.449.908.836
2014(Mart)	431.798	972.426.333

Kaynak: EYHGM (2014)

Tablo 3.19'dan anlaşılacağı üzere, evde bakım ödeneğinden yararlanan kişi sayısı her geçen yıl artmıştır. Bu hizmetin uygulanmaya başladığı ilk yıl 30.638 kişi yararlanırken, ikinci yıl yararlanan kişi sayısı 4 kat artarak 120.000'e ulaşmıştır. 2013 yılının sonunda ise bu hizmetten yararlanan kişi sayısı yaklaşık 14 kat artarak 427.434'e yükselmiştir. 2014 yılının ilk üç ayında ise 4.364 kişi daha bu hizmetten yararlanmaya başlamış ve Mart ayı itibariyle evde bakım ödeneğinden yararlanan kişi sayısı 431.798'e ulaşmıştır. 2013 Nisan ayı itibariyle evde bakım hizmetinden yararlanan 411.516 kişinin 135.000'ini 60 yaş ve üzeri bakıma muhtaç yaşlı bireyler oluşturmuştur.

Buradan hareketle, evde bakım hizmetlerinden yararlanan birey sayısı ilk yıllarda daha yüksek oranlarda artarken, 2013 yılından itibaren bu artış biraz daha azalarak 2012 yılına göre yaklaşık %7 oranında daha fazla kişi bu hizmetten yararlanmıştır. Ancak, Şubat 2014'te birden fazla bakıma ihtiyacı olan engelli bireyin yaşadığı haneler için gelir şartının kolaylaştırılmasına ilişkin yapılan değişikliğin, 2014 yılı ve takip eden birkaç yıl içinde bu hizmetten yararlanan birey sayısında etkili olacağı ve artışın hızla devam edeceği düşünülmektedir.

3.6.4.5.2. Kurumsal bakım

Türkiye’de bakıma muhtaç ve/veya engelli bireyler EYHGM’ne bağlı resmi yatılı ve gündüzlü kurumsal bakım hizmetinden yararlanabilmektedir. Ayrıca, bakıma muhtaç bireyin evde bakımı mümkün olmadığı durumlarda, kendisi veya ailesinin talep etmesi üzerine özel bakım merkezlerinde sunulan hizmetlerden yararlanabilmektedir. Bu kapsamda, özel bakım merkezlerinin geliştirilmesine yönelik 2006 yılında yapılan yasal düzenleme ile bakıma muhtaç engelli bireylere, EYHGM izni ile gerçek kişi ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılan sosyal hizmet kuruluşu statüsündeki özel bakım merkezlerinde de bakım hizmeti verilmesi sağlanmış ve bunların geliştirilmesi için önemli teşvikler getirilmiştir. Bu merkezlere, ASPB bütçesinden bakıma ihtiyacı olan engellilere sunulacak bakım hizmetinin karşılığı olarak yaklaşık iki net asgari ücret tutarında ödeme yapılmaktadır.¹⁵ Bu çerçevede, kurumsal bakım hizmetinden yararlanan toplam birey sayısının yıllara göre dağılımı Tablo 3.20’de gösterilmektedir.

¹⁵ Özel bakım merkezlere ödenecek kişi başına aylık bakım ücreti tutar, 2014 yılının ikinci yarısından itibaren gösterge rakamı ile memur aylık katsayısının çarpımı sonucu belirlenecektir.

Tablo 3.20. Kurumsal bakım hizmetinden yararlanan birey sayısı

Yıllar	Özel Bakım Merkezi		Resmi Bakım ve Reh. Merkezi		Toplam Engelli Birey Sayısı (Kurumsal Bakım)
	Kapasite	Yararlanan Engelli Sayısı	Kapasite	Yararlanan Engelli Sayısı	
2002	-	-	1.943	3.908	3.908
2003	-	-	2.086	4.930	4.930
2004	-	-	2.415	4.419	4.419
2005	-	-	2.755	4.945	4.945
2006	-	-	3.027	4.654	4.654
2007	915	351	3.434	4.092	4.443
2008	2003	768	4.098	4.272	5.040
2009	3744	2.144	4.758	4.569	6.713
2010	7065	4.331	5.468	4.905	9.236
2011	8651	6.707	5.833	5.162	11.869
2012	12.869	9.328	6.055	5.572	14.914
2013	13.325	10.169	6.293	5.892	16.061
2014 (Mart)	13.325	10.146	6.304	5.977	16.123

Kaynak: EYHGM (2014)

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü üzere, resmi bakım ve rehabilitasyon merkezleri ve özel bakım merkezlerinde kurumsal bakım hizmetinden yararlanan toplam birey sayısı 2002 yılında 3.908 iken, 2014 yılının Mart ayı itibariyle bu sayı 16.123'e yükselmiştir. Özel merkezler aracılığıyla bakım hizmetlerinin sunulmaya başlanması ile kurumsal bakımdan yararlanan birey sayısı hızla büyüyerek 2013 yılında 4 kat artmıştır. Dolayısıyla, bu artıştaki en büyük pay özel bakım merkezlerine aittir.

Diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye de son yıllarda kurumsal bakım modelinin yerine bireylerin içinde yaşadığı ortamdan uzaklaşmadan, toplumla bütünleşmesine olanak sağlayacak toplum temelli bakım modeli çerçevesinde yeni uygulamalar geliştirilmeye başlanmıştır. Bu amaçla, engelli bireylerin bir apartman dairesinde ya da müstakil bir evde komşuları ile birlikte mahalle ortamında yaşamlarını sürdürdükleri “umut evi” isimli hizmet modeli geliştirilmiştir. Kurum bakım hizmetinin sunulduğu 87 (82 yatılı ve 5 gündüzlü merkez) kuruluşun yanı sıra Mart 2014 itibariyle 53 umut evinde engellilere hizmet sunulmaktadır. Ayrıca, 87 kuruluşun 14’ü Engelsiz Yaşam Merkezi şeklinde planlanarak, engelli bireylere üçer kişilik 4 yatak odası, oturma odası, mutfak, yemekhane, banyo, tuvalet ve personel odası bölümlerinden oluşan toplam on iki kişilik müstakil, tek katlı ve bahçeli evlerde bakım hizmeti alması sağlanmaktadır. Tüm bu gelişmelerle birlikte evde bakım hizmetinin de desteklenmesi sonucu, 2006 yılında 3.729 engelli birey kurum bakımı için sıra beklerken, 2010 yılından bu yana kurum bakımı almak için sıra bekleyen engelli birey bulunmamaktadır.

Kurumsal bakım kapsamında ayrıca, ailesinin yanında bakılan engelli bireylerin ihtiyaç duymaları halinde resmi bakım merkezlerinde geçici ve misafir olarak bakımları sağlanabilmektedir. Dolayısıyla, yapılan değerlendirme sonucu uygun bulunması halinde engelli bireye bakım veren akrabasının yılda en fazla otuz güne kadar dinlendirilmesi veya diğer işleriyle uğraşabilmesi için destek sağlanabilmektedir.

Türkiye’de, yaşlı bireylere yatılı kurum bakımı hizmetlerinin huzurevleri, huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ve özel huzurevleri aracılığıyla sunulduğu belirtilmişti. Buna göre, EYHGM’ye bağlı resmi huzurevlerinde bakım hizmetlerinden yararlanan birey sayıları yıllar itibariyle Tablo 3.21’de gösterilmektedir.

