

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ
PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE’DE VE DÜNYA’DA EVDE BAKIM HİZMETLERİ
UYGULAMALARI

Hilal AYBARS

Danışman
Dr.Öğr. Üyesi Emine Yasemin YEĞİNBOY

İZMİR-2019

TEZ ONAY SAFASI



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Türkiye’de Ve Dünya’da Evde Bakım Hizmetleri Uygulamaları** ” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../2019

Hilal AYBARS

ÖZET
Yüksek Lisans Tezi
Türkiye’de Ve Dünya’da Evde Bakım Hizmetleri Uygulamaları
Hilal AYBARS

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Anabilim Dalı
Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı

Sosyal refah devleti tarihsel bir yapı olarak, toplumun refah düzeyini iyileştirme amacı ile sosyal güvenlik kurumları oluşturma ve adaleti yaygınlaştırma temelinde şekillenmiş ve insanların insan olmaları ile sahip oldukları sosyal hakların gelişmesine hız kazandırmıştır.

Dünyada ve Türkiye’de demografik değişim sağlık ve sosyal hizmetler başta olmak üzere pek çok alanda ortaya çıkan problemler ve bu doğrultuda ki gereksinimlerin yeniden gözden geçirilmesine neden olmuştur. Tüm Dünya’da sosyal devlet anlayışının gelişmesi ile ülkeler öne çıkan bu problemleri çözebilmek için evde bakım hizmetlerini alternatif bir hizmet modeli olarak benimsemişlerdir.

Bu çalışmada sosyal devlet anlayışı çerçevesinde öne çıkan evde bakım hizmetleri kavramı, finansmanı, avantajları ve devzavantajları ile Türkiye’de ve Dünya’da ki evde bakım hizmetlerinin mevcut durumu doğrultusunda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sunulan evde bakım hizmetleri ülke örnekleri ile anlatılmıştır. Türkiye’deki sunulan evde bakım hizmetleri ile karşılaştırmalı değerlendirmeler doğrultusunda ülke şartları çerçevesinde eksikliklerin giderilerek bir model geliştirilmesine yönelik bilgilere yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Devlet, Sosyal Hak, Sosyal Güvenlik, Bakıma Muhtaçlık, Evde Bakım

ABSTRACT
Master's Thesis
Application For Home Care Services İn The World And Turkey
Hilal AYBARS

Dokuz Eylül University
Graduate School of Social Sciences
Department of Business
Hospital and Health Institutes Management Program

As a historical structure, the social welfare state has been shaped on the basis of creating social security institutions and spreading justice in order to improve the welfare level of the society and accelerated the development of human rights and the social rights they have.

Has caused many problems are emerging in many areas, and to reconsider the requirements of demographic change in this direction, especially in health and social services in the world and Turkey. With the development of the concept of social state all over the world, countries have adopted home care services as an alternative service model in order to solve these outstanding problems.

In this study, the concept of social state mentality that stands out in the framework of home care services, finance, described the advantages and discernable lag between Turkey and developed in line with the current state of the home care services in the world and developing home care services offered in the country by country examples. eliminating the deficiencies in the framework of a model country in accordance with the terms and conditions offered by comparative evaluations of home care services in Turkey are given for the development of the information.

Keywords: Social State, Social Rights, Social Security, Need for Care, Home Care

TÜRKİYE’DE VE DÜNYA’DA EVDE BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	xii
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL HAK – SOSYAL DEVLET VE SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMLARI

1.1. SOSYAL HAK KAVRAMI	2
1.2. SOSYAL HAKLARIN TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ	3
1.3. SOSYAL HAKLARIN GERÇEKLEŞTİRİLMESİNDE DEVLETE DÜŞEN YÜKÜMLÜLÜKLER	6
1.4.SOSYAL HAKLAR AÇISINDAN ÖZEL OLARAK KORUNMAYA GEREKSİNİM DUYAN DEZAVANTAJLI GRUPLAR	7
1.5. SOSYAL DEVLET ANALİZİ	9
1.6.SOSYAL DEVLET İLKESİNİN GELİŞİMİ	11
1.7. NEO-LİBERAL POLİTİKALAR VE SOSYAL DEVLETİN DEĞİŞEN YÜZÜ; SOSYAL REFAH DEVLETİ	12
1.8. SOSYAL REFAH DEVLETİ UYGULAMALARI	14
1.8.1. Sosyal Sigorta	15
1.8.2. Sosyal Yardımlar	16

1.8.3. Sosyal Hizmet	17
1.8.4. Sosyal Tazmin ve Sosyal Teşvik	18
1.9. SOSYAL REFAH DEVLETİNDE SOSYAL GÜVENLİĞE İLİŞKİN SINIFLANDIRMALAR	19
1.10. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI	20
1.11. SOSYAL GÜVENLİĞİN TARİHSEL GELİŞİMİ	23
1.12. SOSYAL GÜVENLİĞİN ÇIKIŞ NOKTASI; SOSYAL DEVLET İLKESİ İLE İLİŞKİSİ	25
1.13. SOSYAL GÜVENLİĞİN KONUSU VE ÖNEMİ	28
1.14. SOSYAL GÜVENLİĞİN AMAÇLARI	30
1.14.1. Sosyal amaçlar	31
1.14.2. Ekonomik Amaçlar	31
1.14.3. Siyasal Amaçlar	32
1.15. SOSYAL GÜVENLİĞİN FİNANSMAN KAYNAKLARI	32
1.15.1. Primler	33
1.15.2. Devlet Katkısı	33
1.15.3. Vergiler	34
1.16. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNİN FİNANSMAN YÖNTEMLERİ	35
1.16.1. Kapitalizasyon Yöntemi	36
1.16.2. Dağıtım Yöntemi	37
1.16.3. Karma Yöntem	38
1.17. SOSYAL GÜVENLİK HARCAMALARININ GELİŞME SEVİYESİ	39
1.18. SOSYAL GÜVENLİĞİN FİNANSMAN KRİZİ VE REFORM ARAYIŞLARI	42

İKİNCİ BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİK REFORMUNDA YENİ STRATEJİK YAKLAŞIM

2.1. BAKIMA MUHTAÇLIK VE BAKIM SİGORTASI KAPSAMINDA EVDE BAKIM HİZMETLERİ FİNANSMANI VE UYGULAMALARI	45
2.2. BAKIMA MUHTAÇLIK OLGUSU	45
2.3. BAKIM HİZMETİ KAVRAMININ SOSYAL BOYUTU	47

2.4. BAKIMA MUHTAÇLIK RİSKİ - DERECEŚİ VE TESPİTİ	50
2.5. BAKIM SİĞORTASI VE BAKIM SİĞORTASININ GEREKLİLİĞİ	52
2.6. EVDE BAKIM HİZMETLERİ	54
2.7. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ	56
2.8. EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN ARZ VE TALEBİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	59
2.8.1. Demografik Değişimler	60
2.8.2. Sosyal Değişim	61
2.8.3. Epidemiyolojideki Değişiklikler	62
2.8.4. Bilimsel Ve Teknik Yenilikler	62
2.8.5. Tutum Ve Beklentilerdeki Değişiklikler	62
2.8.6. Politik Öncelikler Ve Tercihler	63
2.9. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN AMAÇ VE KAPSAMI	63
2.10. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN GEREKLİLİĞİ VE ÖNEMİ	71
2.11. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI	72
2.12. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN DİĞER MESLERLE OLAN İLİŞKİSİ	74
2.13. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU	77
2.14. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	78

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE/DE VE DÜNYA/DA EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA MODELLERİ

3.1. TÜRKİYE'DE VE DÜNYA'DA EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ ÇERÇEVESİNDE SUNUMU VE BUGÜN GELİNER NOKTA	82
3.2. TÜRKİYE'DE EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE YASAL SÜRECİ	83
3.3. TÜRKİYE'DE EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN GEREKSİNİM	98
3.4. TÜRKİYE'DE VE DÜNYA'DA EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN SUNUMU VE MEVCUT DURUM DEĞERLENDİRMESİ	104

3.4.1. Evde Bakım Ve Sağlık Hizmetleri Organizasyonu	109
3.4.2. Evde Bakım Ve Sağlık Hizmetlerine Başvuru Ve Değerlendirme	109
3.4.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Ölçütleri	112
3.4.4. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Kapsamı Ve Sunumu	117
3.4.4.1. Aile Hekimliği Bünyesinde Sunulan Evde Bakım Hizmetleri	119
3.4.4.2. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İznine Bağlı Özel Evde Bakım Kuruluşları Tarafından Yürütülen Evde Bakım Hizmetleri	120
3.4.4.3. Türkiye Kamu Hastane Kurumu Tarafından Yürütülen Evde Bakım Hizmetleri	122
3.4.4.4. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Tarafından Yürütülen Evde Bakım Hizmetleri	123
3.4.4.4.1. Aspb’nın Yaşlılara Sunduğu Hizmetler	124
3.4.4.4.1.1. Huzurevi İle Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Yaşlılara Götürülen Hizmetler;	124
3.4.4.4.1.2. Özel Huzurevleri	125
3.4.4.4.1.3. Kamu Kurum Kuruluşlarına Bağlı Huzurevleri	126
3.4.4.4.1.4. Yaşlı Hizmet Merkezleri	126
3.4.4.4.2. Engellilere Sunulan Hizmetler	127
3.4.4.4.2.1. Evde Bakım Hizmeti	129
3.4.4.4.2.2. Yatılı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezleri	130
3.4.4.4.2.3. Engelsiz Yaşam Merkezi Projesi	131
3.4.4.4.2.4. Umut Evi Projesi	131
3.4.4.4.2.5. Geçici Ve Misafir Olarak Bakım Hizmeti	132
3.4.4.4.2.6. Aile Danışma Ve Rehabilitasyon Merkezleri (Resmi- Gündüzlü Kuruluşlar)	132
3.4.4.4.2.7. Evde Bakıma Destek Hizmeti	132
3.4.4.4.2.8. Özel Bakım Merkezleri	133
3.4.4.4.2.9. Engelli Bireyler İçin Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi	133

3.4.4.5. Belediyeler tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri	136
3.5. TÜRKİYE’DE EVDE BAKIMA YÖNELİK BAKIM GÜVENCE SİSTEMİ	138
3.6. DÜNYA’DA EVDE BAKIM	142
3.7. DÜNYA’DA EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHSEL SÜRECİ	143
3.8. DÜNYA’DA EVDE BAKIM HİZMETLERİ SUNAN BAZI GİŞİMİŞ VE GELİŞMEKTE OLAN ÜLKE ÖRNEKLERİ	147
3.8.1. AB Üyesi Ülkelerde Evde Tıbbi Ve Sosyal Bakım Organizasyonu	148
3.8.1.1. Hollanda’da Evde Bakım Hizmetleri	149
3.8.1.1.1. Hollanda’da Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyon Yapısı Ve Bakım Güvence Sistemi	155
3.8.1.2. İsveç’te Evde Bakım Hizmetleri	160
3.8.1.3. Almanya’da Evde Bakım Hizmetleri	164
3.8.1.3.1. Almanya’da Evde Bakım Hizmetlerinde Hizmet Sunumu	168
3.8.1.3.2. Bakım Kapsamı Ve Bakım Sigortası	169
3.8.1.3.3. Bakım Parası	170
3.8.1.3.4. Bakımı Yapan Kişinin Sosyal Güvenliği	172
3.8.1.3.5. Bakım Süresi	172
3.8.1.3.6. Bakım Destek Parası	172
3.8.1.3.7. Profesyonel Evde Bakım Hizmetleri	173
3.8.1.3.8. Kısmen Ayakta Bakım	173
3.8.1.3.9. Kısa Süreli Bakım Parası	174
3.8.1.3.10. Engellilik Bakım Yardımı	175
3.8.1.3.11. Tam Yataklı Bakım	175
3.8.1.3.12. Bakım Kursları	176
3.8.1.3.13. Bakım Hizmetleri İçin Gerekli Araç Ve Gereçlerinin Sağlanması	176
3.8.1.3.14. Yaşanılan Mekân Ve Yakın Çevresini İyileştirici Önlemler	176
3.8.1.4. ABD’de Evde Bakım Hizmetleri	177
3.8.1.5. Japonya’da Evde Bakım Hizmetleri	185

3.8.1.5.1. Bakıma Muhtaçlığı Tespit Etmekle Yetkili Birim Veya Kişi	189
3.8.1.5.2. Bakıma Muhtaçlık Kriterleri Ve Tespiti	190
3.8.1.5.3. Bakım Modelinin Finansmanı	191
3.8.1.5.4. Bakım Güvence Modelinin Yapısı	192
3.8.1.5.5. Bakım Hizmetlerinin İçeriği	193
3.8.1.5.6 Bakım Hizmetlerini Uygulamaya Yetkili Birimler	193
3.9. SOSYAL DEVLET – SOSYAL HAK - SOSYAL GÜVENLİK VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	195
3.10. TÜRKİYE’DEKİ EVDE BAKIM MODELİNİN ÜLKE ÖRNEKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMALI DEĞERLENDİRİLMESİ	197
3.10.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Başlangıcı	198
3.10.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Gerekli Kılan Sebepler	200
3.10.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Ülkelerdeki Tanımları	203
3.10.4. Hizmet Sunumunda Belirlenen Hedefler;	204
3.10.5. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Gruplar Ve Yararlanma Ölçütleri	205
3.10.6. Evde Bakım Hizmetini Sağlayan Kurum/ Kuruluşlar	207
3.10.7. Evde Sağlık Ve Bakım Hizmetlerinin İçeriği	208
3.10.8. Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı	210
3.10.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Denetimi	212
SONUÇ	215
KAYNAKÇA	222

KISALTMALAR

ADSM	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
ASPB	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının
AWBZ	İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası
GSS	Genel Sağlık Sigortası
IMF	Uluslararası Para Fonu
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı
SB	Sağlık bakanlığı
RG	Resmi Gazete
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TKHK	Türkiye Kamu Hastaneleri Kanunu
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
UHK	Umumî Hıfzıssıhha Kanunu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Bazı Gelişmiş Ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Uygulanan Sosyal Güvenlik Uygulamaları Ve Finansman Yöntemleri	s.38
Tablo 2: Oecd Üyesi Bazı Ülkelerin Gsyih'nın Yüzdesi Olarak Sosyal Güvenlik (Koruma) Harcamalarının Gelişme Seyri	s.41
Tablo 3: Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetler	s.70
Tablo 4: Türkiye’de Evde Sağlık Ve Bakım Uygulamaları İle İlgili İlk Uygulamalar, Kavramsal Kullanımlar Ve Yapısal İlkler	s.94
Tablo 5 : Türkiye’de Evde Bakım Uygulamalarının Hizmet İçerikleri	s.118
Tablo 6: Bazı Gelişmiş Ülkelerde Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonunda Yer Alan Hizmet Sunucuları	s.149
Tablo 7 : Almanya’da Ödenen Bakım Parası	s.171
Tablo 8 : Almanya’da Kısmi Ayakda Bakım Hizmetlerinde Ödenen Bakım Parası	s.174
Tablo 9 : Almanya’da Kısa Süreli Bakım Hizmetlerinde Ödenen Bakım Parası	s.175
Tablo 10 : Almanya’da Tam Yataklı Bakım Hizmetlerinde Ödenen Bakım Parası	s.175
Tablo 11: Amerika Birleşik Devletleri’nde Evde Bakım Hizmetlerinde Hizmet Sınıflandırmaları	s.184
Tablo 12 : Örnek Ülkelerde Evde Bakım Hizmetlerinin Başlangıcı	s.199
Tablo 13 : Türkiye, Almanya, Japonya, Hollanda, İsveç Ve Abd’ De Oecd Verilerine Göre 2000-2014 Yılları Arasında Genç Ve Yaşlı Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı	s.201
Tablo 14 : Örnek Ülkelerin Evde Bakım Hizmet Sunumunun Gerekli Kılan Sebepler	s.202
Tablo 15 : Örnek Ülkelerin Evde Bakım Hizmet Sunumundaki Hedefleri	s.204
Tablo 16 : Örnek Ülkelerde Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Gruplar ve Yararlanma Ölçütleri	s.205
Tablo 17 : Örnek Ülkelerde Evde Bakım Hizmetlerini Birinci Derece Sağlayıcılar	s.207
Tablo 18 : Örnek Ülkelerde Sunulan Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı	s.209

Tablo 19 : Örnek Ülkelerde Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı	s.211
Tablo 20 : Örnek Ülkelerdeki Evde Bakım Hizmetlerinin Denetim ve Kontrolü	s.212
Tablo 21 : Örnek Ülkelerdeki Evde Bakım Hizmet Sunumunun Yetersizlikleri / Dezavantajları	s.213



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Evde Bakım Hizmetleri Arz Ve Talebini Etkileyen Faktörler	s.60
Şekil 2: 2010 – 2030 Yılları Arasında Bölgeye Ve Yaşa Göre Nüfus Artışı	s.61
Şekil 3: Evde Bakımın Hedefleri, İçeriği Ve Sonuçları	s.65
Şekil 4: Nüfus Dinamikleri; Nüfus Yaş Kompozisyonu, Türkiye	s.100
Şekil 5: Şekil 3; Müracat Şeması	s.112
Şekil 6 : Uzun Süreli Bakımda Kamu Harcamalarının (Sağlık Ve Sosyal Bileşenler) Gsyh Oranı (2014)	s.146
Şekil 7: Hollanda’da Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu	s.156

GİRİŞ

İnsan ve şahsiyet hakları, sosyal devletlerin vazgeçilmez değerleridir. Bu bağlamda sosyal haklar, gelişmiş sosyal devletlerde daha da önem kazanmaktadır. Fertlerin, toplum üzerinde sahip olduklarını varsaydıkları ve bu sebeple değişik sosyo-ekonomik ihtiyaçların giderilmesi yönünde devlete karşı ileri sürdükleri bir çeşit kamusal nitelikli "alacak hakkı" bilinci de demokratik gelişmelere paralel olarak artmıştır.

Sosyal haklar, ekonomik ve sosyal dengesizlikleri azaltmaya yönelik haklardır. Sosyal adalet, eşitlik ve ayrımcılık yapmama gibi temel değerler dikkate alındığında sosyal haklara en fazla korunmaya muhtaç kişiler ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle, çocukların, gençlerin, işsizlerin, yaşlıların, özürlülerin, kronik hastaların ve bakıma muhtaçların sosyal güvenlik kapsamında sosyal hizmetlerden yararlanma hakları vardır. Diğer taraftan demografik ve toplumsal değişime bağlı olarak sosyal hizmetlerin klasik faaliyet alanlarına yeni sorun alanları da eklenilmesi beklenmektedir. Bunların başında ileri yaşlılığa, ağır derecede özürlülüğe ve/veya kronik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan bakıma muhtaçlık sorunu gelmektedir. Bu bağlamda mevcut sosyal güvenlik sistemleri içinde bakıma muhtaç hasta, özürlü ve yaşlılara yönelik bakım güvence modellerinin ve sosyal bakım hizmetlerinin oluşturulması kaçınılmaz olmuştur.

Bu çalışmada Dünya’da ve Türkiye/de yaşanan bu sorunlar doğrultusunda benimsenen evde bakım hizmetlerinin sosyal devletin temelini oluşturan bir sosyal hak olarak sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan yeni bir hizmet modeli olarak nasıl benimsendiğini, bu hizmetin ülkelere kattığı avantajlarının neler olduğu yanısıra dezavantajlarını, dünyada gelişmiş olan ülkelerde benimsenen modeller ve bazı ülke örnekleri ile ülkemizde evde bakım hizmetlerinde gelinen son durumun değerlendirilmelerine yer verilmiştir. Türkiye’de sunulan evde sosyal ve sağlık bakım hizmetlerinde saptanan eksikliklerin, aksaklıkların neler olduğuna ve model önerilerine yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL HAK – SOSYAL DEVLET VE SOSYAL GÜVENLİK

KAVRAMLARI

1.1. SOSYAL HAK KAVRAMI

Sosyal hak kavramının neyi ifade ettiği ve bu kavramın içeriğinin ne olduğunu daha iyi anlaşılabilmesi için öncelikli olarak “hak” kavramının anlamını neyi ifade ettiğini ve içeriğini anlamak gerekir.

“Hak” yasal, toplumsal ya da ahlaksal özgürlük veya yetkidir. Bazı yasal düzen, toplum sözleşmesi ya da ahlak teorilerince; insanlara tanınan ya da borçlu olunan normatif temel kurallardır (<https://www.dmy.info/hak-nedir-anlami> Erişim Tarihi: 20/06/2019). ^”Hak”olarak algılanan her durum, sorumluluk kavramını da içermektedir. Hak, yasal, toplumsal ya da ahlaksal özgürlük veya yetkileri temsil etmektedir. “Gelişmişliğin” bir ölçütü olarak “haklar” gösterilebilir. İnsanlık, hak anlayışıyla doğru oranda gelişmiştir ve yurttaşlarının hak ve özgürlüklerini tanıyan devletlere “uygar” devlet denilmektedir. Sosyal yaklar devletin olumlu bir eylemde bulunmakla yükümlü olduğu haklardır.