Tablo 3.21. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı resmi huzurevlerinden yararlanan birey sayısı

Yıllar	Huzurevi Sayısı	Kapasite	Bakılan Yaşlı Birey Sayısı
2002	63	6.477	4.952
2003	63	6.580	5.188
2004	62	6.760	5.389
2005	66	7.173	5.603
2006	69	7.605	6.082
2007	70	7.552	6.477
2008	79	8.002	6.773
2009	81	8.126	7.220
2010	97	9.260	7.979
2011	102	9.783	10.590
2012	106	11.706	10.951
2013	115	12.241	11.293

Kaynak: EYHGM (2014)

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü üzere, 2002 yılında 6.477 kapasiteli 63 huzurevinde 4.952 yaşlı bireye hizmet sunulurken, 2013 yılında 12.241 kapasiteye sahip 115 resmi huzurevinde bakım hizmeti alan yaşlı birey sayısı 11.293'e ulaşmıştır. Bunlardan 7.153 yaşlı birey ücretli, 4.140 yaşlı birey ise ücretsiz bakım hizmeti almaktadır. Yaşlı bakım hizmetleri için 2013 yılında toplam 291.447.349 TL harcama yapılmıştır.

Ayrıca, 2013 yılı verilerine göre diğer bakanlıklara bağlı huzurevleri ve özel huzurevleri ile belediyeler, vakıflar, dernekler ve benzeri kuruluşlara ait toplam 206 huzurevinde 9.481 yaşlı bireye bakım hizmetleri sağlanmaktadır.

Yaşlı bireylere sunulan bir diğer hizmet modeli ise toplum temelli bakım anlayışını yansıtan “yaşlı yaşamevi” kapsamında sunulan bakım hizmetleridir. Engelli bireylere yönelik uygulanan umut evi modelinde olduğu gibi, yaşlı yaşamevlerinde yaşlı

bireylerin bir apartman dairesinde ya da müstakil bir evde komşuları ile birlikte mahalle ortamında yaşamlarını sürdürmeleri sağlanmaktadır. 2013 yılı sonunda 64 yaşlı bireyin hizmet aldığı 16 yaşlı yaşamevi sayısı, aynı yılın Nisan ayında 25'e ulaşmıştır. Yaşlı bireyin toplumdan kopmadan hayatını sürdürmesi ve bireysel otonomisinin sağlandığı bu hizmet modelinin yaygınlaştırılmasının, ülkemizde yaşlıların ileri yaşlılık dediğimiz dönemlerinde bedenen ve zihnen daha sağlıklı bireyler olması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Günümüzde birçok ülkenin, daha önceden geliştirmiş olduğu formal kurumsal bakım sistemleri yerine hem bakım yararlanıcılarının istekleri ve beklentilerine daha çok hitap eden hem de daha az maliyetli olarak kabul edilen evde bakım ve toplum temelli bakım modelleri lehine politika ve uygulamalar geliştirdikleri belirtilmiştir. Son yıllarda yaşanan gelişmelerden de anlaşılacağı üzere, Türkiye'de de diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi hem bireylerin ihtiyaçlarına uygun en iyi bakım modelleri geliştirilmekte hem de oldukça pahalı olan kurumsal bakım modelinden, maliyet etkin bakım modellerine doğru yönelme gerçekleşmektedir. Mevcut durumda Türkiye'de engelli ve yaşlı bireylere sunulan bakım hizmetlerinin yaklaşık birim maliyetlerinin karşılaştırılması yukarıdaki tartışmaları destekler nitelikte olup, Tablo 3.22'de gösterilmektedir.

Tablo 3.22. Bakım türüne göre birim maliyet tahminleri (aylık, TL)

	Kurumsal Bakım				Evde Bakım Ödeneği
	Resmi Kurum Bakımı	Özel Kurum Bakımı	Gündüzlü Bakım	Huzurevi	
2009	2.753	1.052	1.505	1.826*	487
2010	3.119	1.152	1.554	2.009*	533
2011	3.691	1.263	1.179	2.210*	585
2012	4.037	1.412	1.179	2.432	654
2013	4.430	1.544	1.283	2.675	715

Kaynak: EYHGM (2014)

*2009-2011 yılları arası huzurevinde hizmet alan bireyler için birim maliyet önceki yıllara göre kişisel hesaplama ile elde edilmiştir.

Tablo 3.22’de görüldüğü gibi EYHGM’ne bağlı resmi kuruluşlarda bakım hizmeti alan bir engellinin devlete maliyeti 2013 yılı itibariyle yaklaşık 4.430 TL iken, aynı yıl özel kuruluşlarda ve gündüzlü merkezlerde bu miktar sırasıyla 1.544 TL ve 1.283 TL’dir. EYHGM’ne bağlı huzurevlerinde 2013 yılında bir yaşlının aylık ortalama bakım maliyeti 2.675’dir. Türkiye’de ilk defa 2013’te hayata geçen umut evleri için birim maliyet tam olarak bilinmemesine karşın İstanbul ilinde açılan bir umut evine ilişkin yapılan hesaplamalarda aylık ortalama birim maliyetin 2013 yılı için 2.820 TL olduğu tahmin edilmiştir (EYHGM). Diğer taraftan, engelli bireylerin ikametgâhında akrabası tarafından verilen evde bakım hizmetinin karşılığı olarak devlet tarafından bakımı sunan akrabaya ödenen miktar 2013 yılı için ortalama 715 TL’dir. Dolayısıyla, kurumsal bakımın birim maliyeti, engellinin evde bakımına destek için yapılan ödeneğe göre oldukça fazladır. Resmi bakım merkezleri ile özel bakım merkezlerini karşılaştıracak olursak, resmi bakım merkezlerinde bakım alan engelli bireylerin maliyeti özel merkezlerde bakım hizmeti alan bireylere göre iki kattan daha fazladır. Umut evinde bakımı sağlanan bireylerin maliyeti ise yine resmi bakım merkezlerine göre daha azdır. Bu kapsamda, bakım hizmet türlerini maliyet-etkinliği açısından değerlendirecek olursak toplum temelli bakım ve evde bakım hizmeti ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle, bireylerin yaşadığı ortamdaki uzaklaşmadan, toplumsal yaşama uyumlarını kolaylaştıran toplum temelli bakım ve özellikle evde bakım modellerine öncelikli olarak ağırlık verilmesi ile evde bakım hizmeti sunan enformal bakıcıya sunulacak hizmetler de dahil olmak üzere bu hizmet türlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması önem arz etmektedir.

Yıllar itibariyle bakım türüne göre birim maliyetler incelendiğinde, her bakım türünün birim maliyeti her yıl yaklaşık olarak %10 veya daha fazla oranda artış göstermektedir. Bu oran da genellikle yıllık enflasyon oranının üzerindedir. Örneğin, TÜİK’e göre, 2013 Aralık ayı itibariyle yıllık enflasyon oranı %7,4 iken, resmi kurum