Vatandaşlık tarihsel açıdan değerlendirildiğinde medeni haklar, siyasi haklar ve sosyal hakların bir araya gelmesiyle oluşan bir eksendir.. **Medeni haklar**, bireysel özgürlüğü ifade etmektedir, ifade özgürlüğü, düşünce ve inanç özgürlüğü, mülk edinme ve sözleşme yapma özgürlüğü, adalet hakkı gibi. **Siyasi haklar**; siyasi kararlara katılımı yani seçme ve seçilme hakkını kapsamaktadır. **Sosyal haklar** ise yaşanılan toplumun belli standart ve olanakları çerçevesinde ekonomik ve sosyal güvenlik haklarını kapsayan, refah seviyesini yüksek çağdaş bir birey gibi yaşama hakkını içine alan geniş bir haklar yelpazesini kapsamaktadır (KARA, 2008,13 içinde Thomas ve Bottomore, 2006, 6)

Daha genel bir ifade ile; bireyin bulunduğu toplumun sahip olduğu yaşam standartlarının sağlanması için hayati önem arzeden ihtiyaçlarının karşılanmasının (sosyal güvenlik, aile yardımı v.b) devletçe teminatının sağlanmasıdır diyebiliriz. Sosyal hakların olması veya olmaması hatta koruma şekilleri sosyal politika düzenlemelerini veya modellerini ortaya çıkarmaktadır(Bayhan, 2002, 3)

1.2. SOSYAL HAKLARIN TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ

Sanayi devriminin ortaya çıkardığı sosyal hakların Batı ülkeleri ve Türkiye de ne şekilde bir gelişme gösterdiğini ve nasıl bir hız kazandığı hakkında genel olarak değerlendirme yapmak gerekir.

Sosyal hakların doğuşunda ve gelişmesinde, fikri alandaki değişimler ve bu değişimlerden etkilenererek ortaya çıkan işçi akımları önemli unsur teşkil etmektedir. Bir diğer önemli unsur ise devlet anlayışında ortaya çıkan gelişmelerle yaşanan değişimler olmuştur. Aynı zamanda sosyal haklarla ilgili uluslararası alanda yapılan çalışmalar ve düzenlemeler sosyal hakların gelişmesinde önemli etken olmuştur. Sosyal hakların gelişmesi özellikle devlet niteliğinin yani sosyal devlet anlayışının gelişmesiyle daha da hız kazanmıştır (Kara, 2008, 20-22).

İkinci Dünya Savaşından sonra, sosyal haklar, ulusal ve uluslararası alanlarda temel bir insan hakları niteliğinde kabul görmüştür ve belgelendirilerek ilan edilmiştir. Bu belgeler (Sur; 1997-1998, 69-71);

- Aralık 1948 tarihli Evrensel İnsan Haklar Bildirgesi; antlaşma niteliği taşımamakla birlikte siyasi bakımdan büyük önem taşıyan bu bildirgenin 22-25. maddelerinde, sosyal güvenlik, çalışma, adil ve elverişli çalışma koşulları, işsizliğe karşı korunma, eşit işe eşit ücret, adil ve yeterli ücret, sendika, dinlenme, sağlık ve refahın korunması, ana ve çocukların özel olarak korunma hakları yer almaktadır.
- Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO); sosyal nitelikte bazı temel hakları hem kurucu belgelerinde, hem de ayrıyeten çalışma sözleşmelerinde de etmiştir. Özellikle, zorla çalıştırma yasağı (1930, 29 No. Sözleşme; 1957, 105 No. Sözleşme), sendika özgürlüğü (1921, II No. Sözleşme; 1948. 87 No. Sözleşme; 1949, 98 No. Sözleşme; 1971, 135 No. Sözleşme; 1978, 151 No. Sözleşme), fırsat ve işlem eşitliği (özellikle 1958, 111 No. Sözleşme; 1981.156 No. Sözleşme) temel insan haklar çerçevesinde kabul edilen sözleşmelerdir ve diğer sözleşmelere kıyasla daha sıkı bir denetime tabi tutulmaktadır. Ayrıca, sendika özgürlüğü özel bir mekanizmayla korunmaktadır.
- Avrupa Sosyal Şartı; Sosyal haklara tahsis edilen ve bu hakları toplu

biçimde ele alan ilk bağlayıcı uluslararası metin, olarak kabul edilmiştir (Torino, 18 Ekim 1961). "Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı"nda (Strasbourg, 3 Mayıs 1996), mevcut hakları gözden geçirilerek ileri düzeye çıkarılmış ve güçlendirilmiş, ayrıca yeni haklar ise ilave edilmiştir.

- Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulunda 16 Aralık 1966 günü Kişisel ve Siyasal Haklar BM Sözleşmesiyle aynı zamanda kabul edilen Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar BM Sözleşmesi, 1976'da yürürlüğe girmiştir. 1948'de Evrensel Bildirgede klasik haklarla ekonomik, sosyal ve kültürel hakların birlikte ilan edilmesine karşılık, bağlayıcı belgelerdir. 1948 Bildirgesi liberal ve marksist anlayışları bağdaştırmaya çalışırken, 1966 Sözleşmeleri biçimsel özgürlük karşıtlığı fikrini hukuki alana geçirmiştir. Belirli ve kesin yükümlülükleri ifade etmek yerine, daha ziyade temel hedef ve ölçütlere yer verilmiştir. Ayrıca, hakların yaşama geçirilmesi önemli ölçüde devletlerin ekonomik imkanlarına bağlıdır.
- Avrupa Birliği 'nin (AB) de sosyal haklara gittikçe daha çok önem verdiği gözlemlenmiştir. Avrupa Birliği Antlaşmasıyla (Maastricht Andlaşması, 1992) sosyal politikaya ivme kazandırılmıştır (Sur; 1997-1998, 69-71).

Temel insan hakları niteliğinde kabul edilen tüm bu belgeler sosyal haklar olarak adlandırılan hakların büyük bir bölümüne yer vermiştir. Tüm bu haklar düzenlenirken saygı gösterme ve koruma alanları dikkate alınmıştır. Sosyal güvence ve çalıştırma politikaları ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, çalışma koşulları emeklilik koşulları, yoksulluk ve ayrımcılıkla mücadele, sosyal güvenlik ve sağlık, yaşlıların bakımı, sosyal yardımlar gibi alanlarda tüm ülkeleri kapsayan uluslararası düzeyde belli standartlar belirlenmiştir.

Türkiye’de sosyal hakların tarihsel gelişimi incelendiğinde cumhuriyet öncesi ve Cumhuriyetin ilanı sonrasında olmak üzere sosyal haklara ait farklı bir gelişim süreci söz konusudur.

Cumhuriyet öncesi içinde bulunulan ekonomik, sosyal ve siyasi koşullar sosyal hakların gelişmesine olanak sağlamamıştır. Osmanlı Devleti’nde sosyal güvenlik anlayışı daha çok dinsel ve geleneksel temeldeki karşılıklı yardımlaşma anlayışı ile başlamış ve gelişmiştir. Gönüllü kuruluşlar (vakıflar, loncalar, esnaf

sandıkları gibi kurumlar) aracılığıyla yürütülen sosyal güvenlik uygulamaları kişilerin haklarını korumak için değil daha çok yardımlaşma ve dayanışma esasına dayalı olarak yürütülmüştür. Ve bu çerçevede yapılan uygulamalara devlet dahil olmamıştır yani devletin çalışma alanı dışında bırakılmıştır (Şen, 2002, <http://www.e-akademi.org/makaleler/msen-1.htm> Erişim Tarihi:09/12/2018).

II. Dünya Savaşı sonrasında Türkiye; 10 Aralık 1948 tarihli “İnsan Hakları Evrensel Bildirisi” 6 Nisan 1949’da Bakanlar Kurulu’nca kabul edilmiş; 7 Nisan 1948 tarihli Dünya Sağlık Örgütü Anayasası, 9 Haziran 1949 tarih ve 5062 sayılı yasa ile onaylamış ve Türkiye Dünya Sağlık Örgütü üyesi olarak dünyadaki sosyal güvenlik alanındaki gelişmelere ayak uydurmaya çalışmıştır. Bu sözleşmeler Türkiye’yi sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında mükellef kılmıştır (Güvercin, 2004, 92).

Cumhuriyet tarihindeki en önemli inkılap 1961 Anayasası ile “insan haklarına dayanan devlet”, “demokratik devlet”, “sosyal devlet”, “hukuk devleti” gibi yeni temel ilkeler kabul edilerek yaşanmıştır (Gözübüyük, 2005, 110). Bu ilkeler ile toplumsal dengeyi, sosyal adaleti ve barışı dengelemek amaçlanmıştır. Bu amaca ulaşmak için ise devletin aktif olarak ekonomik ve sosyal hayata müdahale etmek ve sosyal devlet anlayışını uygulamakla mükellefiyeti bulunmaktadır. Bu doğrultuda insan hakları çerçevesinde sosyal hizmetlerle ilgili düzenlemeler için alt yapı oluşturulmaya çalışılmıştır.

1961 Anayasasının 3. Bölümünde sosyal haklar ve ödevlerin korunmasında 35. Maddesi gereği aileyi Türk toplumunun temeli olarak tanımlamıştır ve ailenin, annenin ve çocuğun korunması ve gelişmesi için gerekli tedbirler alınmasına yönelik yükümlülük altına girmiştir. 1961 Anayasası “**Madde 48: Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindendir**” (Gözübüyük, 2005, 224) diyerek sosyal güvenlik alanında net bir anayasal güvence sağlamıştır. 1961 anayasası 48’ten-53.cü maddeler gereğince vatandaşların maddi ve manevi gelişlerine yardımcı olacak sağlık hakkı, öğrenim hakkı gibi hakların yerine getirilmesini devletin yükümlülüğünde olduğunu belirten açık hükümlere yer vermiştir. 1961 Anayasasında her bireyin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ilkesi ve sosyal adaletin sağlanması devletin yükümlülüğünde olduğu tekrar edilmiştir.

Böylece sosyal güvenlik tüm bireyleri içine alan temel bir hak olarak benimsenmiştir (KARA, 2008,13 içinde Mumcu, 1992, 203).

1982 Anayasasında da sosyal güvenlik hakkı anayasal bir hak olarak tesahup etmiştir (benimsemek). Bu anayasa bakıma ve korumaya muhtaç engelli, yaşlı ve çocuklar gibi gruplara yönelik sosyal hizmet ve yardımlara yönelik düzenlemelere yer vermiştir. **“Madde 61 – Devlet, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleriyle, malûl ve gazileri korur ve toplumda kendilerine yaraşır bir hayat seviyesi sağlar. Devlet, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır. Yaşlılar, Devletçe korunur. Yaşlılara Devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir. Devlet, korunmaya muhtaç çocukların topluma kazandırılması için her türlü tedbiri alır. Bu amaçlarla gerekli teşkilat ve tesisleri kurar veya kurdurur”** (Gözübüyük, 2005, 250). Böylelikle sosyal bir hak olarak sosyal güvenlik açısından özel olarak korunması gereken kişiler hakkında bir düzenleme getirilmiştir.

1.3. SOSYAL HAKLARIN GERÇEKLEŞTİRİLMESİNDE DEVLETE DÜŞEN YÜKÜMLÜLÜKLER

İnsan hakları; can ve mal güvenliği, din ve vicdan özgürlüğü, düşünce ve ifade özgürlüğü ve siyasi haklar gibi birinci kuşak haklarından ibaret değildir. Ekonomik, sosyal ve kültürel haklar, bu ortak haklardan daha çok önemlidir.

Temel bir insan hakkı olan sosyal güvenlik hakkı, sosyal barış ve adaletin sağlanarak, sosyal dışlanmanın ve yoksulluğun önlenmesi için devletin kullandığı önemli bir araç niteliğindedir. Aynı zamanda sağlanan güvenliğin maliyetinin toplumsal düzeyde adil olarak paylaştırılması ve ulusal dayanışmanın oluşturulması eşitlik ve sosyal adaletin sağlanmasına katkı sağlamaktadır (ILO, 2001, 1)

Sosyal hakların gerçekleştirilmesinde devlete düşen yükümlülükler vardır. Bu yükümlülükleri; bireylerin insan haklarından tam anlamıyla yararlanabilmelerini sağlayabilmek için (özellikle ekonomik, sosyal ve kültürel haklarından) gerekli yasal, yönetsel, yargısal, mali ve diğer gerekli olan tüm önlemleri alması olarak ifade edebiliriz. Dünya’da pek çok devlet, ülkenin içinde bulunduğu ekonomik ve sosyo-kültürel şartlar, toplumsal öncelikler gibi subjektif kriterlere vurgu yaparak, mali

kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde sorumluluk yüklenerek yakların yerine getirilmesinde sınırlandırma yolunu seçmişlerdir ve bu durum insan hakları belgelerinde de yer almaktadır (KARA, 2008,13 içinde Algan, 2007, 119). Bu eğilim ise, ekonomik, sosyal ve kültürel hakların gereğinin yerine getirilmesi yükünün gerçekleştirilmesinde, farklı hak kategorileri söz konusu olduğunda, ekonomik, sosyal ve kültürel hakların aleyhine ayrımlaşmalara yol açması gibi sorunları da beraberinde getirmektedir.

Tüm sosyal hakların özünde, “sosyal adalet”in sağlanması yer almaktadır. Sosyal adalet, sosyal hakların müşterek amacıdır. Sosyal adalet, sosyal hakların sadece bazılarından değil tümünden yani tüm insan haklarından yararlanılmadığı sürece sağlanamaz. Ne devlet, sosyal haklar olmadan “sosyal devlet” olur, ne de sosyal devlet sosyal haklar olmadan gerçekleştirilebilir. Sosyal hakların ve sosyal adaletin olmadığı bir devlette sosyal devletten söz etmek mümkün değildir ve sosyal ve siyasal barışın devamlılığından bahsedilemez (Gülmez, 2009, 11)

1.4.SOSYAL HAKLAR AÇISINDAN ÖZEL OLARAK KORUNMAYA GEREKSİNİM DUYAN DEZAVANTAJLI GRUPLAR

Devletler vatandaşlarının hepsine eşit davranmak zorunluluğundadır. Bununla birlikte, toplumda güçsüz konumda bulunan, korunmaya ve bakıma muhtaç kişilerin insan onuruna yaraşır asgari bir yaşam standardına kavuşturulması sosyal devlet olmanın en önemli gereklerindendir. Ancak bununla beraber uygulamada bazı dezavantajlı grupların konumları nedeniyle diğer bireylere göre daha özel uygulamalara tabi tutulmaları gerekmektedir. Yaşlılar, engelliler, çocuklar, şehit yakınları ve gaziler, özel olarak korunması gereken dezavantajlı gruplardır. Bu gruplarla ilgili devletlerin anayasal düzeyde özel uygulamalara yer vermesi büyük önem taşımaktadır. Çünkü bir toplumun, insan haklarının seviyesi, o toplumda korunmaya gereksinim duyan grupların, hak ve özgürlüklerden yararlanma ölçütüyle doğru orantılıdır (KARA, 2008,13 içinde Kabaoğlu 1994, 257).

Yaşlılık, önüne geçilmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik, sosyal yönleri ve sorunları olan bir süreç, her yaşayan bireyin kaçınılmaz sunudur. Yaşlılıkla beraber kişilerin statü ve yetkinliğini kaybettiği, fiziksel yeteneklerinin

azaldığı, bağımlılık ve kaza riskinin arttığı ve kronik hastalıkların ortaya çıktığı dönemdir.

Gerçekten yaşlıların bağımsız ve onurlu bir yaşam sürme ve toplumsal ve kültürel hayata katılma haklarının tanınması ve bu haklara saygı duyulması gerekmektedir. Aynı şekilde, engelli kişilerin bağımsızlıklarını, sosyal ve mesleki açıdan içinde yaşadıkları topluma katılıp katkıda bulunmalarını sağlayacak önlemlerden yararlanma haklarının tanınması ve bu haklara saygı duyulması gerekmektedir. Devlet, engelli bireylerin sosyal durumlarını iyileştirmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek için çaba göstermek durumundadır.

Engelli; doğuştan veya sonradan herhangi bir sebeple bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşal yönden, sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle, toplumsal yaşama ayak uydurma ve günlük ihtiyaçlarını karşılamada güçlükleri olan ve bu sebeple koruma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilerdir. İnsan hakları ise insanların insan olmaları nedeni ile var olan, her insanın tabi olarak sahip olduğu haklardır. Engellilerin de sırf insan olmaları nedeni ile bu haklara sahip olduğu gerçeğinin tartışılabilir bir tarafı yoktur (GÖKMEN, 2007, 2)

İnsan hakları; insanların, insan olmaları ile var olan tabi olarak sahip oldukları haklardır ve engelliler de sadece insan olmaları nedeni ile bu haklara sahiptirler. Daha da önemlisi engelliler için insan haklarından sosyal ve ekonomik hakların ehemmiyeti daha fazladır.

Negatif (koruyucu) haklardan faydalanabilmek için pozitif (sosyal) hakların varlığı hayati önem taşımaktadır. Pozitif haklar bireylere devletten olumlu bir tutum, bir hizmet ve bir yardım isteme imkanını tanıyan haklardır. Örneğin çalışma hakkı, sağlık hakkı, konut hakkı, sosyal güvenlik hakkı bu tür haklardandır. Aynı zamanda tüm yurttaşlar için geçerli olan seyahat özgürlüğü, eğitim hakkı, çalışma hakkı engelliler için de tanınmıştır. Bu tür haklar, devlete sosyal alanda bir çok sorumluluk yüklemektedir.

Sonuç olarak sosyal haklar; hedef kitlesi ve olumlu bir fiil gerektirip gerektirmemeleri yönlerinden aynı türde bir yapıya sahip olmaması nedeniyle tek bir kriterden yola çıkarak tanımlanamamaktadır. Ancak, ekonomik yönden güçsüz olanların korunmasını ve öncelikle özel olarak korunmaya gereksinmesi bulunan

sosyal sınıflar, elverişsiz konumdaki kişi, grup yada kesimleri, toplumdan dışlanan kişiler için ekonomik ve sosyal adaleti ve eşitliği gerçekleştirmeyi amaçlayan haklar olduğu söylenebilir. Kısacası sosyal haklar, düzenli ve sürekli bir gayretle, sosyal adaletsizlik ve eşitsizliklerin kaldırılması, gelir dağılımının iyileştirilmesi için gereken fonksiyonel ve etkin bir sosyal devleti gerçekleştirmenin hukuksal araçlarıdır (Gülmez, 2009, 10)

1.5. SOSYAL DEVLET ANYALIŞI

Sosyal devlet; *“haklarla donatılmış vatandaşlarının tek tek, yani eşit bireyler olarak, bedensel, duygusal, sosyal ve zihinsel gelişimi ve anayasa ile korunan haklarını kullanabilmeleri için gerekli yasal, siyasal ve toplumsal ortamı sağlayan, tüm vatandaşlarının cinsiyet, din, etnik köken gözetmeksizin maddi refaha ve yaşam standardına erişmesi için aktif bir biçimde toplumsal eşitsizliklerle mücadele eden, böylece vatandaşlarını onların tüm yeteneklerini geliştirmesi için gerekli ortamı, onlara sağlık, eğitim ve yaşamsal haklarla donatarak sağlayan devlet”* olarak tanımlanmaktadır. (Sosyal Politikalar Dergisi. Sayı: 1, Güz 2006, 98).

Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO) ise sosyal devleti; *“kişilerce aynı ve nakdi olarak sağlanan faydaları ve bu kişilere sunulan kamu sağlık hizmetlerini asgari sosyal devlet hizmetleri olarak kabul etmekte; sosyal devlet ise, bireylere ve ailelere minimum bir gelirin garantisini veren aynı zamanda hastalık, sakatlık, işsizlik, yaşlılık ve diğer sosyal riskler karşısında güvence sağlayan devlet”* olarak tanımlamaktadır (Türkoğlu, 2013, 219 içinde Sallangül, 2004, 151).

Sosyal devlet anlayışı, Türk Anayasa Hukuku'na 1961 Anayasası ile birlikte girmiş, 1982 Anayasası'nda da yerini korumuştur. Nitekim 1982 T.C. Anayasası *“Madde 2; Türkiye Cumhuriyeti, toplumun huzuru, millî dayanışma ve adalet anlayışı içinde, insan haklarına saygılı, Atatürk milliyetçiliğine bağlı, başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, demokratik, lâik ve sosyal bir hukuk Devletidir”* (Gözübüyük, 2005, 224) şeklinde tanımlanmıştır.

Sosyal devletin vatandaşlarına sağlaması gereken haklar arasında ailenin korunması, çalışma hakkı, adil ücret hakkı, sosyal güvenlik hakkı, konut hakkı,

sağlık hakkı, çevre hakkı, eğitim hakkı gibi haklar sayılmaktadır (Pektaş, 2010, 5).

Sosyal devletin temel görevleri; kişi ile toplum arasında denge, emek ile sermaye arasında denge, çalışanların insanca yaşaması, çalışma hayatının istikrar içinde gelişmesi, çalışanların korunması, sosyal adalet ve sosyal güvenlik ihtiyacının karşılanması, toplumsal kutuplaşmaların azalmasına özen gösterilmesi, güçsüzlerin güçlüler karşısında korunması gibi onlara insanlık onuruna yaraşır bir yaşam düzeyi sağlanması, böylece sosyal adaletin gerçekleşmesine elverişli ortamın yaratılması kabul edilmektedir (Gören, 2014, 30).

Sosyal devlet anlayışı, sosyal barışı ve adaleti sağlamak amacıyla, sosyal ve ekonomik hayatta, devletin etkin rol almasını gerektiren ve yasalaştıran bir anlayıştır. Yine başka bir ifade ile sosyal devlet toplumu oluşturan bireylere sağlanan özgürlüklerin yanısıra insanca yaşamalarını için gerekli olan maddi, medeni ve kültürel ihtiyaçları asgari refah olanaklarını sağlamayı hedefleyen çağdaş devleti ifade etmektedir. Aynı zamanda hukuk devletinin ileri aşamasıdır. Yani sosyal devlet toplumdaki güçsüzleri güçlüler karşısında koruyarak gerçek eşitliği yani sosyal adaleti ve toplumsal dengeyi sağlayarak insan onuruna yakışır düzeyde bir yaşam standardını amaç edinen devlettir diyebiliriz.