bakımının birim maliyeti bir önceki yıla göre %9, 73 oranında, özel kurum bakımının birim maliyeti %9,35 oranında, gündüzlü bakımın birim maliyeti % 8,82 oranında, huzurevi birim maliyeti % 9,99 oranında artmıştır. Buradan hareketle, emek yoğun bir alan olan bakım hizmetlerinin maliyetinin giderek artması, gelecekte bakıma muhtaçlık riskinin diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de ciddi boyutlara ulaşacağına işaret etmektedir. Bu noktada, bakıma muhtaçlık riskinin ülke ve kişi bütçeleri üzerine getireceği yükün azaltılmasına yönelik önceden önlemler alınması ve bu yönde politikaların geliştirilmesi gerekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Tarım toplumundan sanayi toplumuna geçiş sürecinde ekonomik kalkınma ile birlikte kentleşme, çalışma şartları, bilgi ve teknoloji, aile yapısı ve sosyal ilişkilerde yaşanan değişimler dünyanın hızlı bir demografik dönüşüm sürecine girmesine neden olmuştur. Günümüzde, demografik dönüşüm ile birlikte dünya nüfusu yaşlanmakta, ağır derecede kronik hastalık ve/veya engellilik nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen bakıma muhtaç birey sayısı artmaktadır. Ayrıca, beklenen yaşam süresinin uzaması, kadınların çalışma hayatına katılım oranının artması ve aile yapısındaki değişim gibi nedenlerle enformal bakımın azalması, bireylerin bakım hizmetlerinde beklentilerinin artması ve emek yoğun bir alan olan USB’de maliyetlerin artması USB talebinin artmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bu durum, USB sistemleri üzerinde baskı unsuru oluşturmakta ve USB harcamalarını arttırmaktadır. Dolayısıyla, ekonomik kaynakların sınırlı olması nedeniyle ülkeler için hali hazırda var olan ve gelecekte ciddi boyutlara ulaşacağı tahmin edilen bakıma muhtaçlık riskine karşı şimdiden önlem almak bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu gelişmeler ışığında, birçok ülke son yıllarda kendisi için en ideal USB sistemini oluşturma veya var olan sistemini iyileştirme çabası içine girmiştir. Uzun süreli bakım, ülkelerin öncelikli gündem konularından biri olurken, etkili ve verimli bir USB sistemi oluşturma ve bu sistemin nasıl finanse edileceği en önemli politika meselelerinden biri haline gelmiştir.

Uluslararası literatürde USB ihtiyacının çoğunlukla ileri yaşlılıktan dolayı ortaya çıkan bir sosyal risk olduğuna dikkat çekilmektedir. Özellikle dünyada yaşlı nüfus oranının hızla artması ve önümüzdeki yıllarda yaşlılık nedeniyle günlük yaşamın gereklerini yerine getiremeyen bakıma muhtaç kişilerin artacağı tahmin edilmektedir. Bu nedenle, yaşlı bireylerin bakıma muhtaç hale gelmelerini geciktirecek veya önleyecek politikaların geliştirilmesi önem arz etmektedir. Özellikle istihdam, sosyal hayata katılım, bağımsız-sağlıklı-güvenli bir yaşam ile aktif yaşlanmalarını sağlayacak çevre ve

kapasite koşullarının sağlanması gerekmektedir. Bununla birlikte, demografik eğilimler her yaştan bireylerin herhangi bir engelden dolayı bakıma ihtiyaç duyabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla, USB her yaştan bireyin karşılaşılabileceği ve bireyin gelirine bağlı olmayan sosyal bir risk olduğu genel kabul gören bir görüştür.

Uzun süreli bakımın her yaştan bireyin karşılaşılabileceği sosyal bir risk olduğunu kabul eden birçok ülke, bakıma muhtaç tüm bireylerin temel gereksinimlerini karşılayabilecek, bakım hizmetlerini etkili ve kapsamlı bir şekilde daha düşük maliyetle, aile ile devletin rolü arasında uygun dengeyi sağlayacak finansal sürdürülebilirliğe sahip alternatif bakım sistemlerinin geliştirilmesi yönünde reformlar yapmaktadır. Buna karşın, Avrupa ülkelerinin çoğunda daha yeni yeni bir sistem olarak ortaya çıkan USB konusunda, her ülkenin algısı ve yaklaşımı sahip olduğu kültürel, sosyal ve ekonomik yapısına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Uzun süreli bakımın nasıl tanımlandığı ve algılandığı, ülkelerin USB sistemlerinin örgütsel yapısına ve benzer şekilde sistem içinde sunulan hizmetlere ve finansman yöntemine de yansımaktadır. Bir başka ifadeyle, her ülkenin kendi sosyal, ekonomik ve kültürel yapısına bağlı olarak bakıma muhtaç kişilere farklı bir yaklaşım gösterdiği ve USB sistemleri ve finansman mekanizmalarını da bu yaklaşım çerçevesinde yapılan politika tercihlerine bağlı olarak şekillendirdiği gözlemlenmiştir. Almanya ve Hollanda örneğinde de olduğu gibi, iki ülke de bakıma muhtaç herkesi kapsamaya yönelik evrensel bir model uygulamasına karşın sosyal sigortanın finansman mekanizmasındaki payı, kapsamı, yararlanma kriterleri, yararlanıcılara yüklenen katkı payları ve hizmetlerin kapsamı gibi birçok konuda iki ülkenin finansman sistemi çok farklı özelliklere sahiptir. Bu nedenlerden dolayı hali hazırda ideal bir USB sisteminden ve finansman yönteminden bahsetmek mümkün değildir. Ancak bu çalışma sonucunda ulaşılan kesin bir sonuç vardır ki, o da; hem yararlanıcıların tercihleri hem de maliyet-etkin hizmet modeli bakımından bakıma muhtaç bireylere evde veya toplum temelli model yaklaşımıyla sunulan USB hizmetleri, kurumsal bakıma kıyasla tercih edilen bir alternatiftir. Ayrıca, aile üyesi, arkadaş veya akraba gibi enformal bakıcılara yönelik yeni destek mekanizmalarının oluşturulması gerektiği yönünde yaygın bir fikir birliği vardır. Bu kapsamda, enformal bakıcıların

temsil edilmesi amacıyla sivil toplum kuruluşlarının örgütlenmesi teşvik edilmelidir. Böylece hem gönüllü hizmetlerin yaygınlaştırılmasına hem de enformal bakıcılara bilgilendirici ve bilinçlendirici eğitim verilmesine katkı sağlanacaktır.

Erişilebilir, maliyet-etkin ve kaliteli USB sağlanması yönünde öngörülen talep artışını karşılamak amacıyla, birçok ülke kamu ve özel kaynakların karışımından finanse edilen evrensel ve/veya gelir-testine dayalı model kapsamında sürdürülebilir bir finansman sistemi geliştirmek üzere değişiklikler ve çalışmalar yapmaktadır. Evrensel model kapsamında harcamalar genel vergiler, katkı payları ve/veya sosyal sigorta primlerinin karışımı ile finanse edilirken, gelir-testine dayalı modelde ağırlıklı olarak genel vergilerle finanse edilmektedir. Bu yöntemler genellikle aşamalı sistemler olup, bakıma muhtaçlık seviyesi ve gelirine göre bireylere temel bakım hizmetleri sunulmaktadır. Ancak birçok ülkede, güvenilir ve başarısı kanıtlanmış bir model olarak alınabilecek bir USB finansman mekanizmasına henüz ulaşamamıştır. Bu noktada, direkt olarak bir ülke uygulamasını model olarak almak yerine, ülke uygulamalarının avantajları ve dezavantajları değerlendirilerek ve bunlardan ders alınarak, her ülkenin kendi şartlarına göre şekillendireceği bir finansman sistemi sürdürülebilirlik açısından daha anlamlı ve güçlü olacaktır.

Uzun süreli bakım sistemlerinin finansman mekanizmalarının mali ve politik sürdürülebilirliğine ek olarak, gelişmiş ülkelerin USB'ye evrensel (veya buna yakın) erişimi garanti altına alacak politikalar geliştirdiği ve düzenlemeler yaptığı görülmektedir. Burada önemli olan bir husus, USB finansmanında bireyler tarafından ödenen veya paylaşılan özel kaynakların (prim, katkı payı, vb.) kişilerin hizmetlere erişimine engel olmamasını sağlamaktır.