Bu anlayış çerçevesinde sosyal devlet genel olarak bireyin ve toplumun refah ve huzurunu sağlamak için; sosyal, ekonomik ve mali düzenlemelerle emek-sermaye arasında denge oluşturan, işsizliği önleyerek milli gelirin adil bir şekilde dağılımını gerçekleştiren sosyal risklere karşı bireyleri koruyan, sosyal adalet ve sosyal güvenliğini sağlayan, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler vererek herkes için insan haysiyetine yaraşır asgari bir hayat seviyesi sunan devlet olarak tanımlanabilir (Türkoğlu, 2013, 278). Tüm bu tanımlamalardan yola çıkarak bir devletin sosyal devlet olarak nitelendirilebilmesi için; devletin ekonomik bakımdan güçsüz olanları güçlülere karşı koruması, sosyal adaleti ve toplumsal dengeyi sağlaması, özgürlüklerin gerçekleşmesi için maddi ve manevi koşulları sağlaması ve hukuka uygun davranması” en temel özellikleridir (<http://www.bakimliyiz.com/kadin-ve-hukuk/73364-sosyal-devlet-nedir.html> Erişim Tarihi; 05/02/2019)

1.6.SOSYAL DEVLET İLKESİNİN GELİŞİMİ

Sosyal devlete ait bugünkü anlamıyla kabul edilen ilk yasal düzenleme 1601 yılında İngiltere’de Kraliçe I. Elizabeth döneminde, çıkartılan “Yoksulluk Kanunu” (Elizabethan Poor Law) ile olmuştur. (Türkoğlu, 2013 219-280 içinde Yılmaz, 2006, 9-10)

Sosyal devlet anlayışını anayasal düzeyde ortaya koyan ilk anayasa 1848 Fransız Anayasasıdır. Bu anayasa genel olarak bağımsızlık, eşitlik ve kardeşliğin egemenliği öngörüşü ile; yoksullara yardım ve eğitim hakkı gibi düzenlemeler yer vererek, sosyal hukuk anlayışının temelini oluşturmuştur. Bu anlayış çerçevesinde devlet, vatandaşlarına, kişisel ve siyasal haklar tanımakla yetinmemiş; sosyal ve ekonomik hakları da tanımış ve bunun için bir takım faaliyetlerde bulunmak zorunda kalmıştır (Bulut, 2003, 176).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında 1945-75 arası dönemde kalkınma ulus devletler için temel öncelik olmuştur. Kalkınma, fordist kitlesel üretime dayalı büyüme ve devletçilik anlayışına dayandırılmıştır. Devlet, hem piyasa ekonomisi hem de sosyal devlet olma özelliğiyle geliştirdiği sosyal politikalar aracılığıyla eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, istihdam ve çalışma koşullarının düzenleyicisi konumunda olmuştur. Devlet ekonomideki tüm dalgalanmalara karşı sosyal sınıfları korumak adına para, vergi, harcama ve gelir transferinin temel düzenleyicisi olmuş, ücret ve çalışma koşullarını bu doğrultuda düzenlemiş, yoksul ve bakıma muhtaçlara yönelik doğrudan yardımlarda bulunmuştur (Kayalidere, 2014, 61).

Sosyal devlet anlayışının, 19.yy’da; sosyal yardım, sosyal güvenlik, sosyal sigorta ve hizmetler gibi birçok alanda hayata geçirilen faaliyetlerle birlikte olgunlaştığı kabul edilmektedir. 1945 – 1975 yılları arası sosyal devletin “refah dönemi” olarak adlandırılmış ve bu faaliyetlere ek olarak gelir sürekliliğinin ve yaşam standardının iyileştirilmesinin hedeflendiği, refah devleti fonksiyonlarının geliştiği bir dönem olmuştur. Bu dönemde Avrupa’da ve ABD’de kabul gören sosyal refah devleti anlayışının, vatandaşların asgari bir gelir düzeyi ile belirli bir sosyal güvenlik seviyesine kavuşmalarını, sağlık hizmetlerinden serbestçe yararlanmalarını, belirli bir yaşa kadar eğitim olanağına sahip olmalarını ve konut yardımı almalarını amaçladığı görülmektedir. Bunların önemli bir bölümü gerçekleştirilmişse de ekonomik büyüme, genişleme, zenginleşme, yeni ihtiyaç ve isteklerin ortaya

çıkmasına ve böylece refah devletinin bu hedeflerin yanısıra, yoksulluk ve eşitsizliğin giderilmesi ile sosyal bütünleşme ve toplumsal katılımın sağlanması gibi yeni amaçları da ortaya çıkmıştır. (Türkoğlu, 2013:279-280 içinde, Yılmaz, 2006, 9-10).

1975’den sonra yaşanan ekonomik krizler sonucunda önemli bir dönüşüm sürecine giren sosyal devlet anlayışı yeniden yapılanma arayışları sonucunda yerini neo-liberal politikalara bırakmıştır (Bayraktar, 2012, 253-255).

Neo-liberal dönemin başlangıcına kadar geçen bu süre devletin sosyal devlet olma adına yaşadığı en parlak dönem olarak değerlendirilebilir. Kalkınmanın, kitlesel üretim ve tüketim odaklı sağlamasını amaçlayan bu dönemde gelir dağılımına görece dikkat edilmiş, gelir eşitsizliğini hafifletmek yönünde sosyal politikalar benimsenmiş, kamu harcamaları bu yönde şekillendirilmiştir (Kayalidere, 2014, 61).

1.7. NEO-LİBERAL POLİTİKALAR VE SOSYAL DEVLETİN DEĞİŞEN YÜZÜ; SOSYAL REFAH DEVLETİ

Refah devleti kavramı literatüre çok hızlı bir şekilde 1942 yılındaki Beveridge Raporu’yla girmiştir. Bu rapor devlete kişinin beşikten mezara kadar refahı için sorumluluk yüklemektedir (<http://canaktan.org/politika/antileviathan/diger-yazilar> Erişim Tarihi; 12/12/2018).

Refah devleti kavramı uluslararası düzeyde net olarak açıklanmış bir kavram değildir. Ancak refah devleti kavramının sosyal güvenlik kavramını da içine barındıran geniş bir kavram olduğunu söyleyebiliriz.

Refah devleti kavramı, sosyal hakların hayata geçirilmesi yani aile veya bireylere, yaptıkları işlere veya kazandıkları gelire bakılmaksızın, minimum bir gelirin garanti edilmesi ve aynı zamanda devletin hastalık, sakatlık, işsizlik, yaşlılık ve diğer sosyal riskler karşısında bireylere güvence sağlanması ve her şeyden önemlisi statü farklarına bakmadan vatandaşlara mükemmel standartlarda sosyal hizmet programlarının bir hak olarak sunulmasıdır (Özdemir, 2005, 231).

Küreselleşmenin doğduğu 1970 ve 1980’li yıllarda refah devleti üzerine birçok çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bu akademik çalışmalarda farklılaşan refah devleti rejimleri ile ilgili tartışmalar büyük bir ilgi çekmiş; refah devletlerini

sınıflandırma uğraşısı, sosyal politikanın merkezine yerleşmiştir. Farklı kişilerce değişik açılardan sınıflandırma çalışmaları yapılmış Esping Andersen; Liberal Refah Devleti, Muhafazakâr-Korporatist Refah Devleti ve Sosyal Demokrat Refah Devleti olmak üzere üç başlık altında sınıflama yapmıştır (Özdemir, 2005, 231).

Liberal Refah Devleti'nde sosyal harcamaların en temel özellikleri; gelir testiyle sağlanan destekler, düşük-orta düzeyde bütün toplumun geneline dönük transferler ya da orta-düşük düzeyde sosyal güvenlik ödemeleridir. Liberal Refah Devleti'nde; sosyal yardımlar esas olarak düşük gelir gruplarına, çalışan sınıfa ve devletin bakmakla yükümlü olduğu kesime sağlanır. Bu yaklaşıma göre, sosyal yardımlar kişileri istihdamda yer almaktan caydırmayacak düzeyde olmalıdır. Sosyal yardımlar oldukça düşük ve ılımlıdır. Bu nedenle devlet aktif ya da pasif olarak özel refah planlarını desteklemektedir. Bu modelin temel örnekleri; Amerika, Kanada ve Avustralya'dır (Andersen, 1990, 27).

Bir ikinci refah devleti rejimi; Fransa, Almanya, Avusturya ve İtalya'nın olduğu Muhafazakâr-Korporatist Refah Devleti'dir. Muhafazakâr-Korporatist refah devletlerinde liberal saplantı olan piyasa etkinliği ve metalaştırma hiçbir zaman ön planda değildir. Bu rejimde öncelikli olan konu statü farklılıklarının korunmasıdır; bundan dolayı haklar sınıf ve statüye bağlanmıştır. Korporatizmde devlet, refah sağlayıcı olarak, piyasanın yerini alan bir yapıdır. Bunun sonucu olarak özel sigorta ve mesleklere dönük sosyal yardım ödemeleri sadece marjinal rol oynar. Diğer taraftan devletin statü farklılıklarını korumaya dönük vurgusu dağıtımsal etkinin ihmal edilebilir olduğunu ifade eder. Bu rejimler aynı zamanda tipik bir biçimde kilise tarafından şekillendirilir ve dolayısıyla geleneksel aile yapısının korumasına adanmıştır. Sosyal sigorta sistemi tipik bir biçimde çalışmayan kadını kapsamaz ve aile yardımları anneliği özendirir. Çocuk bakıcılığı ve benzer aile hizmetleri bariz biçimde geri kalmıştır. Devlet sadece ailenin bakma kapasitesi kalmadığı zaman müdahale eder ve bu hizmetleri sunar (Andersen, 1990, 27).

Norveç, İsveç, Danimarka, Finlandiya ve Hollanda'nın yer aldığı Sosyal Demokrat Refah Devleti sınıflamasında, devlet, sınıflar arasındaki ikiliği uzlaştırmak yerine yüksek standartlarda bir gelir dağılımı eşitliğini destekleyen refah devletini ifade eder. Toplumun tüm sınıflarını kapsayan bütün haklar evrensel bir sigorta sistemi altında birleştirilmiştir. Bu modelde refah devleti, çocuklara direkt olarak

yardım sağlar; çocukların, yaşlıların ve muhtaç olanların direkt olarak sorumluluğunu üstlenir. Bunun sonucunda devlete ağır sosyal hizmet yükümlülüğü getirir, sadece aile ihtiyaçlarını karşılamaz kadını evde kalmasından ziyade çalışabilmesini teşvik eder. Bu modelin en belirgin özelliği çalışma (istihdam) ile refahı (sosyal refah ödemeleri) bir arada tasarlamasıdır. Bir tarafta çalışma hakkı, gelir koruma hakkıyla eşit statüye sahiptir (Andersen, 1990, 28).

Ancak bu modeller sadece gelişmiş kapitalist ülkeler için geçerlidir. Çünkü azgelişmiş ülkelerde adına ‘refah devleti’ denmesini hak edecek herhangi bir sosyal politika rejimi mevcut değildir. Az gelişmiş ülkelerde sosyal refah harcamaları ortalama olarak gelişmiş ülkelere göre çok daha düşüktür. Sosyal güvenlik sistemlerinin çok kısmi olduğu ve genellikle ücretli çalışma ile sınırlı olduğu az gelişmiş ülkelerde yarar düzeyleri daha çok yararlanma ilkesine göre, yani ödenen primlere göre belirlenir. Yine bu ülkelerde belli grupları doğrudan doğruya koruma şemsiyesi altına alan ihtiyaç ölçüsünde kişiselleşmiş transferler sunma stratejisi son derece sınırlı uygulanmaktadır ve hak temelli olmaktan ziyade muhtaçlık, düşkünlük gibi durumlar için geçerlidir. Sağlanan yardımlar miktar ve süreklilik bakımından tatmin edici düzeyde değildir. Bu yararlar, az gelişmiş ülkelerde vatandaşlık hakkı olarak ifade bulmaz. Bu ve buna benzer sosyal hakların sunumu, yararlanma ortamı ve koşulları gibi benzeri birtakım olumsuz yöndeki özelliklerden dolayı az gelişmiş ülkelerde görülen sosyal politika rejiminden türeyen refah devleti tipine ‘dolaylı-minimalist refah devleti’ adını vermek pek yanıltıcı olmamaktadır (Özer ve Balseven, 2015, 260-261).

1.8. SOSYAL REFAH DEVLETİ UYGULAMALARI

Sosyal Devletin tanımını yaparken kullanılan; insan şeref ve haysiyetine yakışan bir hayat, insanca yaşama, eşitlik, sosyal adalet, sosyal denge, sosyal barış, sosyal refah, sosyal güvenlik, adil gelir, fırsat eşitliği, istihdam vb. kavramlar oldukça anlamlıdır. Devlet tüm bu hizmetlerini sosyal sigorta, sosyal yardım, sosyal hizmet ve sosyal tazminle gerçekleştirmektedir. Refah devleti için bu araçlar, vatandaşlarına tanıdığı bir lütuf değil, onun görevidir. Aynı zamanda sosyal devletin sosyal ihtiyaçları karşılamak için üstlendiği kamu hizmetlerini de ifade etmektedir.

Refah devleti uygulamaları, sosyal güvenlik mekanizmasının hayata geçirilmesiyle gerçekleşmektedir. Finansman yapısı, hizmet programı, hizmet anlayışı ve türleri bakımından her birinin kendine has özellikleri vardır.

Sosyal güvenlik alanında devlet; başta sosyal sigorta olmak üzere, sosyal tazmin, sosyal yardım ve sosyal hizmet araçlarından yararlanarak, tüm yurttaşlarının geleceğe güvenle bakmalarını sağlayacak önlemler almaktadır. Aynı zamanda kişilere sosyal hayatta karşı karşıya kalabilecekleri hastalık, yaşlılık, kaza, sakatlık, işsizlik gibi olasılıklara karşı koruma sağlamaktadır ve bu olasılıklar karşısında ekonomik açıdan güçlü kılmaktadır. Hayatlarının her döneminde gelir düzeylerinde karşılaşılabilecekleri bir düşmeye karşı kişilere en azından minimum bir gelir seviyesi garanti ederek, geleceğe güvenle bakma imkanı vermektedir.

1.8.1. Sosyal Sigorta

Fizyolojik, ekonomik ve sosyal riskleri, karşılamak için, gerekli önlemlerin giderlerine karşı koymadır. Bir başka yaklaşımla, sosyal sigortaların asıl amacı, ulusal gelirin bir bölümünün yeniden dağılımını sağlamaktır. Sosyal sigorta fertlerin insan haysiyetine yaraşır bir geçim seviyesini daima muhafaza etmeyi gaye edinmiştir

Sosyal devlet ilkesinin geçerli olduğu bir sistemde sosyal güvenlik bir amaç, sosyal sigortalar ise bu aracın gerçekleşmesinde etkili bir araçtır (Şenocak, 2009, 429). Sosyal sigortalar sosyal politikanın sigorta yöntemini uygulayan bölümüdür. Sosyal sigorta, sosyal güvenliğin en gelişmiş ve en yaygın kullanılan metodudur. Sosyal sigortalar, çalışanlara maruz kalabilecekleri belirli sosyal riskler karşısında ekonomik güvence sağlamak amacıyla, çalışanlar ile bunları istihdam edenlerin primler yoluyla finansmana katılımı ve zorunluluk ilkelerine dayanan devlet tarafından örgütlenmiş kurumlardır (Kitapçı, 2007, 30 içinde Akyıldız, 2004, 14).

Sosyal sigorta devletçe organize edilmiş, kendi kendine yönetim esaslarına göre işleyen, kamu hukuku karakterli, zorunluluk esasına dayanan, , ölüm ve işsizlik hallerine karşı koruyan kendine özgü bir sigortadır. Bir başka deyişle sosyal sigorta “organizeli kendi kendine yardım yöntemi” olarak söylenebilmektedir (Koç,2004 <http://www.isgucdergi.org/?p=article&id=217&cilt=6&sayi=2&yil=2004> Erişim

Tarihi: 05/12/2018).

Sosyal sigortaların en önemli özelliği insan sağlığının ve yaşamının sürdürülmesi bakımından vazgeçilmez bir mekanizma oluşudur. Çünkü hayat birçok belirsizliklerle doludur. Bu belirsizlikleri belirliliğe dönüştüren tek metodu sunan yöntem sosyal sigortalardır.

1.8.2. Sosyal Yardımlar

Sosyal yardımlar, ayni veya nakdi olmak üzere herhangi bir karşılık beklemeden ihtiyaç sahibi olan kişilere kamu kurum ve kuruluşları tarafından yapılan yardımlardır. Sosyal yardım yöntemi sosyal güvenliğin sağlanmasında uygulanmış yöntemlerin en eskisidir. Sosyal yardımlar, sosyal sigortaların kapsamı dışında kalan grupları veya sosyal risklere karşı yeterince korunamayanları korumaktadır.

Sosyal yardımlar karşılıksızlık ilkesi üzerine kurulmuş, şartlı-şartsız ya da ayni-nakdi olarak yapılmaktadır. Sosyal yardım yönteminde kişilere yapılan ödemeler muhtaçlık koşuluna bağlanmıştır. Başka bir ifadeyle; fakir olarak dünyaya gelen veya sonradan yoksulluğa düşen ve dolayısıyla mutlak veya kısmi olarak yardıma muhtaç hale gelen kişilere, insanlık haysiyetine yaraşır bir yaşam düzeyi sağlamak amacıyla, çoğu kez devlet bütçesinden (fonlardan) tek taraflı olarak yapılan karşılıksız veya kişinin durumunun iyileşmesi halinde daha sonra geri ödeme şartına bağlı olarak yapılan maddi desteklerdir. Sosyal yardımların önleyici özelliği bulunmamaktadır (Kitapçı, 2007, 34, Taşçı, 2007, 56-61).

Sosyal yardım yönteminden yararlanılmasının devamlılığının sağlanması için; (Dilik(b), 1980, 72):

- a.** Sosyal yardımlar sosyal güvenlik alanındaki kanunların taşıdığı önemli boşlukları doldurmalı, yoksulluğun kişiyi tehdit ettiği ve bunların gelir dağılımını düzeltici diğer tedbirlerle giderilemediği durumlarda gelirlerde dengeleyici bir etki yaratmalıdır.
- b.** Sosyal yardımlar özellikle mevcut sosyal sistemleri tamamlama ve olgunlaştırma fonksiyonu taşımakta ve yenilikler getirmeye çok elverişli bulunmalıdır ki, bunun sonucu olarak sosyal yardım yönteminin yandaşları sosyal reformlar üzerinde etkin bir rol oynamalıdır.

1.8.3. Sosyal Hizmet

Sosyal hizmetler, sosyal güvenliğin gerçekleştirilmesinde yükün dağıtılması düşüncesine dayalı olarak geliştirilmiş sosyal güvenlik teknikleri arasında yer almaktadır.

Kişi, grup veya toplulukların yapısından ve şartlarından doğan yada kendi denetimleri dışında oluşan bedeni, zihni, ruhi eksikliği, fakirlik ve eşiitsizliği gidermek veya azaltmak, toplumun değişen şartlarından doğan sosyal sorunları çözümlenmek, insan kaynaklarını geliştirmek, hayat standartlarını iyileştirmek ve yükseltmek, fertlerin birbirleriyle ve sosyal çevresi ile uyum sağlamasını kolaylaştırmak amacıyla insan, şeref ve haysiyetine yaraşır eğitim, danışmanlık, bakım, tıbbi ve psiko-sosyal rehabilitasyon alanlarında ifa edilen hizmet programlarının tmm sosyal hizmetin kapsamındadır (Seyyar, 2002, 518).

Sosyal hizmet bireylerin ve grupların topluma daha iyi uyumu için yardım etmenin sistemli yoludur. Sosyal hizmet, hem halkın gönüllülük esasına dayalı olarak muhtaçlara yaptığı yardımları, hem de kamu sosyal hizmet yardımını içeren bir kavramdır. Toplumun kendi ellerinde olmayan nedenlerle yoksul ve muhtaç duruma dsen bireylerine, ülkenin genel şartları çerçevesinde insana yaraşır, çevreleri ile uyumlu bir hayat sürdürebilmeleri için, devlet ve gönüllü özel kuruluşlar tarafından sağlanan, ekonomik, politik, sosyal, eğitimsel, cinsiyet ya da ruhsal yönlerden birey ve toplumları geliştiren, güçlendiren ve özgürleştiren bir disiplindir. Aynı zamanda sosyal hizmet ortak sorumluluk ve farklılıkları kabul etme merkezidir (<http://ifsw.org/sosyal-hizmet-nedir/> Erişim Tarihi: 05/12/2018).

Sosyal hizmetlerin en temel özelliği, bireylerle ilgilenmesidir. Başka bir deyişle sosyal hizmetler, bir ülkede kendi ellerinde olmayan nedenlerle yoksul, muhtaç, bedenlen ya da ruha sakat duruma dsen bireylere, insana yaraşır bir hayat sürdürebilecekleri sosyal ortamı yaratma amacını taşımaktadırlar. Çocukların bakımı ve korunması, muhtaç durumdaki yaşlı, sakat ve hastaların bakımı, dar gelirli bireylere sağlık hizmetlerinin sunumu ve benzeri hizmetleri içerisinde barındırmaktadır.