Bir diğer önemli husus da çeşitli USB sistemleri içinde bakım hizmetlerinin ne derecede koordinasyonunun sağlandığıdır. Bu anlamda bakım hizmetlerinin koordinasyonu, her ulusal ortamda sağlanan bakımın kalitesini ve erişilebilirliğini etkilerken, USB sistemlerinin finansal ve sistematik sürdürülebilirliğinin temin

edilmesini hedeflemelidir. Bakım hizmetlerinin koordinasyonunun, USB hizmetlerinin sunulmasında kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılması açısından önemli olduğu unutulmamalıdır.

Enformal bakım birçok ülke için hala sorunlu bir alan olarak değerlendirilmektedir. Enformal bakıcıların çalışma koşulları ve sosyal güvenlik sistemine dahil edilmesi düzenlemeleri halen güçlük yaşanan hususlardan biridir. Bu çerçevede, enformal bakıcılara gerekli destek hizmetlerinin sağlanması öncelikli olarak ele alınması gereken konulardan biridir. Özellikle, enformal bakıcıların sosyal güvenlik sistemlerine dahil edilmesine yönelik düzenlemelerin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Dünyanın birçok yerinde olduğu gibi Türkiye’de de yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır. Artan yaşlı nüfusla birlikte günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştiremeyen, fiziksel veya zihinsel kronik hastalık mağduru engelli birey sayısı da artacaktır. Bugün %7,4 olan yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Gelecekte bakıma muhtaç hale gelecek birey sayısı, bugüne göre çok daha fazla olacaktır. Ayrıca, kadınların çalışma yaşamına katılımının artması ve diğer bakım talebini arttıran faktörler de göz önünde bulundurulduğunda, bakıma muhtaçlık riskinin Türkiye için önemli bir sorun teşkil edeceği açıktır.

OECD ülkelerinde bugün GSYİH içindeki payı %1’in biraz üzerinde olan USB harcamalarının, 2050 yılına kadar %2 ile %4 arasında olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye’de bugün bakım hizmetlerine yapılan harcamaların GSYİH içindeki payı ise %1’den azdır. Bu anlamda bugün Türkiye genç nüfusuna bağlı olarak daha avantajlı gibi görünse de aslında gelecekte diğer birçok ülkeye göre Türkiye’nin daha büyük bir risk ile karşı karşıya kalacağı düşünülmektedir. Çünkü bugün 65 yaş ve üzeri nüfusun oranının %15 olduğu OECD ülkelerinde 2050 yılında bu oran %27 olacakken, aynı dönemler arasında Türkiye’nin yaşlı nüfusu %7,4’ten %20,8’e yükseleceği

belirtilmektedir. Bu da gelecekte bakıma muhtaçlığın Türkiye’de en az diğer ülkeler kadar sorun olacağına ve bakım harcamalarının diğer ülkelere göre çok daha fazla artacağına işaret etmektedir. Ayrıca, bakıma muhtaçlığın toplumda herkes için bir hayat riski olduğu gerçeği unutulmamalıdır. Buradan hareketle, uzun süreli bakım hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sunulması ve finansal sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla kapsamlı bir bakım güvence sisteminin oluşturulması gerekmektedir.

Çalışma sonucunda elde edilen genel sonuçlara ek olarak, mevcut ve geleceğe ilişkin ele alınan trendler çerçevesinde birçok ülkenin USB’nin finansmanına ilişkin yaptığı veya yapmayı düşündüğü reformlarda ortaya çıkan ortak bulgulara da rastlanmıştır. Bu kapsamda geliştirilen somut öneriler şu şekilde özetlenebilir:

- Bu çalışmada, kapsamlı bir literatür taraması ile USB’nin teorik çerçevesi çizilmiş, dünyadaki farklı USB finansman mekanizmaları ile bu konudaki politika seçenekleri ortaya konulmuş ve ülke uygulamalarıyla da örneklendirilerek teknik bilgiler yansıtılmaya çalışılmıştır. Ancak, USB finansman sisteminin hedefleri belirlenirken, bir bütün olarak USB sisteminin hedefleri ışığında düşünülmesi gerekmektedir. Bu nedenle USB finansman sisteminde reform çalışmaları, uygun ve maliyet-etkin hizmet modellerinin geliştirilmesini de içermelidir. Bu şekilde yapılacak bir çalışma, bakıma muhtaçlık riski ve sorununa karşı daha etkili ve verimli bir bakım güvence sisteminin oluşturulmasına yardımcı olacaktır. Dolayısıyla, bu alanda teknik bilgiye haiz çok yönlü bir çalışma grubu tarafından detaylı bir çalışma sonucu belirlenen bütüncül hedefler doğrultusunda USB finansman sisteminin hedeflerinin belirlenmesi ve en uygun bakım güvence sisteminin oluşturulması gerektiği düşünülmektedir.
- Uzun süreli bakım finansmanında hangi yöntemin benimsendiğine bağlı olmaksızın, oluşturulacak bir finansman sistemi konusunda politika

seçenekleri hakkaniyet, verimlilik ve politik-finansal sürdürülebilirlik unsurlarını göz ardı etmemelidir. Bu kapsamda, genel olarak USB hizmetlerine ihtiyaç duyan tüm bireyler için temel koruma sağlayacak evrensel modele dayalı bir finansman sistemi arzu edilmektedir. Evrensel ve hak temelli modele dayalı sistemlere; memnuniyet, beklentiler ve kapsanan hizmetler bakımından da daha olumlu yaklaşılmaktadır. Mevcut durumda, Türkiye’de bakıma muhtaç herkesin erişebileceği bir bakım güvence sisteminin olmadığı görülmektedir. Sosyal devlet olmanın en önemli özelliklerinden biri olan tüm bireylere eşit imkanların sunulması, USB hizmetlerine erişilebilirlikte eşit şartların olması gerekliliğini doğurmaktadır. Bu kapsamda, gelire ve yaşı bağlı olmaksızın nüfusun tamamını kapsamaya yönelik evrensel modele dayalı bir USB finansman sisteminin kurulması gerektiği düşünülmektedir.

- Evrensel modele dayalı finansman sisteminin kapsayacağı nüfus, yani bakıma muhtaç birey açık ve net bir şekilde tanımlanmalıdır. Bakıma muhtaç bireyin tespit edilmesi amacıyla ulusal yararlanma kriterlerinin belirlenmesi, kimin hizmetlerden yararlanabileceği konusundaki karışıklığı gidermek açısından önemlidir.
- Bakıma muhtaç bireylere sunulan USB’nin finansmanına yönelik farklı seçenekleri değerlendirmek üç temel sorunu doğurmaktadır. Öncelikle, genel nüfus içinde gelecekte oluşacak USB hizmetleri talebi ve bunun sosyo-ekonomik yansımalarının değerlendirilmesi gerekmektedir. İkinci olarak, kamu kaynaklarının USB’nin finansmanında ne derecede kullanılacağı ve kamu sektörünün sorumluluğu belirlenmelidir. nc olarak, hakkaniyet ve etkinliğin mümkün olan en yüksek düzeyde olması için finansman düzenlemelerinin nasıl uygulanacağına karar verilmelidir. Bu kapsamda, formal bakım ile enformal bakım alanındaki gelişmeler ve denge, sosyo-kültürel değerler ile kaynak kısıtlılıkları göz önünde bulundurulduğunda

Türkiye’de oluşturulacak evrensel modele dayalı bir finansman sisteminin; tek başına sosyal sigorta primleri ya da genel vergilerle finanse edilmesi Türkiye açısından gerçekçi görülmemektedir. Bu nedenle, sosyal sigorta primleri, vergiler ve hizmetin kullanımı durumunda belirli bir katkı payı ödemesi uygulamasına yer verildiği karma bir modelin daha uygulanabilir olacağı düşünülmektedir. Uzun vadede de tamamlayıcı özelliğe sahip olan özel bakım sigortasının teşvik edilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