Sosyal yardımların genel özellikleri itibariyle sosyal hizmetlere benzemektedir. Sosyal güvenliğin parasal yardımları ile sosyal hizmetler bir

madalyonun iki yüzüne benzetilebilir. Muhtaç olma şartına bağlı olan sosyal yardımlar kamu kuruluşları tarafından vergilerle finanse edilirken, özel kuruluşlar ise bu yardımı kendi kaynaklarından yapmaktadırlar. Diğer taraftan sosyal hizmetlerde ana ilke ihtiyaç sahibine mal yardımın yapılması veya hizmet sunulmasıdır. Aynı zamanda bu hizmetlerin yapılmasında ihtiyaç sahiplerinin kendileriyle ve çevreleriyle uyum sağlamasının kolaylaştırılması amacı yer almaktadır. (Kitapçı, 2007, 36).

1.8.4. Sosyal Tazmin ve Sosyal Teşvik

Devletin sorumluluğunda olan faaliyet ve işlemlerden dolayı zarara uğrayanların zararını karşılamaya yöneliktir. Belirli risk ve haller için önceden yasa ile belirlenen faydalar, uğranılan zararın karşılığıdır. Bu nedenle kişilere belirli bir hayat düzeyinin sağlanması yerine iktisadi iyileştirme sağlanması amaçlanmıştır (Özdemir, 2008, 95 içinde Akı ve Sözer, 1999, 28). Tazminat karakteri taşıyan bir sosyal güvence sistemidir. Devletçe bakılma olarak da bilinen, kanunun sorumluluğunda olan sosyal risklere karşı tesis edilen bir koruyucu güvenlik sistemidir. Sosyal tazmin, muayyen riskler için önceden kanunla belirlenen edimler ya da uğranılan zararların karşılığı olarak algılandığı için, dar manada devletçe bakılma kategorisine girmektedir (Özdemir, 2008, 95 içinde Seyyar, 2002, 553).

Sonuç olarak sosyal refah devletinin uygulamaları ile ilgili yaptığımız tanımlamalar sosyal devleti insanın asgari yaşam kalitesini sağlamaya yönelik bir sistem olarak düşünebiliriz ve insanın hak olarak onur ve haysiyetine uygun yaşama arzusu insanlık tarihinin temel bir meselesi ve insan olmanın bir gereğidir. Bu açıdan bakıldığında tarihin her döneminde insanın sosyal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bir sistem kurma ihtiyacı olmuştur ve birçok yönetsel sistem bireyin sosyal-yaşamsal ihtiyaçlarını merkeze alarak yapılanmıştır. Ancak mutlak bir öncelik ve zorunluluk olarak burada önemli olan “Devlet”in bireyin sosyal ihtiyaçlarını merkeze alan, tüm sosyal riskleri göz önünde bulunduran bir mekanizma oluşturarak bir kurumsallaşmayı gerçekleştirmesidir.

1.9. SOSYAL REFAH DEVLETİNDE SOSYAL GÜVENLİĞE İLİŞKİN SINIFLANDIRMALAR

Refah devletinin ortaya çıkmasıyla dünyada sosyal güvenliğe ilişkin refah devleti uygulamaları hızlanmış ve farklı modeller ortaya çıkmış; bu durum refah devleti uygulamalarının sınıflandırılması ihtiyacı farklı sosyal güvenlik sistemlerini beraberinde getirmiştir.

Dünya genelinde sosyal güvenliğin bireysel olmaktan çıkıp kurumsallaşma sürecine girmesi refah devleti anlayışının ortaya çıkmasıyla olmuştur. İlk başta Almanya'nın öncülük ettiği Bismark tipi anlayış Beveridge ile devam etmiş ve dünya genelinde sosyal güvenlik harcamaları çok yüksek düzeylere ulaşmıştır (Kitapçı, 2007, 25).

Toplumsal yapıda meydana gelen değişmelere cevap vermek üzere organizasyon yapısını ve işleyiş esaslarını sürekli değiştiren bir ülkede yaşayan herkese tüm sosyal tehlikelere karşı koruma garantisi vermeyi amaçlayan sosyal güvenlik sistemlerini Bismark, Beveridge ve Karma sistem adı verilen sistemler oluşturmaktadır (Özdemir (b)

http://www.sosyalsiyaset.net/documents/refah_devleti_ustlendigi_gorvrlr.htm#_ftn34
Erişim Tarihi; 07/12/2018);

- 1. Bismark Sistemi;** 1881'de Bismark tarafından temeli atılan Bismark sistemi Fransa, Almanya ve Türkiye'de geçerli olan bir sistemdir. Sistemin özü, çalışma esasına dayalı sosyal sigorta mekanizmasına dayanıyor olmasıdır. Bireyler, bir işi yapmaları halinde sosyal hukuk bakımından güvence kapsamına alınmaktadır. Sistemin finansmanı, yararlananların ödedikleri sigorta primleriyle karşılanmaktadır. Yani yalnızca prim ödeyenin hak kazandığı bu duruma "karşılıklılık ilkesi" ismi verilmektedir. Bismark sistemi büyük ölçüde özel sigorta tekniğinin uyarlanmasına dayanmaktadır.
- 2. Beveridge Sistemi;** Halk sigortası adı da verilen Beveridge Sistemi, 1942 tarihli Beveridge Raporuna dayanmaktadır. Bismark Modelinde olduğu gibi sadece çalışanları değil, tüm bireyleri sosyal güvenceden yararlandırma hedefi ile ülkede yaşayan herkesi ayırım yapmaksızın kapsamına alarak

sosyal adaletsizliği ortadan kaldırmaya çalışan, finansmanı primlerle sağlanan ve bütün finansman ve edimlerin tek merkezden yürütüldüğü modern sosyal güvenlik sistemlerinden biridir. Bu modelde, yönetimde birlik ve sosyal güvenlik yardımları açısından teklik ilkesi esastır.

- 3. Karma Sistem;** Karma sistem özünde hem Bismark Sistemini hem de Beveridge sistemini barındıran bir sosyal güvenlik sistemidir. Bu sistemde sosyal güvenliğin finansmanı işçiler için işverenleri tarafından ücretlerin belirli bir yüzdesi tarafından sağlanmakta, 15-65 yaş arası halk maktu prim ödemekte, belirlenen yaş sınırının altında ve üstünde kalanlar ise primden muaf tutulmaktadır. Tahsilat görevi vergi dairelerine verilmiştir. İş görmezlik, doğuran ve tedaviyi gerektiren durumlar için hastalık kasaları faaliyette bulunmaktadır. Yaşlılık ve ölüm riskleri için sosyal güvenlik bankası hizmet vermektedir.

1.10. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI

Sosyal Güvenlik; bir ülke halkının bugününü, yarınına güven altına almayı amaçlayan ve birbiri arasında sıkı bir birlik ve uyum olan kurumlar bütünüdür. Başka bir ifadeyle; sosyal güvenlik bir mesleksi, fizyolojik ya da sosyoekonomik riskten dolayı geliri ya da kazancı sürekli, geçici olarak kesilmiş kimselerin geçinme ve yaşam gereksinimlerini karşılayan bir sistemdir (Talas, 1997, 398).

Uluslar Arası Çalışma Teşkilatı (ILO)'nın 1944 Philadelphia Konferansında yaptığı tanımlama şu şekildedir: *"Halkın hastalık, işsizlik, yaşlılık, ölüm sebebiyle geçici veya sürekli olarak kazançtan mahrum kalması durumunda düşeceği fakirliğe karşı tıbbî bakımdan dolayı, çocuk sayısının artması ve analık halinde korunmasına yönelik umumi tedbirler sistemidir"* (<http://www.sosyalsiyaset.net/documents/sg.htm> Erişim Tarihi;15/12/2018)

Fransız Danıştay'ı eski üyelerinden P.Laroque'a göre ise, sosyal güvenlik her şeyden önce, herkeste bir güvence duygusu yaratmak, bu güvenceyi bozacak her tehlikeyi önlemek ve bu tehlikeleri etkili bir biçimde yok edecek durumları sağlamaktır (Seyyar, 2002, 506).

Sosyal güvenlik bireylerin istek ve iradeleri dışında oluşan fiziksel ve sosyal

risklerin, kendilerinin ve geçindirmekle yükümlü oldukları kişilerin üzerlerindeki gelir azaltıcı ve harcama arttırıcı etkilerini azaltmak ve kişilere sağlıklı ve asgari bir hayat standardını garanti edebilmek olarak tanımlanabilir.

Bu tanımların sınırları içerisinde düşünüldüğünde sosyal güvenliğin iki temel amacı vardır. Bunlardan ilki önleyici; öteki, yerine geçici önlemleri kapsar. Sosyal güvenliğin esas gayesi; her insana, hayatın türlü hadiseleri karşısında, aşırı bir muhtaçlığa düşmeden ve hürriyetinden fedakârlık ettirmeden insan haysiyetine yaraşır bir hayat düzeni sağlamaya yönelik kamusal sosyal düzenleme, sosyal sigorta, sosyal yardımlar ve muhtelif sosyal hizmetler alanında bir takım önlemler almaktır.

Sosyal Güvenlik alanında devlet; başta sosyal sigorta olmak üzere, sosyal tazmin, sosyal yardım ve sosyal hizmet araçlarından yararlanarak, tüm yurttaşların geleceğe güvenle bakmalarını sağlayacak önlemleri alır. Kişilere hastalık, yaşlılık, kaza, sakatlık, işsizlik gibi olasılıklara karşı koruma sağlar. Kişileri sosyal hayatta karşı karşıya kalabilecekleri bu olasılıklar karşısında ekonomik açıdan güçlü kılar. Hayatlarının her döneminde gelir düzeylerinde karşılaşabilecekleri bir düşmeye karşı kişilere en azından minimum bir gelir seviyesi garanti ederek, geleceğe güvenle bakma imkânı verir.

Sosyal güvenlik politikaları, bireysel sosyal risklere karşı koruma çabaları etrafında birleşiyorsa, bireye ekonomik bir güvence sağlamanın yanısıra bireye aynı zamanda kişiliğini geliştirme imkanı da sunmaktadır. Bu durum ***“İnsan Hakları Evrensel Bildirisinin 22. Maddesinde “Herkes toplumun bir ferdi olarak sosyal güvenlik hakkına sahiptir; sosyal güvenlik, bireyin onuru, kişiliğin geliştirilmesi için kaçınılmaz ekonomik, sosyal ve kültürel hakların tatmin edilmesi temeline dayanır”*** şeklinde yer bulmuştur (Taşkıran, 2010, 26)

Sosyal güvenlik; bir dizi kamu önlemi ile hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıklara karşı, toplumun kendini korumasıdır. Karşılaşılan bu sorunlar bireyin gelirinin azalması ve/veya giderlerinin artmasına neden olmaktadır. Bu risklerle karşılaşan birey, geçici ya da sürekli olarak gelirden yoksun kalmakta, ekonomik güvensizlik ortamına itilmektedir. Bu nedenle sosyal güvenlik politikalarının temelini ekonomik, sosyal ve fizyolojik risklerin bireyler üzerindeki etkilerini

giderme çabaları oluşturmaktadır (Güvercin, 2004. 89-91).

Günümüzde evrensel bir ilkeye dönüşen ve çağdaş uygarlığın simgesi olan sosyal devlet anlayışının temeli olan sosyal güvenlik kavramı, temelde, bireyin karşılaşacağı ve yaşamı için tehlike oluşturan olaylara karşı bir güvence arayışının ürünüdür. Tarihin her döneminde insanlar, farklı biçimde sosyal güvenlik önlemlerini bulmuş ve kabul etmişlerdir. Önceleri kişisel, sonra karşılıklı yardım temeline dayanan bu sosyal güvenlik kurumlarının, çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinin çekirdeğini oluşturdukları kabul edilmektedir. Sosyal güvenlik sistemlerinin tarihsel gelişimleri incelendiğinde Sanayi Devrimi'nin bu süreçte bir yol ayrımı oluşturduğunu ve modern anlamda sosyal güvenlik sistemlerinin bu olaydan sonra ortaya çıktığını görebiliriz. Bunda, belki de, sosyal güvenlik sistemlerinin varoluş nedeni olan risklerin büyük bölümünün, sanayileşmenin doğurduğu riskler olmasının da önemi vardır (Güvercin, 2004, 89-91).

Sosyal güvenlik sistemi, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 1952 tarihli 102 sayılı Sosyal Güvenliğin En Az Normları Sözleşmesi'nde yer alan dokuz temel alandan oluşmaktadır. Bunlar; Sağlık yardımı, hastalık, işsizlik, yaşlılık, iş kazası, aile ödeneği, analık, sakatlık ve geride kalanların haklarıdır (Taşkıran, 2010, 26).

Devleti oluşturan toplumun, bireylerinin ve ailelerin; hastalık, analık, iş kazası, meslek hastalığı, malullük, yaşlılık, ölüm, işsizlik ve aile sahibi olma durumunda karşılaşacakları gelir kaybı ve gider artışlarının karşılanması için sosyal güvenlik sistemlerinin kurulması ve yaşatılması sosyal devletin temel görevi olduğu gibi bir insan hakkı olmanın yanı sıra tüm vatandaşlar için aynı zamanda anayasal bir haktır. Devlet sosyal güvenliği hayata geçirmek için, sosyal güvenliğin üç temel arası olan, sosyal sigortalar, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetlere ilişkin teşkilat kurmak ve/veya kurdurmakla yükümlüdür.

Türkiye'de, sosyal güvenlik hizmetleri, kişiyi ve geçindirmekle yükümlü olduğu kişileri, yasayla tanımlanan risklere karşı esas itibariyle zorunlu olarak ödenen primlere dayanan bir sistemle koruyan sosyal sigortalar, muhtaçlık ölçütlerine bağlı olarak prim karşılığı olmaksızın bireye ve aileye yapılan nakit yardımlardan oluşan sosyal yardımlar ve gene muhtaçlık ölçütlerine bağlı olarak bireye, aileye veya gruplara sunulan sosyal hizmetlerden oluşmaktadır (Taşkıran, 2010, 26).

1.11. SOSYAL GÜVENLİĞİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Sosyal güvenliğe ihtiyaç insanlıkla birlikte doğmuştur. İnsanoğlu çeşitli dönemlerde, ekonomik ve sosyal şartlar ve çok kez de dini inanç ve görüşlerine göre bu ihtiyacı karşılamamanın yollarını aramış, bulmaya çalışmış ve bulabilmiştir. Eski çağlarda kabile ve daha sonra da aile içi dayanışma ve yardımlaşma sosyal güvenliğin doğal yolları olarak görülmüştür. Aile içi yardımlaşmanın sosyal güvenlik içindeki önemi zaman, ekonomik kesim ve şartlara göre değişmiş olmakla birlikte sanayi devriminin gerçekleşmesine kadar sürmüştür. Ancak, bundan sonra da bütünüyle kaybolmuş değildir. Eski çağın Mısır, Yunanistan, Roma, İsrail ve başka ülkelerinde, sosyal güvenliğin sağlanmasında, aile içi yardımlaşma yanında sosyal yardımlar da önemli rol oynamıştır (Dilik, 1988, 41).

Sanayileşmeden önce sosyal güvenlik ilkel, bir tür “doğal sosyal güvenlik” anlayışında, kurumsallaşmamış, kamusal girişimden yoksun, dinsel boyutları ağır basan, oldukça dağınık, dar kapsamlı ve sınırlı, güçsüz, bu nedenlerle de etkisizdir. Daha sonraları Eski Roma, Yunan ve Mısır’da İ.Ö. 2000 yıllarında yoksul ve muhtaçlara yardım eden kurumların varlığından söz edilmektedir. Endüstri öncesi toplumlarda aile, karşılıklı yardım sandıkları ve dinsel nitelikli hayır kurumları, yoksul ve hasta insanlara destek olma işlevini üstlenmişlerdir. Özellikle Ortaçağ’da kilisenin oluşturduğu hayırsever kurumlar (hasta evleri, aşevleri, manastırlar vb.) yoksullara yardım elini uzatan başlıca kurumlar olmuştur. 16. yüzyıldan itibaren de, kilisenin denetimindeki yardım kurumları yanında devletin oluşturdukları da ortaya çıkmaya başlamıştır. 17.yüzyılda kilisenin özel yardım (sadaka) kurumları, sosyal koruma aracı olarak etkin bir rol oynamıştır. Bu gelişmelere koşut olarak, 18.yüzyılda felsefi düşüncelerde, o güne kadar uygulanmakta olan yardım düzenekleri konusunda önemli değişiklikler olmuştur. Bu durumu Montesquieu şöyle dile getirmiştir: “Sokakta dağıttığımız sadaka ile devlet yükümlülüğü yerine getirilmiş olmaz; devlet tüm vatandaşlara belli bir güvence sağlamak; yiyecek, elbise vermek ve sağlığına aykırı olmayacak bir yaşam düzeyi hazırlamakla yükümlüdür.” (Güvercin, 2004, 90).

Sanayi devriminin sonrasında ortaya çıkan yeni ekonomik düzen işçi gruplarının büyük ölçüde sömürüldüğü bir dönemi başlatmış ve sosyal güvenliğe

olan ihtiyacı önemli ölçüde artırmıştır (Şenocak, 2009, 411).

1789 Fransız Devrimi, devlet ile birey arasındaki ilişkiye yeni bir bakış açısı kazandırmış, giderek değişik bir yardım anlayışı ortaya çıkmıştır. Tüm dikkatler yoksulluk kavramı üzerinde toplanmış, tam istihdam, tıbbi yardım vb. konularda yeni düşünceler ortaya atılmıştır. Kamu yardımlarından yararlanmanın bir hak olduğu 1793 tarihli İnsan Hakları Bildirisi'yle de onaylanmıştır (Güvercin, 2004, 90). İlk sosyal güvenlik sistemi, iş kazaları ve meslek hastalıkları gibi sosyal risklere karşı güvence oluşturma çabalarından ortaya çıkmıştır. İlk sosyal sigorta sistemi Almanya'da doğmuş daha sonraları diğer Avrupa ülkeleri tarafından model olarak alınmıştır (Dilik, 1988, 41).

Batı Avrupa'da sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimi genellikle iki döneme ayrılarak incelenmektedir. Bunlar(Güvercin, 2004, 90);

1. Klasik dönem olarak adlandırılan ve Almanya'da Bismarck'ın etkisiyle sosyal sigortaların ilk kez kabul edilmesiyle başlayan dönemi
2. Birinci Dünya Savaşı'ndaki sonraki dönemdir

19. yüzyılın sonunda Almanya'da Bismarck, önemli bir sosyal politika aracı olarak sosyal güvenlik kavramına başvurmuştur. Bir yandan emek gücünün yeniden üretimine olanak tanıyan, öte yandan da işçileri sistem ile bütünleştirmeyi kolaylaştıran sosyal sigorta modeli oluşturarak modern anlamda ilk adımı atmıştır. Bu ülkeyi diğer Avrupa ülkeleri izlemiştir. Özellikle iki dünya savaşı arasında ve savaş sonrası dönemde sosyal güvenlik alanındaki çabalar yoğunlaşarak günümüze kadar gelmiştir.

Sanayi Devrimi ile köklü dönüşümlere uğrayan toplumsal hayat, en önemli değişimlerden birini de sosyal güvenlik alanında yaşamıştır. Üretim ilişkilerinin değişimine bağlı olarak toplumsal yapı ve iş bölümü de değişmiştir. Toplum kısa sürede iki sınıfa bölünmüştür. Bu iki sınıf; çok zenginleşen kapitalistler ile tek geliri emek gücü olan yoksul işçiler olmuştur. İşçilerin içinde bulundukları kötü koşullar, uzun çalışma süreleri, çok sayıda iş kazası, yetersiz ücret, yoksulluk, hastalıklar, iş ve gelecek güvencesi bulunmamasının verdiği huzursuzluklar onları sık sık başkaldırıya yöneltmiştir. Gerçekten de ekonomik ve sosyal koşullar, modern anlamdaki sosyal güvenlik sistemlerinin hazırlayıcı ve yönlendirici etmenleri olmuştur.

İnsan hakları Bildirisi'nin 22. Maddesinde “ Herkesin toplumun bir üyesi

olarak sosyal güvenliğe hakkı vardır....” Yer almış ve Anayasamızın 60. Maddesine “Herkes güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliğı sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilat kurar” hükmü konularak bu hak sağlanmaya çalışılmıştır (Ayhan, 2012, 44).

Sosyo-ekonomik haklar, bireyi toplumdan alacaklı kılan ve devlete de bir takım yükümlölükler getiren haklardır. Bu hakların karşılanması ve yaşama geçirilmesi için, devletin pasif kalmaması ve etkin bir şekilde çaba göstermesi gerekir. Sosyal güvenlik sadece belli başlı kişileri değil, tüm toplumu ilgilendiren bir husustur. Tüm bireylere sosyal güvenlik sağlanması için gerekli yasal düzenlemeler, uygun finansman kaynağı ve örgütsel alt yapı gibi gereksinimler devletin alacağı önlemlerle sağlanabilir. Devlet, sosyal güvenlik önlemleriyle aynı zamanda sosyal adaletin de gerçekleşmesine katkıda bulunur. Böylelikle sosyal güvenlik uygulamaları toplumda adil bir paylaşım ve eşitliğı sağlamada önemli bir araç olmaktadır

Sosyal güvenlik sistemi, günümüze gelinceye kadar çeşitli şekillerde tezahür etmiştir. Sosyal güvenlik ihtiyacı, önceleri kişisel tasarruflarla sağlanmaya çalışılmış, zamanla, kişilerin birbirleriyle yardımlaşmaları sonucu, yardım sandıkları kurulmuş, özel ve sosyal sigorta kuruluşları ortaya çıkmış; bunların ulaşmadığı alanlara sosyal yardımlar ve sosyal hizmetlerle ulaşılmaya çalışılmıştır.

1.12. SOSYAL GÜVENLİĞİN ÇIKIŞ NOKTASI; SOSYAL DEVLET İLKESİ İLE İLİŞKİSİ

Günlük hayatta pek çok insan kaçınılması mümkün olmayan birtakım olaylar yüzündün hayatlarını devam ettiremez hale gelebilmekte ve bunlar başka kişilerin yardımına veya hayırseverliğine terk edilmektedir. Halbuki devletin bu kişilerin doğal ihtiyaçlarının gerektirdiğı ölçüde yasalarla koruması en doğru olandır ve gereklidir. Örneğın; yardıma ihtiyacı olan birine yardımseverler el uzatabilirler, onun geçimini sağlayabilirler, ama bu kaynak bir süre sonra tükenecektir ve kişinin istediğı zaman bu kaynaklara ulaşması da güçleşecektir. Tam bu noktada sosyal devletin devreye girerek herkesin yararlanabileceğı en iyi ve adil bir koruma zemini geliştirmesi ve asgari refah düzeyinde bir yaşam standardında hayatını devam

ettirmesini sağlamalıdır. Çünkü bireyin gücünün sınırları bir yere kadardır.

Dünya da sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimi bir bakıma sosyal devlet anlayışındaki değişimlerin bir yansıması olarak ortaya çıkmıştır.

18. yüzyılda sanayi devriminin etkisiyle birlikte büyük bir işçi sınıfının doğuşu sosyal hakların hayat bulmasına yol açmıştır. Sosyal güvenlik, sanayileşme ile ortaya çıkan sosyal değişimin “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde “ de yer bulmasıyla, sosyal hakların devamı olarak ortaya çıkmıştır (Kitapçı, 2007, 17)

Sosyal güvenlik sistemi konusunda birçok ülkede ortak bazı ilkeler vardır. Bunlar, sosyal sigorta ve sosyal yardımlara dayalı bir modeli benimsemek, geniş kitleleri ekonomik güvenceye kavuşturmak, sosyal korumada asgari ölçü tespit etmek ve devletin belirli bir düzeyde de olsa sosyal güvenliğin finansmanına katkı sağlamasıdır (Şenocak, 2009, 411).

20. yüzyılın başlarına kadar, kişilerin, gelecekte karşılaşmaları muhtemel hastalık, yaşlılık, kaza, işsizlik vb. risklere karşı korunmaları kendi sorumlulukları olarak kabul edilmiştir. Diğer yandan toplumda, düşkünlere, yoksullara, sakatlara, yaşlılara ve kimsesiz çocuklara yardım edilmesi, gerek aile içinde gerekse dini kuruluşlar, topluluklar ya da hayır kurumları vasıtasıyla gerçekleştirilmiştir. 20. yüzyılın ilk yarısında özellikle II. Dünya Savaşı’ndan sonraki süreçte devletler başta sosyal sigortalar olmak üzere sosyal tazmin, sosyal yardım ve sosyal hizmet araçlarından yararlanarak sosyal güvenliği sağlamak için önlemler almaya başlamış ve sosyal güvenlik alanında kişilere hastalık, yaşlılık, kaza, sakatlık, işsizlik gibi risklere karşı koruma politikalarını hızlandırmıştır. Bu süreç; devletler ekonomik büyüme ve sosyal güvenliğin sağlanması için herkese asgari bir geçim imkanının sağlanmasında devletin bu konuyu sahiplenmesi gerekliliği üzerinde dünya kamuoyunda bir fikir birliğinin gerçekleşmesine yol açmış ve bu durum sosyal güvenliğin uluslararası boyut kazanmasını sağlamıştır. <http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/araclar.htm> Erişim Tarihi: 15/12/2018)

Sosyal refah devletinin amacı sadece kişilere minimum bir gelir düzeyinin garanti edilmesi ya da belirli ihtiyaçların karşılanmasında minimum standartların sağlanması olduğunu ileri sürenler yanında; geniş anlamda refah devletinin amacının ‘bir toplum oluşturma; bireylerin, yasalar karşısında olduğu kadar siyasal, ekonomik

ve sosyal hayatın işleyişi içinde eşit ve özgür olmalarını sağlamak olduğunu söyleyebiliriz. Diğer bir ifadeyle sosyal devlet, bireylerin yasalar karşısında eşit ve özgür olduklarını kabul etmekte; bunun ötesinde; eşitlik ve özgürlüğün bireyler açısından işlevsel bir niteliğe sahip olması için gerekli imkânları da sağlamaya çalışmaktadır. Sosyal devletin genel kabul gören, ortaya çıkmasında önemli rolü olan ve bu temel amacın alt başlıkları olarak kabul edebileceğimiz, diğer amaçları ise; yoksullukla mücadele ve adil gelir dağılımına ulaşma, fırsat eşitliğini sağlama ve sosyal güvenlik şeklinde sıralanabilir (<http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/araclar.htm> Erişim Tarihi: 15/12/2018).

Sosyal devlet; bireylere belirli bir sosyal güvenlik hakkı ve asgari gelir düzeyi öngören, sağlık ve refah hizmetlerinden serbestçe yararlanma ve belirli bir yaşa kadar eğitim olanağı sunan, bir takım sosyal riskleri önleyici tedbirler alan devlet anlayışıdır. Anayasal bir ilke olan sosyal devlet, toplum refahını üst düzeye çıkarmak amacıyla devletin, ekonomik ve toplumsal hayata aktif ve planlı müdahalesini öngören, vatandaşların piyasa ekonomisi şartlarında karşılayamadığı zorunlu ihtiyaçlarını karşılamayı ve meydana gelen ekonomik ve toplumsal adaletsizliği asgari seviyeye indirmeyi amaçlayan devlet modeli olarak tanımlanmaktadır (Çelik, 2007, 2).

Sosyal devletin temel amaçlarından ve ortaya çıkışında etkili olan en önemli etkenlerin diğeri ise sosyal güvenliğin sağlanmasıdır. Sosyal güvenlik, bireyin karşılaşacağı ve yaşamı için tehlike oluşturan olaylara karşı bir güvence arayışının ürünüdür. Bu bağlamda tehlikeyle karşılaşan bireye, asgari bir güvence sağlamak, sosyal güvenliğin varoluş nedenidir. Dolayısıyla, günümüzdeki ekonomik krizler ve küreselleşme olguları, sosyal güvenliğin önemini daha da artırmıştır. Sosyal güvenlik, bir ülke halkının bugününü ve yarınını güvence altına almayı amaçlayan ve birbiri arasında sıkı bir birlik ve uyum kurulmuş olan bir kurumlar bütünüdür. Diğer bir ifadeyle sosyal güvenlik, bir mesleki, fizyolojik veya sosyo-ekonomik riskten ötürü geliri veya kazancı sürekli veya geçici olarak kesilmiş kimselerin geçinme veya yaşama ihtiyaçlarını karşılayan bir sistemdir (Çakır, 2007, 87 içinde Talas, 1997, s:398, Güzel ve Okur, 1998, 2, <http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/amaclar.htm> Erişim Tarihi: 15/12/2018).

1.13. SOSYAL GÜVENLİĞİN KONUSU VE ÖNEMİ

Daha önce de belirtildiği gibi sosyal güvenlik sistemleri, bireylerin bugün yada yarın veya gelecekte karşılaşılabilecekleri sosyal risklere karşı onları korumak için oluşturulmuş sistemlerdir. Bu bakımdan sosyal güvenliğin temel konusunu sosyal riskler oluşturmaktadır. Sosyal riskler bireylerin toplumda yaşamak zorunda olmaları sebebiyle karşılaştıkları veya karşılaşılabilecekleri fiziki (hastalık, sakatlık, yaşlılık, kaza vb), iktisadi (işsizlik ve ekonomik yetersizlik), bireysel, toplumsal ve hem bireysel hem de toplumsal risklerdir. Bu riskler göz önüne alındığında, sosyal güvenliğin konusu; genel olarak hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalığı, ölüm, aile yardımı, gibi konuları kapsamaktadır. (Egeli, 2007, 41).

Toplumu oluşturan herkesin ILO'nun belirlediği standartlarda bir sosyal güvenlik hakkına sahip olması, uluslararası kuruluşlarca ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel gelişmenin garantisi, toplumsal barış ve huzurun temel unsuru olarak kabul edilmiştir. ILO'nun, 2000'li yıllardan sonra sosyal güvenliğin önemine vurgu yapan ifadeleri aşağıda özetlenmiştir (Alper, VII. Sosyal İnsan Hakları Uluslararası Sempozyumu, 203).

- Sosyal güvenlik (koruma) politikaları, yoksulluğu ve eşitsizliği azalttığı ölçüde temel insan haklarının kullanımını, insan gücü ve verimliliği artırdığı ölçüde kapsayıcı (içermeci) büyümeyi, nihayet iç talebi canlandırdığı ölçüde milli ekonomilerin yapısal dönüşümünü kolaylaştırır (ILO, 2014a, 3).
- Sosyal güvenlik haklarına erişimdeki eksiklik, ekonomik ve sosyal gelişmenin önündeki en önemli engeli oluşturur. Sosyal koruma kapsamındaki yetersizlik veya boşluklar beraberinde yüksek oranlı ve kalıcı yoksulluk, ekonomik güvensizlik, eşitsizlikte artış, insan sermayesine yatırımda yetersizlik, yetersiz iç talep ve ekonomik krizleri getirir (ILO, 2014a, 1-3). Küresel ekonomik ve finansal krizler ekonomik ve sosyal bir ihtiyaç (gereklilik-zorunluluk) olarak sosyal güvenliğin önemini kuvvetli şekilde ortaya koymuştur (ILO, 2014b, xv).
- Sosyal güvenlik, uzun dönemli ekonomik ve sosyal gelişmenin anahtarıdır (www.issa.int/topics Erişim Tarihi; 15/12/2018). Sosyal koruma, insan kaynaklarını geliştirme, siyasi istikrarı sağlama ve kapsayıcı büyümeyi teşvik

etmeye yönelik ulusal stratejilerin anahtar değişkenidir (ILO, 2014a, 3). Sosyal güvenlik hem bir insan hakkı hem de ekonomik politikaların güvencesidir (ILO, 2014b, xvi).

- Kalıcı ve sürekli bir barış ancak sosyal adalet ile mümkündür. Sosyal adaletin en önemli ayaklarından (unsurlarından) biri sosyal güvenliktir ve sosyal güvensiz bir sosyal adalet mümkün değildir (<https://www.issa.int/-/no-social-justice-without-social-security> Erişim Tarihi; 15/12/2018).
- Sosyal güvenlik sistemleri, insanları sosyal risklerin zararlarından koruduğu ölçüde sosyal içermeyi, istikrarı ve dayanışmayı güçlendirir (https://www.issa.int/en_GB/topics/social-justice/introduction “Social justice, human rights and social security” Erişim Tarihi; 15/12/2018). Son ekonomik krizler (21 yüzyılın ilk 10 yılında yaşanan krizler), sosyal güvenlik tedbirlerinin varlığının; ekonomik krizlerin kırılgan nüfus kesimleri üzerindeki olumsuz etkilerini yumuşatıcı bir tampon mekanizma rolü gördüğünü, iç talebi canlı tuttuğu ölçüde makro-ekonomik bir istikrar aracı fonksiyonu üstlendiğini ve gelişmekte olan ve gelişen ülkelerde insanların yoksulluk ve sosyal dışlanma ile mücadele gücünü artırdığını ortaya koymuştur (ILO, 2011a, xii). Sosyal koruma, kriz dönemlerinde iç talebi canlı tuttuğu, ekonomik kriz şoklarına karşı direnci artırdığı, ekonomik iyileşme sürecine katkıda bulunduğu ölçüde kısa ve uzun dönemde bir tür “kazan-kazan yatırımı” fonksiyonu görmektedir (ILO, 2011a, xxii).
- Sosyal güvenlik, bir ülkenin fiziki alt yapısına yatırımdan daha az önemli olmayan insangücü alt yapısına yatırımı ifade eder (ILO, 2010a, 1). Sosyal güvenlik sistemleri emek verimliliğinin artırılmasında anahtar değişken rolü oynar (ILO, 2011b, 19).
- Sosyal güvenlik çalışanların, ailelerinin ve bütün toplumun refahı için çok önemli bir araçtır. Temel bir insan hakkı ve sosyal barış ve sosyal içermeyi güçlendirerek sosyal bütünleşmeyi sağlayan en temel araçtır (ILO, 2001, s:1). Demokratik rejimi geliştirerek ve güçlendirerek siyasi bütünleşmeye için önemli bir araçtır (ILO, 2001, 2).
- Sosyal güvenlik, ekonomik büyüme için bir engel (yük) değil, ekonomik büyümenin ön şartıdır (ILO, 2011b, 16) ve ekonomik ve sosyal gelişmenin,

birbirleri ile çatışmaksızın, dengeli şekilde gerçekleşmesini sağlar (ILO, 2011b, 19).

Küreselleşme ve beraberinde getirdiği krizler sosyal güvenliğin öneminin anlaşılmasını sağlamanın yanı sıra ve bugün gelinen noktada sosyal güvenlik yalnızca ILO'nun ilgi alanında olan “sosyal boyutlu bir konu” olmaktan çıkmış, küreselleşme ve sürdürülebilirliğine katkısı dolayısıyla ekonomik sistemi düzenleyen kurumların da (Dünya Bankası, OECD ve IMF gibi) temel ilgi odağı haline gelmiştir.

1.14. SOSYAL GÜVENLİĞİN AMAÇLARI

Sosyal güvenliğin esas amacı her insana hayatın türlü hadiseleri karşısında aşırı bir muhtaçlığa düşmeden aynı zamanda özgürlüğünde herhangi bir eksilme hissettirmeden insanın kişiliğine yaraşır bir hayat düzeyi sağlamaya yönelik kamusal sosyal düzenleme; sosyal sigorta, sosyal yardımlar ve belirli sosyal hizmetler alanında bir takım önlemler alma ihtiyacıdır (Seyyar, <http://www.sosyalsiyaset.net/documents/sg.htm> Erişim Tarihi;15/12/2018)

Sosyal güvenliğin amaçları doğrudan ve dolaylı amaçlar olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır. Sosyal güvenliğin doğrudan amacı belirli sosyal risklerin iktisadi sonuçlarına daha geniş bir ifadeyle yol açabilecekleri gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı kişilerin güvenliklerini sağlamaktır. Fakat buradaki sosyal risklerin biraz daha somut bir şekilde ifade edilmesine ihtiyaç vardır. Bundan dolayı sosyal risk kavramının hangi risklerin sosyal risk kapsamında değerlendirileceği ve hangi sosyal risklerin sosyal güvenliğin kapsamına girdiğinin çok iyi anlaşılması gerekmektedir. Hangi hallerin sosyal risk sayılacağı ise ILO'nun 28 Haziran 1952 sayılı sözleşmesinde sayılmıştır. Buna göre hastalık, yaşlılık, iş kazası, meslek hastalıkları, ölüm ve işsizlik sosyal risk sayılmaktadır. Aynı zamanda sosyal riskler, toplumdan topluma zamana ve hatta devletin siyasal yapısının çeşidine göre bile değişebilmektedir (<http://sedatergenc.blogcu.com/sosyal-guvenlik-hukuku/3766997> Erişim Tarihi: 07/12/2018)

Sosyal güvenliğin dolaylı amaçları toplumun sağlıklı açıdan ilerleyebilmesi için devletin mali, ekonomik ve siyasal alanlardaki düzenlemelerinin daha sonra toplumda artı bir katma değer oluşturma isteğidir. Burada asıl amaç toplum refahının

arttırılmasıdır. Sosyal güvenliğin dolaylı amaçları; sosyal amaçlar, ekonomik amaçlar ve siyasal amaçlar oluşturmaktadır.

1.14.1. Sosyal amaçlar

Sosyal güvenlik hakkının temel bir insan hakkı olması bir yandan bireyin isteminden bağımsız olarak bu hakkın sahibi olmasını, hakkın devredilemez ve vazgeçilemez bir hak olması sonucunu doğururken, diğer yandan ise bireye kamu otoritelerinden bu hakkın gerçekleşmesini isteme hakkını vermektedir. Başka bir deyişle Sosyal Güvenlik Hakkı bir lütuf bir yardım değil sahibine talep erki veren kamuyu da hakkı gerçekleştirme yükümlülüğü altına sokan bir haktır. (Acar ve Kitapçı, 2008, 78-79).

Sosyal güvenlik sistemi genellikle zaruret içinde bulunan kimselerle ilgili olarak ortaya çıkmaktadır. Fakat sosyal güvenliğin fakirliği önlemekten başka kişilerde bir güvenlik duygusu oluşturma fonksiyonu vardır (KOÇ, 2004,). Devletin sosyal güvenlik politikalarını adil bir şekilde gerçekleştirmesi sonucunda toplumda birbirine muhtaç olan insanların sayısını azaltarak toplumsal refah açısından fayda sağlamış olacaktır.

1.14.2. Ekonomik Amaçlar

Sosyal güvenlik aynı zamanda ekonomik bir dengeleyici rolünü de üstlenmiştir. Sosyal güvenlik uygulamaları bazen bu amaç doğrultusunda desteklenmiş ve sosyal güvenlikten ekonomik dengeyi sağlamak amacıyla yararlanılmıştır. Ayrıca sosyal güvenlik sosyal sigorta mekanizması sayesinde bireylerin gönüllü birikimler yapmasını teşvik edebilir. Çünkü insanlar sosyal güvenlik sistemleri ile geleceklerini biraz güvence altına aldıkları zaman gönüllü birikimlerin sosyal sigortaların yetersizliklerini gidermek ve bu sayede geleceklerini mümkün olduğu kadar garantilemek isterler. Eğer sosyal güvenlik kurumları yoksa, insanlar geleceklerini tek başına güvence altına alamayacakları duygusuna kapılıp hiç birikimde bulunmayabilirler (Kitapçı, 2007, 12 içinde Aydın, 1999, 13-14).

1.14.3. Siyasal Amaçlar

Sosyal devlet tarafından, sosyal yardımda bulunmak, sosyal güvenliği sağlamak ve sosyal hizmetler sunmak vatandaşlarına tanınan bir lütuftan ziyade devletin başlıca görevidir.

Toplumun hedefleri toplum tarafından saptanır ve devlet bu amaçların gerçekleşmesi doğrultusunda sevk eder. Devlet sosyal güvenlik sisteminde de bireyleri sosyal risklere karşı koruma metotlarını kendisi ortaya koyar. Devletin sosyal güvenlik gibi yollarla vatandaşlarının muhtaçlıktan kurtardığı toplumlarda gününden ve geleceğinden emin insanların yaşadığı bir toplumda devlete olan bağımlılık da o derece yüksek olacaktır (Kitapçı, 2007, 12 içinde Arıcı, 1999, 36). Bu bağımlılığın oluşmasını sağlayan faktörlerden biri de sosyal güvenliğin yarı kamusal bir mal olma özelliğidir. Sosyal güvenliğin yarı kamusal boyutu, sosyal güvenlik hizmetinin optimum düzeyde sunulması için yapılacak devlet müdahalesinin altyapısını oluşturmaktadır (Kitapçı, 2007, 12 içinde Aydın, 1999,17).

1.15. SOSYAL GÜVENLİĞİN FİNANSMAN KAYNAKLARI

Sosyal Güvenlik; sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmet olmak üzere üç temel araç ile sağlanmaktadır. Sosyal güvenliğin etkin bir şekilde uygulanabilmesi bakımından bu unsurların bütünlük taşımasının yanı sıra yeterli finansman kaynaklarıyla desteklenmesi oldukça önemlidir. Bireylerin sosyal güvenliği, toplumun bir vatandaşı olmasından doğan bir hak niteliğini taşır. Bu bağlamda, tüm sosyal güvenlik harcamaları devlet tarafından karşılanacak ve milli bütçeden yapılacak katkılar ile vergiler sosyal güvenliğin finansman kaynağını oluşturacaktır. İkinci düşünce ise, sosyal güvenliği, her şeyden önce kişiye ve kişisel sorumluluk bilincine dayandırır. Kişisel sorumluluk ön plana çıkınca kişi; kendisinin ve ailesinin ekonomik güvencesini devletten önce düşünmek zorundadır. Bunun doğal sonucu ise, sosyal güvenliğin finansman kaynağının işçi ve işverenlerden alınan primlerle karşılanmasıdır.

Finansmanın çeşitli kaynakları arasındaki tercih ve bu kaynakların her birine

verilen ağırlık gelenekler, teknik, politik ve sosyal bir dizi faktöre bağılı olmaktadır. Ayrıca kurumların yapısı ve devletle ilişkilerinin biçimi ile vergi sistemi de etkili olan faktörlerdir. Kapsamdaki kişiler ve ilgili alanlara bağılı olarak farklı yöntemler kullanılmaktadır.

1.15.1. Primler

Primler, yapı itibariyle, kendilerine özgü özellikleri olan bir finansman aracı olarak, sosyal sigortaların en önemli gelir kaynağını oluştururlar. Ücret ve gelirler üzerinden alınmaları nedeniyle, ücretin bir parçası, sigorta yardımlarına karşılık ödendiğı için bir fiyat ve zorunlu olarak tahsil edildikleri için bir vergi olarak görülebilen primler, vergi benzeri (parafiskal) nitelikte bir finansman aracıdır. Günümüzde sosyal güvenliğin finansmanı, büyük ölçüde, işçi ve işverenlerden alınan primlerle karşılanır. Sosyal güvenliğin sağladığı yardımlardan yararlanan herkes, sistemin finansmanına belirli ölçüde katılmalıdır. Çünkü kendilerine karşı sosyal güvence sağlanan riskler, yalnız işçinin işinden kaynaklanmamaktadır. Bunun yanında, yapılan işle bağlantısı olmayan fizyolojik ve sosyo-ekonomik riskler de bulunmaktadır. İşverenlerin sosyal güvenliğin finansmanına katılma nedenleri ise, daha değişik gerekçelere dayanır. Her şeyden önce sosyal güvenliğin tüm harcamalarının işçilerden alınacak primlerle sağlanması mümkün değildir. İşverenlerin de çalıştırdıkları işçileri sosyal risklere karşı korumaları gerekmektedir. Çünkü işverenin ekonomik faaliyeti ile işçinin emeğı arasında doğrudan bir ilişki söz konusudur. İşverenler, işçilerin emeğı sayesinde gelir elde etmekte ve kar sağlamaktadır. Öte yandan, işverenin çalıştırdığı işçilerin karşılaşılabilecekleri riskler açısından da bir sorumluluğı söz konusu olmaktadır. O halde, işverenin elde edeceği tüm bu yararlar karşısında belirli bir fedakarlığa da katlanması gerekmektedir (Tepekule, 2008, 10).