- Mevcut yapıda sunulan bakım hizmetleri ve destekler her yıl belirlenen bütçe kapsamında sağlanmaktadır. Sabit bütçeli programların en belirgin avantajı maliyetin tamamen tahmin edilebilir olmasıdır. Bununla birlikte, sabit bütçeli bir program çok uzun süre uygulanabilir olmayabilir. Mevcut finansman yönteminin devam ettirilmesi durumunda, bakıma muhtaç birey sayısının artmasıyla birlikte yararlanma kriterlerini taşıyan herkesin hizmetlere erişebilmesi için mevcut hizmetlerin kapsamının genişletilmesi yönünde baskı oluşabilir. Diğer taraftan, bakıma muhtaç her bireyin hizmetlere erişim hakkını garanti altına alan ve bu nedenle daha adil olarak görülen hak temelli bir bakım güvence sisteminin istenen bir harcama düzeyini elde etmek üzere tasarlanması mümkün görünmektedir. Bunun için bakıma muhtaç bireylere hangi şartlarda ne gibi hizmet ve destek türlerinin ne kadar süreli ile sunulacağı açığa kavuşturmalıdır. Bu çerçevede, sınırlı hak temelli bir program kapsamında sınırları belirlenmiş bir kaynak ayrılarak bakıma ihtiyacı olan herkesin her ihtiyacı karşılanamasa da temel bakımlarının sağlanması ve bakıma muhtaçlık riskinin birey/aile ve devlet arasında paylaşılmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Başka bir ifadeyle, USB hizmetleri bilindiği üzere çok geniş kapsamlıdır ve bütün hizmetleri kapsamak yerine temel USB ihtiyaçlarının kapsadığı sınırlı hak temelli bir kamu programının uygun olacağı düşünülmektedir. Bu noktada, bakıma muhtaçlığın derecelendirilmesi ile bakıma muhtaçlık riskine karşı en çok ihtiyacı olan bireyin bakıma muhtaçlık riskine karşı sorumluluğunun

azaltılacağı düşünülmektedir. Örnek vermek gerekirse, bakıma muhtaçlık seviyesi düşük olan bireylere bir asgari ücret tutarında bakım ödeneği sağlanırken, bakıma muhtaçlık seviyesi yüksek olan bireylere iki asgari ücret tutarında bakım ödeneği verilmesi gibi ödenek miktarlarının bakıma muhtaçlık derecesine göre belirlenmesinin hakkaniyet ilkesi çerçevesinde uygun olacaktır.

- Uzun süreli bakım sisteminde bakıma muhtaçlık tanımının yanı sıra bakıma muhtaçlık derecesinin tespiti de hizmet türlerinin boyutu, ayni ve nakdi yardımların çeşitliliği, sistemin finansmanı ve hizmetlerin ifasında meydana getirilen teşkilatlandırma yapısı bakımından önemlidir. Bu kapsamda uluslararası yöntemler temel alınarak, bireyin ne kadar süre ile hangi bakım hizmetlerine ihtiyaç duyduğu göz önünde bulundurularak bakıma muhtaçlık derecesinin belirlenmesi uygulamada kolaylık sağlayacaktır. Bakıma muhtaçlık derecesinin belirlenmesinde engellilik oranının yerine, bireyin işlevsellik ve bağımsızlık düzeyi sosyal çevresi ile birlikte uzman meslek gruplarından oluşan komisyonlarca belirlenmelidir.
- Bakıma muhtaç olduğu tespit edilen bireylerin USB sisteminde hak sahibi oldukları hizmetlerin ve desteklerin çerçevesi açıkça belirlenmelidir. Bu kapsamda, bireyin ihtiyacını temel alan ve bireye tercih hakkı sunan esnek hizmet ve destek türleri sağlanmalıdır. Hizmet ve destek türleri nakit para yardımı, doğrudan hizmet sunumu ve/veya yardımcı araç-gereç şeklinde olabilir.
- Yararlanıcılardan alınacak katkı payları hem maliyetlerin kontrol edilmesi hem de gereksiz kullanımın önlenmesi açısından önemli bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda belirli bir gelir seviyesinin altında olan bireylerin ve/veya dezavantajlı grupların, hizmet kullanımında olumsuz etkilenmesine de neden olabilmektedir. Bu nedenle, söz konusu bireyler için

katkı payı indirimi veya muafiyeti uygulamasının uygun olacağı düşünülmektedir.

- İnsanlar daha uzun yaşadıkça, yaşamlarının bir noktasında kurumsal bakıma ihtiyaç duyma olasılığı artmaktadır. Kurumsal bakım maliyetleri satın alınamayacak (karşılanamayacak) kadar yükselebilir ve bireylerin/ailelerinin bu hizmetlere ulaşmasını engelleyebilir.
- Ülkelerin çoğunda özel USB sigortası yeterince başarılı olamamış ve özel sigortaya talep çok düşük kalmıştır. Gelecekteki risklere ilişkin belirsizlik, ihtiyaç duyulan bakım hizmetlerinin fiyatlandırılmasındaki güçlükler, tüketicilerin bilgi eksikliği gibi nedenlerle, özel USB sigortası sektörde yeteri kadar etkili bir rol alamamıştır. Bu kapsamda, kamu ve özel finansman mekanizmalarının dengeli bir şekilde USB sisteminde yer alabilmesi için bu olumsuzlukların gerekli düzenlemelerle giderilmesi ve sorunların çözümüne yardımcı olmak için kamu tarafından desteklenmesi gerekmektedir.
- Yukarıda açıklanan sorun, USB’de nesiller arası dayanışmanın sağlanması ve finansal riskin paylaşılmasını hedefleyen daha güçlü bir kamu sektörü rolüne işaret etmektedir. Buradan hareketle, bakım hizmetlerinin kamu bütçesi üzerindeki yükü azaltacak maliyet-etkin hizmet modellerinin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bu çerçevede, toplum temelli bakım ve evde profesyonel bakım finansal açıdan devlet bütçelerinde yarattığı olumlu etkiler nedeniyle ön plana çıkmaktadır. Türkiye’de de son yıllarda bu doğrultuda yeni politikalar ve hizmet modelleri geliştirilmektedir. Bu eğilimin geliştirilerek devam etmesinin, bakıma muhtaç bireyler açısından yaratacağı olumlu etkinin yanı sıra kurumsal bakım maliyetlerinin azaltılması açısından da etkili olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, gündüzlü bakım hizmetleri, kurumsal bakım merkezlerine gidişi geciktiren ve aynı zamanda maliyeti düşük bir hizmet modeli olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de bu

hizmetlerin geliştirilip yaygınlaştırılmasının, uzun vadede toplam USB harcamalarını azaltacağı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, yaşam koşullarının değişmesiyle beraber standart çalışma saatleri engelli, yaşlı veya çocukların evde yalnız kalmasına neden olmaktadır. Gündüzlü bakım, evde destek hizmetleri ve evde bakım hizmetlerinin yeterince örgütlenmemiş olmasının çalışma hayatında verimi düşürdüğü gibi, risk grubundaki kişilerin yaşam kalitesini de olumsuz etkilediğini unutmamak gerekir.

- Maliyet-etkin hizmet modelleri bakımından enformal bakım iki nedenle çok önemli görülmektedir. Birincisi, enformal bakımın dünya çapında en baskın olan bakım modeli olması; ikincisi, enformal bakımın diğer USB hizmetlerinin finansman şekillerinden farklı olarak genellikle USB sistemlerinde “maliyetsiz” kaynak olarak görülmesidir. Bakıma muhtaç bireyin evinde sağlandığından barınma için finansman gerektirmemesi ve enformal bakıcıları desteklemek amacıyla verilen ücretlerin genellikle evde profesyonel bakım veya kurumsal bakım için ödenen miktardan daha az olması gibi nedenlerle, enformal bakımın diğer hizmet modelleri ile karşılaştırıldığında en ucuz yöntem olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır. Buradan hareketle, maliyet etkinliği açısından oldukça avantajlı görülen enformal bakım hizmetlerinin ülkemizin sosyo-ekonomik şartlarına uygun olması nedeniyle de orta ve uzun vadede USB maliyetlerinin azaltılması açısından önemli bir fırsat olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, hali hazırda bakım ücreti alan enformal bakıcılara psiko-sosyal destek rehberlik, danışmanlık ve yönlendirici ve bilgilendirici desteklerin artırılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Son olarak, bütün bu öneriler ışığında Türkiye’nin genel sağlık sigortasındaki deneyimleri de göz önünde bulundurulduğunda, USB’nin ağırlıklı olarak sosyal sigorta sistemi ile finanse edilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. Bunun için, sosyal güvenlik sisteminin bir ayağı olarak müstakil bir USB sigortası fonunun oluşturulması ve bu kapsamda toplanacak primlerin sadece

USB için kullanılmasının sağlanmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir. Diğer taraftan, USB alanında standartların belirlenmesi, ulusal düzeyde politika ve stratejilerin geliştirilmesi, hizmetlerin ifası ve koordinasyonu gibi konuların ASPB tarafından yürütülmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. (2011). Telecare Service. http://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciosocialesydependencia/en/canales_en/C_SAT_en/wfchannel_view_pub (Erişim Tarihi: 25.04.2014).

Ağören, V. (2009). *Bakım Sigortası ve Türkiye Uygulaması*. (Yayınlanmış Uzmanlık Tezi). Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2013). 2013 Yılı Faaliyet Raporu. http://sgb.aile.gov.tr/upload/Node/19618/files/2013_idare_faaliyet_raporu.pdf. (Erişim Tarihi: 04.05.2014).

Andersson, A. ve diğerleri. (2003). Costs of Informal Care for Patients in Advanced Home Care: A Populationbased Study, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Cilt: 19 Sayı: 4. s. 656–663.

Arling, G. ve diğerleri. (1997). Risk Adjustment of Nursing Home Quality Indicators. *Gerontologist*, 37: 757-766.

Arno, P. S., Levine, C., ve Memmott, M. M. (1999). The Economic Value of Informal Caregiving, *Health Affairs*, Cilt: 18 Sayı: 2. s. 182.

Augurzky, B. ve Mennicken, R. (2013). *ASISP Country Document, Germany: Pensions, health and long-term care*. Germany: European Commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion.

AWBZ, College voor zorgverzekeringen. (2002-2013). <http://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/exploitatie> (Erişim Tarihi: 27.04.2014).

Beesley, L. (2006). *Informal Care in England*. (Background Paper). London: King's Fund.

Bettio, F. ve Verashchagina, A. (2010). *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*. Luxemburg: European Union.

Bolance, C., Alemany, R. ve Guillen, M. (2010). *Prediction of the economic cost of individual long-term care in the Spanish population*. (Working Paper 2010/11). Barcelona: The Research Institute of Applied Economics (IREA).

Brodsky, J., Habib, J. ve Hirschfeld, M. (2003). *Key Policy Issues in Long-Term Care*. Geneva: World Health Organization (WHO).

Brodsky, J., Habib, J. ve Mizrahi, I. (2000). *Long Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*. Geneva: World Health Organization (WHO).

Campbell, J. C. ve Ikegami, N. (2003). Japan's Radical Reform of Long-Term Care, *Social Policy & Administration*, Cilt: 37 Sayı: 1. s. 21-34.

Casas, J. V. (2010). *ICT & Ageing Study on Users, Markets and Technologies*. European Union. http://www.ict-ageing.eu/ict-ageing-website/wp-content/uploads/2010/D18_final_report.pdf (Erişim Tarihi: 25.04.2014).

Chawla, M., Betcherman, G., Banerji, A., Bakilana, A. M., Feher, C., Mertaugh, M. ve diğerleri. (2007). *From Red To Gray: The "Third Transition" of Aging Populations in Eastern Europe and the former Soviet Union*. Washington, D.C.: The World Bank.

Collerton, J. ve diğeri. (2007). The Newcastle 851 Study: Biological, Clinical and Psychosocial Factors Associated with Healthy Ageing: Study Protocol, *BMC Geriatrics*, Cilt:7 Sayı: 14.

Comas-Herrera, A. (2012). *Analysis of Equity. In The Long-Term Care System For The Elderly In Austria*. Mot, E., Faber, R., Geerts, J. ve Willeme, P. (Eds.). (European Network of Economic Policy Research Institutes-ENEPRI Reasearch Report No. 117).

Costa-Font, J. ve Gonzalez, A. G. (2007). Long-term care reform in Spain, *Eurohealth*. Cilt: 13 Sayı: 1. s. 20-22.

Dickinson, H., Allen, K., Alcock, P., Macmillan, R. ve Glasby, J. (2012). *The Role of the Third Sector in Delivering Social Care*. London: School for Social Care Research.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2014). Engelli Bireylere İlişkin İstatistiki Bilgiler. http://www.eyh.gov.tr/upload/Node/8110/files/istatistik_03-2014.pdf. (Erişim Tarihi: 25.04.2014).

European Commission (2008). *Long-Term Care in the European Union*. Brussels.

European Commission (2013). Your social security rights in the Netherlands. European Union.

European Commission Communication. (2006). *The demographic future of Europe – from challenge to opportunity* (COM/2006/0571). European Commission.

European Commission. (2012). *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*. European Union.

Evashwick, C. (2005). *The Continuum of Care (3rd ed.)*. Clifton Park, New York: Thomson Delmar Learning.

Federal Ministry of Health, Germany. (2013). Selected Facts and Figures about Long-Term Care Insurance. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Englische_Dateien/Selected_Fact_and_Figures_as_of_15_11_2013_.pdf (Erişim Tarihi 05.04.2014).

Fernandez, J. ve Forder, J. (2010). Equity, efficiency, and financial risk of alternative arrangements for funding longterm care systems in an ageing society, *Oxford Review of Economic Policy*, Cilt: 26 Sayı: 4. s. 713-733.

Fernandez, J., Forder, J., Trukeschitz, B., Rokosova, M. ve McDaid, D. (2009). *How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long term care for older people?* Permanand, G. (Ed). Denmark: World Health Organization.

Gibson, M. J., Gregory, S. R. ve Pandya, S. M. (2003). *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*. Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute.

Glendinning, C., Davies, B., Pickard, L. ve Comas-Herrera, A. (2004). *Funding long term care for older people: Lessons from other countries*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Glennerster, H. (1997). *Paying for Welfare: Toward 2000*. Hemel Hempstead: Prentice Hall.

Government of the Netherlands. (2012). Health Insurance in the Netherlands. Hollanda: Government of the Netherlands. <http://www.government.nl/issues/health-issues/documents-and-publications/leaflets/2012/09/26/health-insurance-in-the-netherlands.html> (Erişim Tarihi: 26.04.2014).

Graf, C. (2013). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale, *The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing*, Sayı: 23, s. 2.