1.15.2. Devlet Katkısı

Son yıllarda yaşanan krizlerin artması devletin sosyal güvenliğin finansmanına katkısını genel bir kural haline getirmiş ve ülkeler sosyal güvenliğin

finansmanı bakımından devletin katkısını arttırma eğilimi göstermişlerdir. Genel olarak sosyal güvenliğin başlıca gelir kaynağı olarak vergi tekniğini benimseyen ülkeler, bunun dışında işçi ve işverenlerden alınan primler ve devletin genel bütçeden yaptığı katkılarla finansman sağlamaktadırlar. Sosyal güvenliğin, temel insan haklarından biri olması ve sosyal refah devletin görevi olarak nitelendirilmesi, devleti zorunlu olarak sosyal güvenliğin finansmana katılmasını beraberinde getirmiştir. Devlet sosyal güvenliğin finansmanına; ilk kuruluş masraflarını karşılama, sosyal güvenlik kurumlarının personel ve yönetim giderlerini üstlenme, sosyal güvenlik kurumlarının açıklarını kapatma, sosyal güvenlik kurumlarının giderlerinin belirli bir yüzdesini karşılama veya üçüncü taraf olarak prim ödeme şeklinde katkı sağlamaktadır. Gelişmiş ülkelerde devlet sosyal güvenliğin finansmanına sigortalılığı teşvike yönlendirmek için üçüncü taraf olarak prim ödeyerek katılma yolunu tercih etmişlerdir. Devlet sosyal güvenliğin finansmanına katılmasının birçok sebebi vardır. Bu sebeplerin en önemlisi, vatandaşlara sosyal güvenlik hakkı sağlamanın devlete anayasal bir görev olarak verilmiş olmasıdır. Öte yandan, devletin katkısı, işçi ve işverenlerden alınacak primlerin dengeli olmasını sağlamaktadır (Tepekule, 2008, 10).

1.15.3. Vergiler

Vergiler, tarihsel gelişim içinde bazı ülkelerde sosyal güvenliğin finansman kaynağı olarak önemli bir paya sahip olmuştur. Örneğin, Danimarka, ulusal bütçeden sosyal güvenliğin finansmanı ilkesine bağlı kalmıştır. Hollanda'da ise, meslek gelirleri üzerinden alınan dolaysız vergiler, sosyal güvenliğin finansman kaynağını oluşturmaktadır. Yine, Norveç ve İsveç'te sosyal güvenliğin finansmanı açısından vergiler önemli bir paya sahiptir. Diğer Avrupa Birliği ülkelerinde ise, sosyal güvenliğin finansmanında vergilere istisnai olarak ve daha çok dolaylı vergiler çerçevesinde başvurulmaktadır. Vergi ile finansmanda, gelir dağılımının iyileştirilmesi amacına yönelik olarak gelir vergisi ağırlıklı genel bütçe gelirleri kullanılmıştır. Ancak, bazı ülkelerde özellikle belirli sigorta kollarının finansmanı için tütün ve alkol ürünleri ile akaryakıt gibi maddelerin fiyatları üzerinden dolaylı vergi alınarak kaynak yaratıldığı da görülmüştür. Son yıllarda, sosyal güvenlik

sistemlerinin finansman krizine girdiği Fransa gibi ülkelerde, düşük oranlı ve belirli süreli sosyal güvenlik vergileri de ihdas edilmiştir. Sosyal güvenliğin finansmanı yönünden uygulanacak verginin türü ayrı bir önem taşımaktadır. Tercih edilecek yöntem, her ülkenin koşullarına göre farklı olabilmektedir. Gelir vergilerinin düşük olduğu bazı ülkelerde, gelir vergisinin belirli bir oranı sosyal güvenliğin finansmanına ayrılabilirdiği gibi, diğr bazı ülkelerde ise dolaylı vergiler aracılığıyla kısmen de olsa aynı sonuç elde edilebilir (Tepekule, 2008, 12).

1.16. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNİN FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Sosyal Güvenlik; sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmet olmak üzere üç temel araç ile sağlanmaktadır. Sosyal güvenliğin etkin bir şekilde uygulanabilmesi bakımından bu unsurların bütünlük taşımasının yanı sıra yeterli finansman kaynaklarıyla desteklenmesi de oldukça önemlidir. Refah devletinin ortaya çıkmasıyla dünyada sosyal güvenliğe ilişkin refah devleti uygulamaları daha da hızlanmış ve farklı sosyal güvenlik modeller ortaya çıkmıştır. Yani ülkeler siyasal ve ekonomik yapılarına göre farklı uygulama politikası belirlemiş ve bu doğrultuda kendi sistemini oluşturmuştur (Mulligan ve Martin,1999, 3).

Bugün, siyasi rejimi ve ekonomik sistemi ne olursa olsun, en gelişmişinden en geri kalmışına kadar bütün ülkeler, yeterli ve yetersiz, ancak mutlaka var olan kurumsal bir sosyal güvenlik sistemine sahiptir. Bu açıdan bakıldığında, sosyal güvenlik bağımsız bir ülke olmanın ve modern devlet anlayışının vazgeçilmez unsurlarından birini oluşturmaktadır. Bir toplumu oluşturan bütün fertleri, doğumlarından ölümlerine kadar bütün hayatları boyunca ilgilendiren sosyal güvenlik, sosyal politikanın ve gelişmiş ülkelerdeki refah devleti anlayışının ulaştığı en önemli zirve olarak kabul edilmektedir (DPT, 2001, 9).

Diğr sosyal haklardan farklı olarak sosyal güvenlik hakkının karşılanması bu amaçla kaynak tahsisi yapılmasını gerekli kılmaktadır. Bu da gelirin yeniden dağılımını sağlamaya yönelik ikincil gelir dağılımı ve bunu sağlayan gelir transferleri ile mümkün olacaktır. Sosyal güvenlik garantisi için kaynak tahsisi konusu sosyal güvenliğin finansman boyutunu karşımıza çıkarır (Alper, 2014, 81).

Diğr sosyal haklardan farklı olarak sosyal güvenliğin karşılanması için

kaynak sağlanması gerekmektedir. Sosyal güvenliğin finans boyutu, geniş ve karmaşık bir süreci oluşturmaktadır. Kaynakların istikrar ve sürekliliğinin korunması çok önemlidir ve bu kaynakların verimli alanlarda kullanılması gerekmektedir.

Sosyal güvenlikle finansman yöntemlerinin ülkeden ülkeye işleyiş açısından benzer özellikler yanında farklı özellikleri de bulunmaktadır. Bazı ülkelerde fon biriktirmeye dayalı sistemler olduğu gibi buna karşılık bazı ülkelerde gelirin yeniden dağıtılması esasına dayalı dağıtım sistemleri de mevcuttur. Temelde sosyal güvenliğin başlıca finansman yöntemleri fon sistemine dayalı (kapitalizasyon), dağıtım ve karma yöntemlerinden oluşmaktadır.

1.16.1. Kapitalizasyon Yöntemi

Dünyada kapitalizasyon yöntemini ilk olarak 1981 yılında kamu prim programında reform yaparak (fonlama prim programını) tam olarak uygulayan ilk ülke Şili olmuştur. Daha sonra 1990'lı yıllarda birkaç ülke Şili'de uygulanan yöntemin bazı bölümlerini uygulamaya koymuştur. Brezilya, Meksika ve Peru bunlardan birkaçıdır.

Fon biriktirme yöntemi olarak da bilinen kapitalizasyon yöntemi beklenir risklerle ilgili olarak ileride yapılacak ödemeleri karşılamak amacıyla ödenen primlerle bir fon oluşturulması temeline dayalıdır. Yani bu yöntemde katılımcılardan elde edilen kaynaklar belirli finansal varlıklarında değerlendirilmektedir ve elde edilen getiri bireylere ödenmektedir. Bir anlamda, Kapitalizasyon yönteminde esas olan sigortalıların geleceklerini kendilerinin finanse etmesidir Kapitalizasyon sisteminin içinde fon yaratmak, karşılık ayırmak, fonların veya ayrılan karşılıkların işletilmesi vardır (Güneş ve Yakar, 2004, 129)

Kapitalizasyon yönteminde; Bireysel kapitalizasyon (Bireysel fon biriktirme), Kollektif kapitalizasyon (Kollektif fon biriktirme) olmak üzere iki türlü olabilmektedir:

- **Bireysel Kapitalizasyon;** Bu yöntemde her sigortalı için ödenen primler bireysel fonda birikmektedir. Gelecekte kendisine yapılacak yardım ve ödemelerin kaynağını oluşturmaktadır. Bireysel kapitalizasyon yönteminde, bireylerin ödediği primler, bireysel fon hesaplarında toplanarak, kişinin

karşılaştığı risk karşısında bireysel hesapta toplanan bu fonlarla finanse edilmektedir. Bugün, Şili’de uygulanan sosyal güvenlik sisteminde bireysel fon hesabı kullanılmaktadır (Kitapçı, 2007, 38 içinde Oral, 2002, 26).

- **Kollektif Kapitalizasyon;** Kollektif kapitalizasyon yönteminde ise bireylerin ödediği primler genel bir fon hesabı altında toplanarak, fonlar işletilerek kar, faiz gibi gelirler elde edilmektedir. Böylece karşılaşılan riskler genel fon hesabından finanse edilmektedir.. Fonlar ekonomik kalkınma için bir kaynak niteliği taşımakta ve gelişmekte olan ülkeler açısından önemli bir yatırım aracı niteliğine sahiptir (Kitapçı, 2007, 38 içinde Aydın, 1999, 38-39).

1.16.2. Dağıtım Yöntemi

Belli bir sigorta dönemindeki gelirlerle giderler arasında dengenin var olmasına dayanan dağıtım yöntemine (pay-as-you go system) belirli bir yılın prim gelirleri ile aynı yılın giderleri karşılanmaktadır. Aktif sigortalılardan elde edilen prim gelirleri, başta enflasyon olmak üzere bir takım ekonomik etkenler dolayısıyla değer kaybına uğrayıp anlamını yitirmesi nedeniyle kapitalizasyon yönteminde varolan fon oluşturma yerine, o dönemdeki pasif sigortalılar için yapılması gereken giderlere ayrılmaktadır (Volkan YURDADOĞ, “Sosyal Güvenliğin Finansman Yöntemleri”, s.6, <https://docplayer.biz.tr/340504-Sosyal-guvenligin-fi-nansman-yontemleri-ars-gor-volkan-yurdadog.html> Erişim Tarihi; 15/12/2018)

Türkiye sosyal güvenlik sisteminde de uygulanan finansman yöntemi olan dağıtım yönteminde temel anlayış; pasif sigortalı konumuna geçmiş katılımcıların sosyal güvenlik giderlerinin hali hazırdaki aktif sigortalılardan elde edilen prim ve katılım gelirleri ile finanse edilmesidir. Bu metotta belirli bir dönemde aktif sigortalıların ödedikleri prim gelirlerinin aynı dönemde sigortalılara ve bağımlılarına yapılacak olan sigorta yatırımlarını karşılaması dolayısıyla sistemin dışarıdan hiçbir kaynak aktarımı olmaksızın devam ettirilebilmesi açısından prim ödeyenlerin aylık alanlara oranı olarak ifade edilebilecek aktif pasif oranının belir bir seviyenin altına düşmemesi son derece önemlidir. Aktif/pasif oranının azalması devletin sosyal güvenlik sistemine daha fazla transfer yapması anlamına gelecektir (Karabakla, 2016, 15)

1.16.3. Karma Yöntem

Karma yöntem üçüncü bir yöntem olarak her iki yöntemin de bazı nitelikleriyle yer aldığı bir uygulamadır.

Tablo 1:Bazı Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Uygulanan Sosyal Güvenlik Uygulamaları Ve Finansman Yöntemleri

Ülke	Uygulanan Plan Adı	Finansman Yöntemi
Arjantin	Sosyal Güvenlik Primleri	Dağıtım Yöntemi
Avustralya	Kamu Primleri	Dağıtım Yöntemi
Avusturya	Sosyal Güvenlik Primleri	Dağıtım Yöntemi
Belçika	Sosyal güvenlik Primleri	Dağıtım Yöntemi
Brezilya	Özel Sosyal Güvenlik	Kapitalizasyon Yöntemi
Şili	Bireysel Prim Hesaplar	Kapitalizasyon Yöntemi
Çek Cumhuriyeti	Kamu Prim Hesapları	Dağıtım Yöntemi
Danimarka	Kamu Prim Sistemi	Dağıtım/Kapitalizasyon Yöntemi
Fransa	Eyalet Prim Hesapları	Dağıtım Yöntemi
Almanya	Eyalet Prim Biriktirme	Dağıtım Yöntemi
Yunanistan	Sosyal Güvenlik Primleri	Dağıtım Yöntemi
Meksika	Bireysel Fonlama Hesapları	Kapitalizasyon Sistemi
İrlanda	Sosyal Güvenlik Sistemi	Dağıtım Yöntemi
Yeni Zelenda	Sosyal Güvenlik	Dağıtım Yöntemi
Peru	Özel Prim Sistemi	Kapitalizasyon Yöntemi
Türkiye	Kamu Prim Hesapları	Dağıtım Yöntemi
Portekiz	Sosyal Güvenlik	Dağıtım Yöntemi
İtalya	Sosyal Güvenlik Primleri	Dağıtım Yöntemi
Lüksemburg	Sosyal Güvenlik Primleri	Dağıtım Yöntemi
Slovakya	Kamu Primleri	Dağıtım Yöntemi
İspanya	Sosyal Güvenlik Sistemi	Dağıtım Yöntemi
İsviçre	Eyalet Primleri	Dağıtım Yöntemi
Polonya	Kamu Prim Planları	Dağıtım Yöntemi
İzlanda	Sosyal Güvenlik Sistemi	Dağıtım Yöntemi

Kaynak; GÜNEŞ İsmail ve Soner YAKAR, “Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleri ve Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Yıl:2004, Cilt:13, Sayı:2, s.133,

<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/cusosbil/article/view/5000001009>

Erişim

Tarihi; 15/12/2019)

1.17. SOSYAL GÜVENLİK HARCAMALARININ GELİŞME SEVİYESİ

Sosyal güvenlik, sosyal devletin en önemli manzarasını oluşturan bir gelir aktarma mekanizması olarak kişilerin ve toplumların ekonomik ve sosyal gelişmesine yönelik bir yatırımdır. Ancak, bütün ülkelerin toplumu oluşturan herkesi, her türlü tehlikeye karşı koruma kapsamına alarak, gelecek endişesi duymadan, huzurlu ve istikrarlı toplumsal bir hayat oluşturma idealine sahip bir sosyal güvenlik sistemi oluşturmak ortak hedefi olmakla birlikte, son derecede pahalı ve önemli ölçüde kaynak transferini gerektiren bir yatırımdır. Kısacası, sosyal güvenlik çok pahalı ve modelden beklenen amaçların gerçekleştirilmesi yüksek bir maliyete de katlanmayı gerektiren bir hizmettir (Alper, 2011, 8).

Sosyal güvenlik için tahsis edilen kaynakların zaman içinde daha da yükseleceği yönündeki gelişmeler, sistemin devamlılığının sağlanması bakımından sosyal güvenliğin finansmanına yönelik çok boyutlu tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Sosyal güvenliğin finansman boyutu ilgili temel sorun alanları 4 ana başlıkta ele alınmaktadır (Alper, 2011, 8-9);

1. Fertler ve toplum bir yılda yarattıkları milli gelirden sosyal güvenlik için ne kadar pay ayıracaklardır?
2. Sosyal güvenlik sisteminin giderleri, hangi gelir kaynakları ile karşılanacaktır? Primle mi yoksa vergi ile mi finanse edileceklerdir?
3. Sosyal güvenlik sistemlerinin gelir-gider dengesi hangi yöntemle sağlanacaktır? Fon yöntemi mi, yoksa dağıtım yöntemi mi benimsenecektir?
4. Tasarruf, yatırım, iktisadi büyüme gibi temel ekonomik göstergeler üzerinde olumsuz etkisi olmayan bir sosyal güvenlik finansman sistemi nasıl kurulacaktır?

Ülkelerin makro düzeydeki bu temel sorun alanlarına, sistemin işleyişi ile ilgili, mikro düzeyde olmak üzere; kimler, kimin için, ne miktarda, hangi kaynaklardan, nasıl ve ne kadar süre ile ödeme yapacaktır? sorularını ilave ederek bu sorunlarla ilgili olarak kritik kararlar alması gerekmektedir

Sosyal güvenliğin finansmanı, yüksek maliyetleri ve sosyal güvenlik için tahsis edilen geniş hacimli kaynakların, tasarruf, yatırım ve iktisadi büyüme gibi temel iktisadi göstergeler üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle ilk olarak 1970’li

yılların ikinci yarısında gündeme gelmiştir. 1980’li yılların başında sosyal güvenlik harcamalarının artışıdaki temel sebepler olarak emeklilik programlarının olgunlaşması, demografik yapıdaki değişme, nüfusun yaşlanması, sağlık hizmetlerinde maliyet artışı, sürekli ve yüksek oranlı işsizlik ve cömert sosyal yardımlar gösterilmiştir (Alper, 2011, 9). Hala günümüzde de sosyal güvenliğin finansmanına yönelik çalışmalar ve tartışmalar giderek artmaya devam etmektedir. Bu yüzyılda tüm dünya ülkelerini etkileyen küreselleşme sürecinin bir sonucu olarak yaşanan sosyo-kültürel, ekonomik ve politik değişimler sosyal güvenlik harcamaları seviyesinin artırılması ve yeni kaynak transferlerinin sağlanması için alternatif arayışlar gerekliliği büyük ölçüde önem kazanmıştır.

Sosyal güvenlik için tahsis edilen kaynakların seviyesi ile sosyal güvenlik hakkının kapsamı arasında çok doğrudan bir ilişki vardır. Bu sebeple yapılan gelir transferi arttıkça sosyal güvenlik hakkının da kapsamı genişlemektedir. Aynı şekilde, sosyal güvenlik için sağlanan kaynak tahsisinin seviyesi ile ülkenin ekonomik gelişme seviyesi arasında da önemli derecede bir ilişki vardır. Kişi başına düşen milli gelir seviyesi arttıkça sosyal güvenlik için milli gelirden ayrılan kaynakların seviyesi de artmaktadır. Bu da doğrudan sosyal güvenliğin yatay, dikey ve seviye olarak kapsamını, hem bütün bir sosyal güvenlik sistemi hem de sosyal riskler bakımından olumlu etkilemektedir (Alper, 2015, 208)

1960’lı yılların başında sosyal sigortalar ve aileye yönelik kamu harcamalarından oluşan toplam sosyal güvenlik harcamaları OECD ülkeleri için %3-12 arasında değişirken, 1970’li yılların sonunda bu değerler %7-23 oranlarına yükselmiştir (ILO, 1994, 4). Sosyal güvenliğin altın çağında gerçekleşen bu artış, özellikle Avrupa ülkelerinde siyasi iktidarların liberal veya sosyalist ekonomik politikalar uygulamasına rağmen tam bir uzlaşmayla gerçekleşmiştir (ILO, 1984, 5). 1980’li yıllarda başlayan liberalleşme ve küreselleşmenin, iktisadi endişelerle sosyal güvenlik harcamalarını azaltması beklenmiş ancak sosyal güvenlik harcamalarındaki artış devam etmiştir. Nitekim, 1980 yılında %15,4 olan OECD toplam harcaması, 2005 yılında %18,2, 2010 yılı itibariyle %20,6’ya yükselmiştir. 2018 yılında ise toplam sosyal güvenlik harcaması %20’dir (<http://stats.oecd.org> Erişim Tarihi; 25/12/2018). Bu dönemde sosyal güvenlik harcamalarındaki % artışlar, bazı ülkeler bakımından dikkat çekici oranlara ulaşmıştır. Nitekim, 1980-2018 arasında OECD

üyesi çeşitli ülkeler itibarıyla milli gelirden ayrılan pay olarak sosyal güvenlik harcamalarındaki artış seyri aşağıdadır (Alper,2015, 211).