Guo, K. L. ve Castillo, R. J. (2012). The U.S. Long Term Care System: Development and Expansion of Naturally Occurring Retirement Communities as an Innovative Model for Aging in Place, *Ageing Int (2012)*, Sayı: 37. s. 210-227.

Gutierrez, L. F., Jimenez-Martin, S., Sanchez, R. V. ve Vilaplana, C. (2010). *The Long Term Care System for the Elderly in Spain* (European Network of Economic Policy Research Institutes-ENEPRI Research Report No. 88). Brussels: Centre for European Policy Studies.

Health Consumer Powerhouse. (2012). *Euro Health Consumer Index*. AB: Health Consumer Powerhouse. <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf> (Erişim Tarihi: 26.04.2014).

Heinicke, K. and Thomsen, S.L. (2010). *The Social Long-term Care Insurance in Germany: Origin, Situation, Threats and Perspectives*. Discussion paper no. 10-012. Center for European Economic Research. <ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp10012.pdf> (Erişim Tarihi 05.04.2014).

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (Yaşlı ve Sosyal Hizmetler Enstitüsü). (2009) http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_06/autonomia_dependencia/index.htm (Erişim Tarihi: 15.04.2014).

Joumard, I., Andre, C. ve Nicq, C. (2010). *Health care systems: Efficiency and institutions*. (OECD Economics Department Working Papers No. 769). OECD Publishing.

Kenny, C. (29.07.2013). The Whole World Is Getting Richer, and That's Good News. *Businessweek*. <http://www.businessweek.com/articles/2013-07-29/the-whole-world-is-getting-richer-and-thats-good-news> (Erişim Tarihi: 09.02.2014).

Kraus, M. ve diğerleri. (2010). *A Typology of Long-Term Care Systems in Europe*. (European Network of Economic Policy Research Institutes-ENEPRI Reasearch Report No. 91).

Landi, F. ve diğerleri. (2000). Minimum Data Set for Home Care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Medical Care*, 38: 1184-1190.

LeBlanc, A. J., Tonner, C. ve Harrington, C. (2000). Medicaid 1915(c) Home and Community-Based Services Waivers Across the States, *Health Care Financing Review*, Cilt: 22 Sayı: 2. s. 159-174.

Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe, *International Journal of Integrated Care*, Cilt: 4(e10). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1393267/> (Erişim Tarihi: 01.03.2014).

Lethbridge, J. (2007). *Changing care services and labor markets*. Paper prepared for the European Federation of Public Service Unions Seminar held in Greece.

Leyden Academy. (2012). *Coordination of health care services in the Netherlands*. The Netherlands: Leyden Academy.
<http://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2012/07/Dutch-cure-and-care-Feb.-2012-F.pdf>
(Erişim Tarihi: 27.04.2014).

Lipszyc, B., Sail, E. ve Xavier, A. (2012). *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27* (European Commission Economic Papers 469). Brussels: European Union.

Lucas, J. A., Rosato, N. S., Lee, J. A. ve Howell-White, S. (2002). *Adult Day Health Services: A Review of the Literature*. New Jersey: Rutgers Center for State Health Policy.

McCall, N. (2001). Long Term Care: Definition, Demand, Cost, and Financing. A. N. McCall (Ed.). *Who Will Pay for Long-Term Care* içinde (s. 3-31). Chicago: Health Administration Press.

Merlis, M. (2004). *Long-Term Care Financing: Models and Issues*. Washington, DC: National Academy of Social Insurance.

Mosby's Medical Dictionary. (2009). 8th edition, Elsevier. (Online). <http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/instrumental+activities+of+daily+living>. (Erişim Tarihi: 09.01.2014).

Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. ve Kutzin, J. (Eds.). (2002). *Funding health care: options for Europe*. Philadelphia: World Health Organization (WHO).

Mot, E. (2010). *The Long-Term Care System For The Elderly In The Netherlands*. (European Network of Economic Policy Research Institutes-ENEPRI Reasearch Report No. 90). Netherlands: ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations).

Muiser, J. ve Carrin, G. (2007). *Financing long-term care programmes in health systems* (Discussion Paper No. 6). Geneva: World Health Organization (WHO).

Muiser, J. ve Carrin, G. (2007). *Financing long-term care programmes in health systems*. (Discussion paper No. 6). Geneva: World Health Organization.

National Disability Authority. (2011). *Health and Personal Social Services for People with Disabilities in The Netherlands*. The Netherlands: National Disability Authority. [http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/97139B74DAE88BA38025787700527CA7/\\$File/Netherlands.pdf](http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/97139B74DAE88BA38025787700527CA7/$File/Netherlands.pdf) (Erişim Tarihi: 28.04.2014).

Nostrand, J. F.V. ve diğerleri. (1995). *Overview of Long Term Care In Five Nations: Australia, Canada, the Netherlands, Norway and the United States*. Washington, D. C.: U.S. Department of Health and Human Services.

OECD (1998). *Social and Health Policies in OECD Countries: A Survey of Current Programmes and Recent Developments* (Labour Market And Social Policy - Occasional Papers no. 33). Paris: OECD Publishing.

OECD (2005). *Long-Term Care for Older People*. Paris: OECD Publishing.

OECD (2009). *Country statistical profiles: Key tables from OECD*. http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd_20752288 (Erişim Tarihi 05.04.2014).

OECD (2010). “*Life expectancy*”, in *OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics*. OECD Publishing.

OECD (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing.

OECD (2012). *OECD Economic Surveys Netherlands*. OECD Publishing.

OECD (2013a). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
Calmus, D.R. (2013). The Long-Term Care Financing Crisis, *The Heritage Foundation Center for Policy Innovation (CPI)*, Discussion Paper No. 07, s. 2.

OECD (2013b). *Country statistical profiles: Key tables from OECD*. http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd_20752288
(Erişim Tarihi 05.04.2014).

OECD (2013c). *OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics*. OECD Publishing.

OECD (2014). *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*. OECD Publishing.

Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası, *Turkish Journal of Geriatrics*, Cilt: 10 Sayı: 2. s. 100-108.

Oğlak, S. (2011). Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerine Yönelik Yaşadığı Ortamda Sunulacak Bakım Modelleri, “İş, Güç” *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, Cilt: 13 Sayı: 4. s. 115-130.

Özer, Ö. ve şantaş, F. (2012). Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt: 3 Sayı: 2. s. 96-103.

Peters, L. (2010). Sharp increase AWBZ costs. Web magazine, 29 Temmuz 2010. <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/overheid/politiek/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3169-wm.htm> (Erişim Tarihi: 27.04.2014).

Pratt, R. J. (2010). *Long-Term Care: Managing Across the Continuum(3rd ed.)*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, LLC.

Private Health Care Insurances (PKV). (2011/2012). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012. Köln: Verband privater Krankenversicherung. (Figures 2001-2011). <http://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2011-2012.pdf> (Erişim Tarihi 05.04.2014).

Private Health Care Insurances (PKV). (2012). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012. Köln: Verband privater Krankenversicherung. (Figures 2002-2012). <http://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2012.pdb.pdf> (Erişim Tarihi 05.04.2014).

Redeman, A. (2012). Annual AWBZ deficit again exceeds 3 billion Euro. Web magazine, 4 Eylül 2012. <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/overheid-politiek/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3681-wm1.htm> (Erişim Tarihi: 27.04.2014).

Riedel, M. ve Kraus, M. (2010). *The Long-Term Care System For The Elderly In Austria*. (European Network of Economic Policy Research Institutes-ENEPRI Reasearch Report No. 69). Vienna: Institute for Advanced Studies.

Robine, J. M., ve diğerleri. (2005). *Are we living longer, healthier lives in the EU?* (EHEMU Technical Report 2). France: European Health Expectancy Monitoring Unit.