Tablo 2: OECD Üyesi Bazı Ülkelerin GSYİH'nın Yüzdesi Olarak Sosyal Güvenlik (Koruma) Harcamalarının Gelişme Seyri

ÜLKELER	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018
Avustralya	10.3	12.1	13.1	16.9	18.3	16.7	16.6	18.5	17.8	..	..
Avusturya	21.9	23.2	23.1	26.3	25,7	26,0	27.6	27.7	27,8	27.1	26,6
Belçika	23.1	25,6	24.4	25.2	23.5	25.2	28.3	29,2	29,2	29,2	28.9
Kanada	13.3	16.4	17.5	18.4	15.8	16.1	17.5	17.6	17.4	17.3	..
Şili	..	..	9.8	11.0	10.4	8.9	10.4	10.8	11.0	10.9	..
Çek Cumhuriyeti	..	..	14.1	16.1	17.9	18.1	19.7	19.4	19.1	19.0	18.7
Danimarka	20.3	19.2	21.9	25,5	23.8	25.2	28,6	29.0	28,7	28.1	28,0
Estonya	..	..	..		13.8	13.0	18.3	17.7	18.3	18.0	18.4
Finlandiya	17.7	21.7	23.3	28.9	22.6	24.0	27.3	30,4	29.8	28.9	28,7
Fransa	20.1	25.2	24.3	28.3	27.6	28,7	31.0	32.0	32.0	31.8	31,2
Almanya	21.8	22.2	21.4	25.2	25.4	26.2	25.9	24,9	25.1	25.1	25.1
Yunanistan	9.9	15.4	15.7	16.6	17.8	19.9	24,9	25.4	25,7	24.8	23.5
Macaristan	..	..	..		20.1	21.9	23.0	20.9	20.8	20.2	19.4
İzlanda	..	..	13.5	15.1	14.6	15.9	16.9	15.5	15.1	15.9	16.0
İrlanda	15.7	20.4	16.8	17.5	13.2	15.9	24.6	15.5	14.9	14.3	14.4
İsrail				16.4	16.2	15.3	15.4	15.5	15.5	16.0	..
İtalya	17.4	20.1	20.7	21.1	22.7	24.2	27.1	28.5	28.3	28.1	27,9
Japonya	10.0	10.8	10.9	13.3	15.4	17.2	21.3	21.9	..	..	..
Kore	..	..	2.7	3.1	4.5	6.1	8.2	10.2	10.5	10.6	11.1
Letonya	..	..	..	0.0	15.4	12.3	19.5	15.7	16.1	15.8	16.2
Litvanya	..	..	..		15.4	13.7	19.4	15.8	16.0	15.8	16.2

Lüksemburg	19.4	18.9	18.3	19.9	18.7	22.8	23.1	22.1	22.2	22.6	22.4
Meksika		1.9	3.1	3.7	4.4	6.1	7.4	7.7	7.5	..	..
Hollanda	23.3	23.8	24.0	22.4	18.8	20.2	17.8	17.7	17.5	17.0	16.7
Yeni Zelanda	16.2	16.4	20.3	17.7	18.2	17.8	20.4	19.2	18.9	18.6	18.9
Norveç	16.1	17.2	21.6	22.5	20.4	20.7	22.0	24,7	25,7	25.3	25,0
Polonya	..	..	14.2	21.8	20.2	20.8	20.6	20.2	21.2	21,0	21.1
Portekiz	9.5	9.8	12.2	16.0	18.5	22.3	24.5	24.0	23.7	23.7	22.6
Slovak cumhuriyeti	..	..	..	18.4	17.6	15.8	18.0	17.8	17.8	17.3	17.0
Slovenya	..	..	..	5.7	22.0	21.4	23.4	22.6	22.2	21.4	21.2
ispanya	15.0	17.1	19.2	20.7	19.5	20.4	24,7	24,7	24.3	23,9	23.7
İsveç	24.8	27,0	27.2	30.6	26.8	27.3	26.3	26.3	26.4	26.1	26.1
İsviçre	12.7	13.4	12.1	14.0	13.9	15.6	15.1	15.9	15.9	16.1	16.0
Türkiye	2.2	2.0	3.8	3.4	7.5	10.1	12.3	11.6	12.5	..	..
Birleşik Krallık	15.6	18.2	14.9	16.7	16.2	18.3	22.4	21.6	21.2	20.8	20.6
ABD	12.8	12.6	13.2	15.1	14.3	15.6	19.4	18.8	18.9	18.9	18.7
OECD – Toplam	14.4	16.1	16.4	18.0	17.4	18.2	20.6	19.0	20.5	20.2	20

Kaynak; https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG# Erişim Tarihi: 28/012/2018)

1.18. SOSYAL GÜVENLİĞİN FİNANSMAN KRİZİ VE REFORM ARAYIŞLARI

Sosyal güvenlik reform arayışlarının en temel nedeni sosyal güvenliğin içerisinde bulunduğu finansman krizi olmuştur. Sosyal güvenliğin finansman durumunu çıkmaza sokan bu finansman krizi ülkeden ülkeye farklılıklar göstermesine rağmen, bütün ülkeler için ortak bir kararı ifade eden nedenler şu şekilde sıralanabilir (Akyıldız, 1999, 200-203);

- **İktisadi Kriz;** Yüksek enflasyon, yüksek işsizlik ve ekonomide

durgunluk sosyal güvenliğin finansal durumunu olumsuz yönde etkileyen üç boyutu bir oluşumdur. İşsizlik oranının artması, sosyal sigorta kuruluşlarının prim gelirlerini azaltırken işsizlere ödenen işsizlik ödenekleri ve yardımların miktarını arttırmaktadır.

- **Nüfusun Yaşlanması;** Teknolojik ilerlemelerin sağladığı refah artışı ile birlikte ortalama insan ömrü uzamakta, buna karşılık doğumlar azalmakta ve sonuç olarak nüfus gittikçe yaşlanmaktadır. Nüfusun yaşlanması emek arzını daraltmaktadır ve dolayısıyla aktif/pasif sigortalı dengesini negatif yönde etkilemektedir.
- **Sağlık Hizmetleri Maliyetlerinin Artması;** Tıpta yaşanan teknolojik gelişmeler uzmanlaşmanın boyutlarının gelişmesi, yeni bazı hastalıkların ortaya çıkışı ve daha kaliteli sağlık hizmeti talebinin ortaya çıkışı, buna karşın sağlık alanında çalışanların ücretlerinin artışı sağlık hizmetlerinin maliyetini arttırarak, sosyal güvenliğin finansmanını olumsuz yönde etkilemektedir.
- **Sosyal Güvenliğin Etkinlik Problemi;** Herşeyden önce asgari yaşam teminatı anlamına gelen sosyal güvenlik, yoksulluğu ortadan kaldırmayı, en çok kişinin en fazla mutluluğunu sağlamayı ve gelir dağılımında sosyal adaletin sağlanması amaç edinmiş olan sosyal politikanın en önemli alt disiplinini ortaya çıkarmaktadır. Ancak sosyal güvenlik sistemleri hem yoksulluğu ortadan kaldırma hem de sosyal adaleti sağlama işlevini etkin şekilde yerine getirememektedir yani ikisini bir arada yürütmekte yetersiz kalmaktadır.

Sosyal güvende yaşanan bu tür sorunlar ve bu sorunlara yönelik geliştirilen uygulamalarda gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Çünkü gelişmiş ülkelerdeki sorunlar krizler yüzünden ortaya çıkarken, gelişmekte olan ülkelerdeki sorunlar ise yetersizliklerden ortaya çıkmaktadır (Kitapçı, 2007, 53 içinde Çelik, 44-54). Tüm bu yaşanan sorunlar, yani özetleyecek olursak; dünya ülkelerinin içerisinde bulunduğu iktisadi durgunluk, yüksek enflasyon, yüksek işsizlik, demografik değişimde ortaya çıkan negatif eğilim, sosyal güvenlik sistemlerinin hareketliliği ve büyük harcamalara rağmen mevcut sistemlerin sosyal adaleti yeterince sağlayamaması bütün dünyada sosyal

güvenlikte yeni alternatif bir reform arayışların temelini oluşturmuştur (Akyıldız, 1999, 200-203).



İKİNCİ BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİK REFORMUNDA YENİ STRATEJİK YAKLAŞIM

2.1. BAKIMA MUHTAÇLIK VE BAKIM SİGORTASI KAPSAMINDA EVDE BAKIM HİZMETLERİ FİNANSMANI VE UYGULAMALARI

Bakıma muhtaçlık tek başına sosyal bir risk türü olması nedeniyle, sosyoekonomik düzeyine (gelir durumu) bakılmaksızın bakıma muhtaç duruma gelmiş bütün bireyleri sosyal güvenlik sisteminin içine alacak tamamlayıcı bir bakım güvence sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Bu bölümde bakıma muhtaçlık olgusu, bakıma muhtaçlık riski ve derecesinin sosyal güvenlik reformu kapsamında bakıma muhtaç olan herkese bakım güvence hizmetleri (bakım sigortası) sunulması, bakım güvencesi ile bakıma muhtaç kişilerin kurum bakımından farklı olarak evde bakım hizmeti sunulması, evde bakım hizmetinin tanımı, gerekliliği, tarihçesi, personeli, diğer disiplinlerle olan ilişkisi, avantaj ve dezavantajları detaylı olarak ele alınmıştır.

2.2. BAKIMA MUHTAÇLIK OLGUSU

Bakıma muhtaçlık; yaşlılık, engellilik (doğuştan veya bir kaza sonucu), kronik hastalık vb. sebeplerden dolayı bireyin günlük rutin yaşam etkinliklerini bir başkasının yardımı olmaksızın yerine getirememesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Bakıma gereksinim duyan kişilerin günlük hayatın gereklerini yerine getirmekte zorlandığı için hem çalışma kapasitesini, hem de fiziksel iş kapasitesini giderek azalmaktadır ve bu yük yalnızca aile bağları ile çözülemeyecek kadar ağırdır.

Bakıma muhtaçlığın ne olduğu toplum tarafından yapılmaktadır. İşlevsel olarak belli standartları dışına çıkılan durumlar (normal kabul edilen durumlar dışındaki sapmalar), toplum tarafından bakıma muhtaçlık olarak görülmektedir. Çağdaş toplumlar, bakıma muhtaçlığın tanımını yaparken bir taraftan da bu edinimi kurumsallaştırma teşebbüsünde bulunmaktadırlar (Koçman, 2006, 110).

Bakıma muhtaçlık tanımlamaları bakım hizmeti veren kurumları tarafından tanımlandığı gibi bilimsel olarak da bakım farklı perspektiflerde yapılmış

tanımlamalarda yer almaktadır. Bakıma muhtaçlık; bireyin günlük rutin yaşamını idame ettirmesi için gereken temel etkinliklerin yerine getirilmesinde bir başkasının yardımına ihtiyaç duyması durumudur (Oğlak, 2008, 5). Başka bir deyişle, kişinin, fiziksel, bilişsel ve ruhsal, hastalık, engellilik, analık veya yaşlılık gibi nedenlerden dolayı devamlı veya süreli olarak günlük yaşam aktivitelerini büyük oranda yerine getirmekte ve kendine bakmakta güçlük çekmesi ve bu sebeple başkalarının geçici ya da uzun süreli olarak bakımına ihtiyaç duymasıdır.

Öte yandan Almanya Federal Sosyal Yardım Yasası, “hastalık veya sakatlıktan dolayı yardım ve bakım görmeden hayatını sürdüremeyen bireyi”, bakıma muhtaç birey olarak tanımlanmıştır. Lüksemburg, Avusturya, Finlandiya, İsveç, Belçika, Fransa, Hollanda, Britanya Krallığı ve Danimarka gibi gelişmiş ülkelerin sosyal güvenlik uygulamaları içinde önemli yer tutan bakıma muhtaçlık tanımları hemen hemen birbirine benzer özellikte olup, ‘günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde başka kişiye bağımlı olma durumu’ olarak ifade edilmektedir. Bir başka deyişle bireyin işlevsel, fiziksel veya mental yetersizliği sonucu günlük yaşamındaki temel ve zorunlu aktiviteleri ile bir ya da daha fazla bireyin ilgilenmesini gerektirmesidir (Oğlak, 2008, 8).

Bakıma muhtaç kişinin tanımı, Almanya Sosyal Sigortalar Sistemi Bakım Sigortası kanununda; “Bakıma muhtaçlar bedenlen, aklen veya ruhen hasta veya özürlü olmaları sebebiyle hayatın devam ettirilmesine yönelik günlük, basit ve sürekli işlerin gerçekleştirilmesinde (muhtemelen en az 6 ay ciddi veya bundan daha ileri boyutta) başkalarının yardımına ihtiyaç duyan insanlardır” olarak ifade edilmiştir (http://www.sosyalsiyaset.net/documents/sosyal_b_h_kalite.htm Erişim Tarihi; 21/12/2018).

Bakıma muhtaç kişiler özelliklerine göre üç grupta tanımlanmaktadır;

- 1. Bakıma Muhtaç Özürlü;** *“Madde 4 (1c); Yönetmeliğin uygulanmasında, özürlülük sınıflandırmasına göre ağır özürlü olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişilerden, sosyal güvenlik kurumlarına tabi olmayan; ailesini kaybetmiş olanlar ile ailesi ekonomik veya sosyal yoksunluk içerisinde bulunanlara”* denir (Bakıma Muhtaç

Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik). Bütün yaş gruplarının her an karşı karşıya kalabilecekleri sosyal bir risktir.

2. Bakıma Muhtaç Yaşlı; Yaşamın devamlılığının sonunda kişinin kaçınılmaz bir sonu olan yaşlanmanın bir sonucu olan fiziki, sosyolojik ve psikolojik yetersizlikten dolayı sürekli bakımına yardımına ihtiyaç duyan kişidir. Genellikle 65 yaş ve üstü insanlarda görülen, kaçınılmaz bir son olarak da nitelendirilen sosyal bir risktir.

3. Bakıma Muhtaç Hasta; Herhangi bir hastalık sonrası bütün tıbbi tedavi ve rehabilitasyon rağmen iyileşemeyen ve sürekli olarak başkalarının desteğine ihtiyaç duyan insandır. Bakıma muhtaç engellide olduğu gibi her yaş grubunun karşılaşılabileceği bir sosyal risktir (Aygören, 2009, 4).

Bakıma muhtaç kişi bu sınıflandırmalardan herhangi birisinde yer alabileceği gibi birden fazla grupta da yer alabilir. Yani kişi hem bakıma muhtaç özürlü, hem de bakıma muhtaç yaşlı olabilir. Her ne nedenden kaynaklanırsa kaynaklansın, yaşamını sürdürürken, yapması gereken zorunlu temel aktivitelerini kendi kendine yapma kuvvetini ve yeteneğini kaybederek bakıma muhtaç olması, bireyin yaşam kalitesin zarar veren, onur ve saygınlığını azaltan, psikolojisini olumsuz etkileyen, aynı zamanda bireyin ve ailesinin ekonomik yükünü daha da arttıran bir etkidir. (Oğlak, 2008, 7). Bu nedenledir ki sosyal bakımın amacı, bakıma muhtaç kişinin tedavi edilmesi değil, yaşam kalitesini artırılması ve korunmasıdır.

2.3. BAKIM HİZMETİ KAVRAMININ SOSYAL BOYUTU

Bireylerin bulundukları toplum standartlarında, uzun süre başkalarına bağımlı olmaksızın sağlıklı, onur ve saygınlığını arttıran kaliteli bir yaşam sürdürmelerine sağlamak sosyal devlet anlayışının bir zorunluluğudur. Bu gereklilikten yola çıkarak bakıma muhtaç kişiye bu edinimleri sağlamak amacıyla evde veya kurumda sunulan profesyonel destek hizmetler bakım hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Bakım hizmetlerinde öncelikli olarak bakıma muhtaç bireyin ailesinin yanında sosyal çevresinden ayrılmadan bakımının yapılması ve maddi ve manevi olarak ailenin bakım hizmetleri konusunda desteklenmesi amaçlanmıştır (Bakım Hizmetleri

Stratejisi ve Eylem Planı(2011-2013), 2013, 3)

Batı ülkelerince yaşlı ve bakıma muhtaçlık sorununa teorik ve akademik bir açılım getirilmiştir. “Sosyal bilimler alanı” ve “sosyal bakım” adıyla bir disiplin meydana getirilmiştir. Sosyal bakımı özelliklerine göre dört grupta toplanmıştır (Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı(2011-2013), 2013, 3);

- **Temel ve koruyucu (rehabillite edici) bakım hizmetleri;** Fizyolojik, psikolojik, akli veya ruhi açıdan kendi kendine yetemeyen ve sürekli olarak başkalarının yardımına ihtiyaç duyan bireylere temel bakım hizmetlerinin yanı sıra kişinin yeniden, sağlığına, bağımsızlığına kavuşturulması veya bu mümkün değilse mevcut durumunu koruyarak, durumunun daha da kötüye gitmesini önlemek için aktif koruyucu rehabilitasyon hizmetlerinin de sunulmasıdır.
- **Hedefe odaklı hizmetler;** Bakıma muhtaç kişinin, fiziksel bağımsızlığının ve sağlığının kendi kendine yeterli olması, güçlüklerini aşabilmesi, toplumsal hayata katılarak yalnızlıktan kurtulması, özgüveninin artırılması, psikolojik veya sosyal olarak uyum sağlaması, maddi ve manevi yönden tatmin edilmesi gibi hayat kalitesinin korunmasına veya artırılmasına yönelik hizmetleri içermektedir.
- **Bireysel ilişkileri geliştiren hizmetler:** Profesyonel bakıcılar tarafından sunulan hizmetlerle birlikte, hizmet uygulayıcı ile bakıma ihtiyaç duyan kişiler arasında temel bakım ilişkisi dışında, bakımla uğraşan kişinin, bakıma muhtaç kişiye fiziki destek ve yardımın yanında yoğun ilgi, sevgi ve saygı göstermesi ve bir paylaşımın olması adına şahsi ve samimi ilişkiler kurulması ve bunun için maksimum çaba gösterilmesidir.
- **Psiko-sosyal unsurlar taşıyan hizmetler;** Bakıma muhtaç kişilerde özel durumlardan kaynaklanan onur ve saygınlığının kaybedilmesi ile birlikte birçok psiko-sosyal problemler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenledir ki profesyonel bakıcıların, kişinin, kişilik yapısına ve şahsi özelliklerine uygun bir şekilde psiko-sosyal yönlendirmelerle, rehberlik, yardım ve destekte bulunabilmeleri ve kendilerini geliştirebilmelerine yardımcı olunması gerekir.

Bakım derecesi hangi yöntemle tespit edilirse edilsin; kişinin, vücut temizliği

(yıkama, duş alma, diş fırçalama), beslenme (yemek hazırlama ve yeme), morbilite (kalkmak, yatağa gitmek, giyinmek ve soyunmak, ayakta durmak, merdiven inmek ve çıkmak veya evden dışarı çıkıp tekrar eve gelmek) ve ev işleri (alışveriş, yemek pişirme, ev temizliği, çamaşır değiştirme ve yıkama v.b) güncel işlerde sürekli (en az altı ay) üçüncü şahısların yardımına ihtiyacı olan herkes bakıma muhtaç sayılmaktadır (RG; 19/01/2011, Sayı:27820, Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı(2011-2013), 2013, 4).

Bireyin bakıma muhtaçlığının ortadan kaldıracak her düzeyde tıbbi ve sosyal bakım hizmetleri etkili bakım politikaları ile gerçekleştirilebilmektedir. Bakım hizmetleri genel olarak kurumsal bakım ve evde bakım olarak ele alınmaktadır. Ancak nüfusu giderek yaşlanmakta olan gelişmiş ülkeler, bakıma muhtaçlık riski ve sorununa karşı sosyal güvenlik sistemi içinde bakıma muhtaçlık durumuna göre bakım güvencesini temin eden modeller geliştirmişlerdir (RG; 19/01/2011, Sayı:27820, Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı(2011-2013), 2013, 5)

1. Bakım yeri açısından

- **Evde Bakım:** Evde bakımı yapılabilen kişilere devlet tarafından bakım desteği sağlanmasıdır. Evdeki bakımı gerçekleştiren bakıcının eğitilmesi ve eğer mümkün değilse profesyonel bakıcı yoluyla bakımın sağlanması gerekmektedir.
- **Kurumsal Bakım:** Evde bakımının yapılması mümkün olmayan ileri derecede yardıma ihtiyaç duyan veya aile yanında bakılması mümkün olmayan kişilerin, kişisel, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının giderilmesi, boş zamanlarını değerlendirici etkinliklerin yapılması, sosyal ilişkilerinin ve etkinliklerin arttırılmasına yönelik hizmetlerin resmi veya özel bakım merkezlerince sağlanmasıdır.

2. Bakım süresi açısından;

- **Sürekli Bakım:** Kişinin, hastalık, engellilik, malullük veya kazalar nedeniyle geçici bir süreliğine bakıma ihtiyaç duyduğu durumlarda sürekli olarak bakımının sağlanmasıdır.
- **Sürekli Bakım:** Engellilik ve kronik hastalıklar vb sebeplerle sürekli bakıma ihtiyaç duyan kişilerin devletçe veya devlet gözetiminde sürekli bakıma alınmasıdır. Sürekli bakıma ihtiyacı olan kişilerin bakımları

yapılırken, ihtiyaçlarının insan hakları çerçevesinde en üst düzeyde sağlanması gerekmektedir.

2.4. BAKIMA MUHTAÇLIK RİSKİ - DERECEŚİ VE TESPİTİ

Sosyal güvenliğin günümüzdeki yaygın uygulama şekliyle amacı hastalık, kaza, analık, işsizlik, yaşlılık, sakatlık, ölüm ve çocuk yetiştirme gibi sosyal risklerin yol açtığı gelir kayıplarına ve diğer artışlarına karşı kişilerin korunmasıdır.

Günlük hayatın gerektirdiğı, yapılması gereken rutin hareketlerin yerine getirilmesinde başkalarının yardım ve desteğine sürekli olarak gereksinim duyan insan, aciz insan olarak tanımlanmaktadır. Yani bu ifadeden, temel günlük yaşam aktivitelerini kendi kendine yapma kabiliyetine ve gücüne sahip olmayan insanın aciz insan olarak tanımlandığı anlaşılmaktadır.

Tüm bu ifadeler insanlar, yaşamlarının herhangi bir döneminde kendi iradeleri ile (çocuk sahibi olma, evlenme vs.) veya iradeleri dışında (kaza, kronik hastalıklar, tabii afetler, yaşlılık vs.) birçok sebepten dolayı kısa süreli veya uzun süreli bakıma muhtaç hale gelme sorunu ile karşı karşıya kalabilmektedir.