Rodrigues, R. ve Schmidt, A. E. (2010). Expenditures for Long-Term Care: At the Crossroads Between Family and State. *Geropsych. Cilt: 23 Sayı: 4. S. 183-193.*

Roo, A., Chambaud, L. ve Güntert, B. (2004). Long-term care in social health insurance systems. R. Saltman, R. Busse ve J. Figueras, (Eds.), *Social health insurance systems in western Europe* içinde (281-297). USA: Open University Press.

Rothgang, H. (2010). Social Insurance for Long-term Care: An Evaluation of the German Model. *Social Policy & Administration*. Cilt: 44 Sayı: 4 s. 436-460.

Royal Commission on Long Term Care [RCLTC]. (1999). *With respect to Old Age, Cm. 4192*. London: The Stationary Office. <http://ekonomiturk.blogspot.com.tr/2006/12/adverse-selection-nedir.html> (Erişim Tarihi: 01.04.2014).

Schubert, M. ve Eifler, A. (2013). *Germany-New Social Security Rates, Thresholds for 2013*. KPMG, Germany. <http://www.kpmg.com/US/en/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/flash-international-executive-alert/Documents/flash-international-executive-alert-2013-019-jan.pdf> (Erişim Tarihi 05.04.2014).

Schulz, E. (2010). *The Long-Term Care System For The Elderly In Germany*. (European Network of Economic Policy Research Institutes-ENEPRI Reasearch Report No. 78). Berlin: ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations).

Schut, E., Sorbe, S. ve Hoj, J. (2013). *Health Care Reform And Long-Term Care In The Netherlands. Economics*. (OECD Economics Department Working Papers No. 1010). OECD Publishing.

Seyyar, A. (2007). *Teorik ve Pratik Boyutlarıyla Sosyal Bakım*. Ankara: Şefkatli Eller Yayınevi.

Seyyar, A. ve Orhan, S. (2008). Sağlık Turizminde Yeni Küresel Eğilimler: Bakıma muhtaç yaşlı Almanların sosyal bakım hizmetlerinin Türkiye'den sağlanması, III. Balıkesir Ulusal Turizm Kongresi, 17-19 Nisan 2008, Balıkesir. Kongre Bildiri Kitabı, s. 5-11. http://tre.docdat.com/tw_files2/urls_53/7/d-6628/7z-docs/1.pdf (Erişim Tarihi: 05.02.2014).

Spoor, L. (2013). Towards Multi-Pillar Financing of Dutch Long-term Care for the Elderly? *Health and Ageing Newsletter*. Sayı: 28. The Geneva Association.

Statistics Netherlands. (2013). Health and Welfare Key Figures. <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/default.htm> (Erişim Tarihi: 27.04.2014).

Stone, J. (2010). *Long-Term Care (LTC): Financing Overview and Issues for Congress*. Washington D.C.: Congressional Research Service.

Stone, R. I. (2000). *Long-Term Care for the Elderly with Disabilities: Current Policy, Emerging Trends, and Implications for the Twenty-First Century*. New York: Milbank Memorial Fund.

Summer, L. (2003). *Choices and consequences: The availability of community-based long-term care services to the low-income population*. Washington D.C.: Georgetown University Long-Term Care Financing Project.

The World Factbook 2013-14. Washington, DC: Central Intelligence Agency, 2013. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html> (Erişim Tarihi: 20.04.2014).

Theobald, H. (2011). Long-term Care Insurance in Germany: Assessments, benefits, care arrangements and funding. *Institutet för Framtidsstudier/Institute for Futures Studies*. Working Paper 2011:13.

Tinker, A., Ginn, J. ve Ribe, E. (2013). *The Long Term Care Revolution: A study of innovatory models to support older people with disabilities in the Netherlands*. Institute of Gerontology, Department of Social Science, Health and Medicine. London: Housing Learning and Improvement Network.

Triantafillou, J., Nalditch, M., Repkova, K., Stlehr, K., Carretero, S. Emilsson, T. ve diğeri. (2010). *Informal care in the long-term care system* (European Overview Paper). Vienna: Interlinks.

Tufan, İ. (2006) *Yaşlılıkta Bakıma Muhtaçlık ve Yeni Bir Bakım Kültürü*. Antalya: Gero Yay.

TÜİK. (2012). *Türkiye'nin Demografik Yapısı ve Geleceği, 2010-2050*. TÜİK. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13140> (Erişim Tarihi: 29.04.2014).

TÜİK. (2013). *İstatistiklerle Yaşlılar*. Ankara: TÜİK.

University of California. (2006). *An Aging U.S. Population and the Health Care Workforce: Factors Affecting the Need for Geriatric Care Workers*. San Francisco: Center for California Health Workforce Studies.

Ürker, Ş. (2009). *Türk Sosyal Güvenlik Hukukunda Özürlülük*. Uzmanlık Tezi. Özürlüler İdaresi Başkanlığı.

Veen, R., Huijbers, P. ve Nies, H. (2010). *Governance and financing of long-term care. Dutch National Report*. Utrecht: Interlinks.

Wanless, D. ve diğeri. (2006) *Securing Good Care For Older People: Taking A Long Term View*. London: King's Fund.

Wehlander, C. ve Madell, T. (2013). SSGIs in Sweden: With a Special Emphasis on Education. U. Neergaard, E. Szyszczak, J.W. Gronden ve M. Krajewski, (Eds.), *Social Services of General Interest in the EU* içinde. Netherlands: T.M.C. Asser Press.

WHO (2002a). *Current and future long-term care needs*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2002b). *Lessons For Long-Term Care Policy*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2011). *World Report on Disability*. Malta: World Health Organization.

WHO (2013). *World Health Statistics*. Italy: World Health Organization.

Wiener, J. (2003). The role of informal support in long-term care. In Brodsky, J., Habib, J. ve Hirschfeld, M. (Eds.), *Key Policy Issues in Long-Term Care* içinde (3-24). Geneva: World Health Organization (WHO).

Wiener, J. M., Illston, L. H. ve Hanley, R. J. (1994). *Sharing the Burden: Strategies for Public and Private Long-Term Care Insurance*. Washington: The Brookings Institution.

Wittenberg, R. ve Malley, J. (2007). Financing Long-term Care for Older People in England, *Ageing Horizons, Oxford Institute of Ageing*. Sayı: 6. s. 28-32.

Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., Pickard, L. ve Hancock, R. (2004). *Future demand for long-term care in the UK: A summary of projections of long-term care finance for older people to 2051*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Wittenberg, R., Pickard, L., Comas-Herrera, A., Davies, B. ve Darton, R. (1998). *Demand for long-term care: projections of long-term care finance for elderly people*. London: London School of Economics.

Wittenberg, R., Sandhu, B. ve Knapp, M. (2002). Funding long-term care: the public and private options, Chapter 10. E. Mossialos, E. Dixon, A. Figueras ve Kutzin, J. (Eds.),

Funding health care: options in Europe içinde (226-248). Philadelphia: Open University Press.

Wunderlich, G.S. ve Kohler, P.O. (Eds.). (2001). *Improving the Quality of Life*. Washington, D.C.:Institute of Medicine.

Yıldırım, H. H., Yıldırım, T. ve Akbulut, Y. (2012). *Sağlık Sigortacılığı*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

DOĞRULUK BEYANI

“Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Finansman Yöntemleri: Türkiye Açısından Değerlendirmeler” başlığında hazırlamış olduğum, uzmanlık tezindeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu; ayrıca, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

23.05.2014

Burcu AYHAN
Aile ve Sosyal Politikalar
Uzman Yardımcısı