Bakıma Muhtaçlık Riski; kişinin özörlölük, yaşlılık, hastalık veya malullük gibi sebeplerden dolayı başkalarının sürekli olarak fiziki yardımına (bakımına) muhtaç hale gelinebileceğini gösteren sosyal bir tehlikedir.

Bakıma Muhtaçlık Derecesi; Bakıma muhtaçlık derecesi; yaşamın devamı için günlük zorunlu olarak yapılan fiziksel, tıbbi ve sosyal etkinlikler açısından bir başkasının desteğine gereksinim duyma durumudur. Bakıma muhtaçlık derecesi; yardım gereksinimine bakıma muhtaçlık nedenine ve yaşa göre değişebilmektedir (Oğlak, 2008, 8).

Bu noktada bakıma muhtaçlık riski önlem alınmasını gerektiren sosyal bir tehlike, bakıma muhtaçlık derecesi ise, önlem alınmakta geç kalınmış, bakım ve rehabilitasyon hizmeti gerektiren sosyal riskler grubunda tanımlanmaktadır.

Sosyal risklerin, ne zaman, nasıl ve ne derecede gerçekleşeceği önceden bilinmemektedir. Ancak gerçekleşmesi muhtemel olan bazı sosyal riskler, kişinin maddi ve manevi hayatını olumsuz yönde etkilenmektedir. Sosyal riskler genel olarak türleri açısından, doğurabileceğı zararın süresi açısından ve kişi üzerinde

bıraktığı sosyo-ekonomik sonuçlar açısından olmak üzere üç ayrı şekilde sınıflandırılabilir;

1. Türleri açısından sosyal riskler;

- **Meslekî Riskler:** İş kazaları ve meslek hastalıkları.
- **Fizyolojik (Fizikî) Riskler:** Hastalık, malullük, kazalar, sakatlık, analık, yaşlılık (bakıma muhtaçlık), ölüm.
- **Sosyo-ekonomik Riskler:** İşsizlik, aile yükleri, gelir yetersizliği.

2. Doğurabileceği zararın müddeti açısından sosyal riskler;

- **Uzun vadeli riskler:** Yaşlılık (bakıma muhtaçlık), malullük, ölüm.
- **Kısa vadeli riskler:** (Geçici) İşsizlik, kronik olmayan hastalıklar, sakatlığa ve malullüğü yol açmayan kazalar ve analık.
- **Duruma göre kısa veya uzun vadeli riskler:** İş kazaları ve meslek hastalıkları; Kalıcı işsizlik.

3. Kişi üzerinde bıraktığı sosyo-ekonomik neticelerine göre sosyal riskler

- **Gelir kaybına yol açan riskler:** Yaşlılık, malullük, işsizlik.
- **Gider artışı doğuran riskler:** Çocuk bakımı, bakıma muhtaç bir aile ferdinin varlığı, eğitim masrafları, kira giderleri.
- **Gelir kaybına ve gider artışına sebebiyet veren müşterek riskler:** İşçilerin hastalık-iş kazası sebebiyle çalışamamalarından doğan gelir kaybı ve tedavi masrafları
(http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yasliliga_bagli_bakim_s.htm
Erişim Tarihi; 25/12/2018)

Bakıma muhtaçlık riskinin doğurduğu zararın belli bir süresi yoktur: ya uzun dönemli ya da süresizdir. Riskin gerçekleşmesi, geri dönüşümüne imkân tanımamaktadır. Bu nedenledir ki, kişi, bir kez bakıma muhtaç duruma geldiği andan itibaren, sürekli olarak başkalarına bağımlı hâle gelebilmektedir

Böyle önemli bir sosyal risk türünün sosyal güvenlik sistemleri içinde kabul görmemesi durumunda bakıma muhtaç kişiler ve onlara bakan aile fertleri veya yakınları ise sosyal korumadan tamamıyla mahrum kalmaktadır. Bu nedenledir ki bakıma muhtaçlık riski ve sorununa yönelik olarak bakım güvencesini sağlama amacıyla bakım hizmetlerini içine alan bir modele gereksinim duyulmaktadır. Bakım modellerine ilişkin kriterler belirlenirken genel olarak günlük hayatta zorunlu olarak

yapılması gereken alışıl gelmiş faaliyetler göz önünde bulundurulmaktadır.

Bakıma muhtaçlığın tespiti ve derecelendirilmesi için OECD ülkeleri tarafından genellikle 4 farklı model kullanılmaktadır (Ağgören, 2017, 5-6 içinde; Seyyar, 2007);

- **ADL (Activities of Daily Living) Modeli (Juchi Modeli):** ADL modeli kapsamında uyuma ve uyanma, hareket kabiliyeti, beden temizliği, beslenme, tuvalet ihtiyacını tek başına karşılama, insani ilişkiler başta olmak üzere 12 adet günlük aktivite tanımlanmıştır. Hayatı idame ettirmek için tanımlanan günlük 12 aktiviteden yola çıkılarak kişinin bakıma muhtaç olup olmadığına ve bakıma muhtaçlık derecesine karar verilmektedir.
- **AEDL Modeli (Krohwinkel Modeli):** ADL modeli özellikle bakıma muhtaç yaşlıların psiko-sosyal boyutunu yeterince dikkate almaması yönüyle eleştirilmiş ve Monica Krohwinkel tarafından revize edilerek AEDL modeli oluşturulmuştur. Bu model kapsamında da hayati fonksiyonları idame ettirebilme, iletişim, hareketlilik beslenme, beden temizliği, tuvalet ihtiyacını tek başına karşılama, giyinme, sosyal ilişkiler, uyuma, uyanma, dinlenmenin de aralarında bulunduğu 13 adet günlük aktivite tanımlanmıştır.
- **Davranışın Kalıpları (Gordon) Modeli:** Bu modelde, bakıma muhtaçlığın tespit edilmesi için beslenme, tuvalet alışkanlığı, hareket kabiliyeti, algılama, kendini idrak ve tanımanın yanı sıra sosyal ilişkiler, strese karşı dayanıklılık gibi 9 adet kriter belirtilmiştir. Bu model türünde bakıma muhtaçlığın tespiti için psiko-sosyal unsurlara ağırlık verildiği görülmektedir.
- **NANDA-Reaksiyon Modeli:** Bu model kapsamında bakıma muhtaçlığın tespiti için belirlenen ana kriterler; idrak-şuur, bilme ve tanıyabilme gücü, ayırt edebilme yeteneği, iletişim, bedeni temas, hissetme, hareket kabiliyeti, değer verme bilinci ve sosyal ilişkilerdir.

2.5. BAKIM SİGORTASI VE BAKIM SİGORTASININ GEREKLİLİĞİ

Günümüzde ülkelerin karşı karşıya olduğu en önemli sorunların başında, doğurganlık oranlarının azalması ve doğuştan yaşam beklentisinin artması sonucu ortaya çıkan ülke nüfusunun yaşlanması gelmektedir. Nüfusun yaşlanması ise

bakıma muhtaçlık problemini beraberinde getirmekte ve ülkelerin sosyal güvenlik sistemini etkilemektedir. Ülkelerin sosyal güvenlik sistemleri ne kadar gelişmiş olursa olsun ortaya çıkan olağanüstü bazı sosyal olaylar karşısında bazen yetersiz kalmaktadır. OECD ülkelerinin nüfuslarının yaşlanmasıyla birlikte ortaya çıkan bakıma muhtaçlık sorununa karşı farklı modeller geliştirmesi, bu soruna karşı birden fazla yaklaşımın oluşmasına neden olmuştur (Aygören, 2009, 1)

OECD ülkeleri arasında en yaşlı nüfusa sahip ülkelerden birisi olan Almanya, Dünya’da ilk kez olarak 1995 yılında bakıma muhtaçlık sorununu sosyal güvenlik sistemi içinde değerlendirmiş ve yeni bir sosyal sigorta kolu olarak bakım sigortasını oluşturmuştur. Bakım sigortası kapsamına tüm nüfusu almayı ve işçi ve işveren den aldığı primler ve ülke genelinden aldığı vergiler ile finansman kaynağı oluşturmayı planlamıştır. Yine yaşlı nüfusa sahip bir diğer ülke olarak Japonya, Almanya’nın oluşturduğu bakım sigortası modelini benimseyerek, 40 yaş ve üzeri nüfusu kapsayan bakım sigortasını geliştirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri gibi nüfusu hızla yaşlanmakta olan ülkeler ise reform çalışmalarında öncelikli olarak bakım sigortası üzerinde yoğunlaşmayı tercih etmişlerdir (Aygören, 2009, 1)

Ülkelerin sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik olanaklarının kalitesi sosyal gelişmişliğin bir ölçütüdür. Bir ülkenin sosyal gelişmişlik düzeyinin ileri noktalarda olabilmesi için ise, toplumu oluşturan bireylerin her bakımdan huzur ve güvenlik içinde yaşamaları, sosyal refahlarının garanti altına alınması ile sağlanabilmektedir.

Bakım güvence sisteminin amacı, sosyal bir risk olan bakıma muhtaçlık riskinden ortaya çıkan maddi zararların ve bakım ihtiyacının karşılanmasının sağlanmasının yanısıra bakıcılığı üstlenen aile fertlerinin bakım yükünü hafifletmektir.

Nüfusu gittikçe yaşlanmakta olan gelişmiş ülkeler, bakıma muhtaçlık riski ve sorununa karşı sosyal güvenlik sistemi içinde bakım güvencesini temin eden modeller geliştirmektedirler. Bakım güvencesi, bakıma muhtaç kişilerin sosyal bakım ihtiyacını karşılamakla birlikte, kişinin, sosyal güvenlik ve gelir durumuna göre ayni ve nakdi yardımları da sağlamaktadır. Bakıma muhtaçlık riskine karşı kapsamlı bir sosyal güvence sisteminin geliştirilmesi için çözüm modeli olarak birçok sistem mevcuttur. Bakım güvence sisteminin finansmanı ile ilgili olarak ortaya çıkan biçimler veya modeller şu şekildedir (Seyyar ve Oğlak,

11/12/2018) ;

- a. İradı temeline dayanan özel tasarruflar (kişiler ve ailenin yükleneceği tam risk)
- b. İradı ve ihtiyari temeline dayanan özel sigorta (emeklilik bağlantılı özel sigorta, hayat sigortası kapsamında özörlölük veya bakıma muhtaçlık poliçesi)
- c. Kamu destekli özel sigorta (devletin para yardımı, vergi teşvikleri veya ortaklık düzenlemeleri gibi).
- d. Vergiye dayalı kamusal bakım güvence sistemi (genel vergilerden finanse edilen bu sistemde kişinin bakıma muhtaçlık derecesine ve gelirine göre ücretli, ücretsiz veya kısmi katılımlı bakım hizmetleri verilmektedir).
- e. Sosyal sigorta kapsamında bakım güvencesi sistemi (sağlık sigortası içinde bakım hizmetleri veya bakım sigortası; bu sistem, primler yoluyla finanse edilmektedir. Gereksinime ve prim oranına göre bakıma muhtaç olan aile fertlerine bakım hizmeti ve/veya nakit yardımı- bakım parası sağlanmaktadır).

. Sosyal güvenlik reformu kapsamında bakım güvence sistemi (bakım sigortası) ile ilgili yeni düzenlemeler yapılmakta ve bakım güvence sistemi modelleri uygulanmaktadır. Birçok gelişmiş ölkeler bakım güvence sistemlerinden ya sadece birisini ya da karma bir sistemi tercih ederek, bakım hizmetlerinin finansmanı hem kamu, hem de özel sektör finansmanına dayanmaktadır.

2.6. EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’ne göre evde bakım; “formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında bakım hizmeti sunulmasıdır”. WHO, Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu’nun (Home-Based Long Term Care Study Group) hazırladığı rapora göre evde uzun süreli bakım ise; “var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaşlar ve komşular gibi geleneksel bakıcılar, gönüllüler ve asıl mesleği evde bakım olan kişiler ile bakıma yardımcı kişiler tarafından sağlanan bakım etkinlikleridir”. Ülkemizde

yayınlanan Evde bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği'ne göre ise; “evde bakım hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır” (Subaşı ve Öztekin, 2006, 20, Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği, RG, 10/03/2005 Sayı;25751).

Sosyal çalışma sözlüğünde ise, evde bakım; “bakıma muhtaç çiftlere, yalnız yaşamayı seçmiş yaşlılara, özürlülere ya da yalnız yaşamak zorunda olan (bulaşıcı hastalık vb. nedenlerle) ya da evde yatalak yaşayan hastalara, yıkanma, barınma, sağlık bakımı, beslenme, iletişim, kültür vb. gibi her türlü bireysel ve toplumsal gereksinimlerinin eve giden sosyal yardım ve sosyal hizmet elemanlarınca, onun yaşamak istediği atmosferde sağlanması, sunulması” biçiminde tanımlanmıştır (Danış ve Solak, 2014, 59-60).

Evde bakım hizmetleri denildiğinde; yaşlılar, özürlüler, kronik hastalıklı bireylere ek olarak, hamileler, lohusalar ve nekâhet dönemindeki hastalar akla gelmektedir. Ancak evde bakım dendiği zaman akla sadece hastalık bakımı gelmemelidir. Çünkü yaşam kalitesini ve genel sağlığı arttırmaya yönelik bakım politikaları geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu ise; bireylerin karşılaştıkları bakım, sağlık, beslenme, barınma, ulaşım, boş zaman değerlendirme vb. ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için uygun destek hizmetlerinin geliştirilmesi ile sağlanabilmektedir. Evde bakım hizmetleri hasta bakımı dışında daha birçok hizmeti kapsamaktadır. Bu hizmetler arasında aralıklı ve yarı zamanlı hemşirelik bakımı, fizik terapi, konuşma tedavisi, hastabakıcılık, sosyal hizmetler, meslek terapi, kişisel bakım, özel hemşirelik yaşlı bakıcıları, hayvan ve çiçek bakımı, eğitim, hasta bilgi işlem, sağlık tanıtımları, faturalama ve evde telemetri olarak sayılabilir. Evde bakım ürünleri ise oksijen tedavisi, tıbbi donanım, rehabilitasyon donanım, günlük yaşam yardımcı aletleri, tıbbi ve cerrahi malzemeler, ilaç tedavisi, eczacılık, beslenme, intravenöz donanım, diyaliz, işitme cihazları ve acil cevap sistemleri olarak sıralanabilir (Dan Lerman, 1987, 2).

Evde bakımın; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişiler arası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve entelektüel gelişim süreçleri üzerinde olumlu etkileri söz konusudur. Ayrıca aile bütünlüğünün

korunmasına, stresin azaltılmasına, bireyin alışık olduğu çevrede yaşamına devam edebilmesine, alışık olduğu hobi ve etkinlikleri sürdürebilmesine imkân tanımaktadır. İlk kez 1909 yılında, Amerika’da yaşam sigortası kapsamında, bakıma gereksinim duyan bireylere, bir hak olarak sunulan evde bakım, bugün, Amerika ve Avrupa ülkelerinin yanı sıra Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda, Japonya gibi ülkelerde yaygın bir bakım modeli olarak uygulamada işlerlik kazanmıştır (Danış, “Toplum Temelli Bakım Anlayışı”, <http://www.onceokuloncesi.com/makale-arastirma-ve-bilimsel-yazilar/toplum-temelli-bakim-anlayisi-25664.html> Erişim Tarihi; 18/12/2018)

Evde bakım desteği sayesinde insanlar, gerekli duydukları periyodik bakımlarını yaptırmak ve tedaviyi üstlenecek kişiyi seçme hakkına da sahip olmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin tarihi incelendiğinde, program ilk olarak 1947’de tıbbi, hemşirelik ve sosyal hizmetlerin sunulması amacı ile hastane destekli olarak başlatılmıştır. Ülkemizde ise 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Evde Bakım Hizmetleri’nin Sunumu Yönetmeliği’ne” göre oluşturulmuştur. Bu yönetmelikte EBH, hekim önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavide dahil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde sağlık bakımı ile sağlık hizmetlerinin sunulması şeklinde tanımlanmıştır (Önder ve ark., 2015, 343).

2.7. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ

Evde sağlık hizmeti sunmanın tarihsel gelişimini bireye sunulan en ilkel sağlık hizmeti olan doğumun evde mi yoksa hastanede mi olması gerektiği tartışmalarının yaşandığı Roma’dan başlayarak anlatmak yerinde olabilir. Roma’da doğumlar alet ve edavatlarını bir çantayla yanında getiren ebenin eşliğinde gebenin evinde gerçekleştirilmekteyken, bazı toplumlarda doğumun sadece aile için değil toplumun bütünü için kutsal ve önemli sayılmasından ötürü, doğumun günlük kullanımın olmadığı özel mekanlarda gerçekleştirildiği bilinmektedir (Elevli, 2012, 47).

İnsanlık tarihinde 19. yüzyılda yaşanan endüstri devrimi ile birlikte ortaya çıkan sosyal sorunlar ve en temelde yoksulluk öncelikle geniş çaplı sanayi hamlesinin ilk

ortaya çıktığı İngiltere ve Amerika'nın geleneksel toplumsal yapısında köklü değişikliklere neden olmuş, bu durum kentlerdeki yoksul, özürlü, hasta ve muhtaç bireylerin sayısının artmasına yol açmıştır. Bu dönemde yoksul ve muhtaç bireylere yardımda bulunma görevi, Amerika'ya İngiltere ve Avrupa'dan gelen göçmenlerin etkisi ile yerel yönetimlerin bir sorumluluğu olarak düşünülmüş, ancak nüfusun hızla artması sonucu; yoksul, hasta ve özürlü bireylerin sayısı giderek çoğaldığından, yerel yönetimlerin toplum adına yaptığı temel ihtiyaçları karşılamaya yönelik, bireysel düzeydeki barınak, para ve yiyecek yardımları zamanla yetersiz kalmaya başlamıştır. Bu yardımlarda savurganlığı önlemek amacı ile 19. yüzyılın ortalarında İngiltere ve ABD'de gönüllüler ve hayırseverlerin öncülüğünde yardım dernekleri kurulmuş, yardıma muhtaç yoksul, hasta, özürlü ve yaşlı bireylere yönelik hizmetler büyük bir hızla yayılmış, yapılan ev ziyaretleri yoluyla yardıma ve bakıma gereksinim duyan bireylerin sorunlarına çözüm bulunmaya çalışılmıştır. Dost ziyaretçiler (friendly visitor) olarak adlandırılan gönüllüler tarafından muhtaç durumdaki bireylerin evlerine gidilerek sağlanan bu yardımlar, aynı zamanda evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişim sürecinin başlangıcı olarak da kabul edilmektedir. (Danış, "Toplum Temelli Bakım Anlayışı", <http://www.onceokuloncesi.com/makale-arastirma-ve-bilimsel-yazilar/toplum-temelli-bakim-anlayisi-25664.html> Erişim Tarihi; 18/12/2018)

Ortaçağ Avrupa'sında evde sağlık hizmeti uygulamaları, sadece tıbbi alanda değil, sosyal hizmetler olan barınma, yemek, ev işleri vs. gibi hizmetleri de içermiş ve evde sağlık hizmetleri, hastalığın diğer insanlara geçmesini engellemek amacıyla yapılmıştır. Kentlerde yaşayan bakıma muhtaç ve hasta kişiler hastanede bakım için gerekli parayı bulamadıklarından 19. Yüzyılın sonlarında evde tedavi edilmeye ve desteklenmeye gereksinim duymuşlardır. 20. Yüzyıla girilirken kentleşmedeki hızlı artışla beraber şehirdeki yaşayan yoksul insan sayısı artmış, bu durum sosyal koşullardaki bozulmaya yol açmıştır. Sonucunda evde bakım ve desteğe olan ihtiyaç artmıştır. Bu dönemde İngiltere'de bakıma muhtaç olan çocuklar ve yaşlılar bakımevlerine yerleştirilmişler, eğitilmiş ev ziyaretçileri yoluyla evde bakım hizmeti verilmesi için kurumsallaşma çalışmaları başlamıştır (Yılmaz, 2010, s;125-126).

Evde hasta bakımı yolu benimsenmesine rağmen, dini kuruluşlar dışında evde hasta bakımı hizmeti gerçek anlamda 1859 yılına kadar yapılamamıştır. Bu tarihte

gerçek anlamda hemşirelik hizmeti William Rahbnoe adlı bir İngiliz antropoloğun evinde eşine bir hemşire tarafından verilen hizmetten etkilenecek fakir hastalar için gönüllü bir hemşire servis hizmeti ile oluşturulmuştur (Elevli, 2012, s;47). Mary Robinson, Liverpool’da evde hasta bakımı veren ilk ziyaretçi hemşiredir. Robinson ev ziyaretleri sırasında sadece hasta bakımı yapmamış aynı zamanda, aile bireylerine evde hasta bakımı ve genel hijyen kuralları da öğretmiş, böylece İngiltere’de bölge hemşirelik sisteminin temeli atılmıştır.

Evde bakım hizmetlerinin öncülerinden olan Floranse Nigtingale hasta kişilerin bakımı ile görevlendirilecek olan kadınların özel olarak eğitilmesini önermiş ve eğitilmiş kadınların hastanelerde, bölgelerde ev ziyaretleri gerçekleştirecek özel hemşire olarak görevlendirilmeleriyle ilgili bir plan sunmuştur. Bu öneri üzerine 1862 yılında Liverpool’da evlerde hasta bakımı gerçekleştirecek ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1,5 yıllık eğitim veren ilk okul açılmıştır. 20. yüzyıl başlarında ziyaretçi hemşireler, çalışmalarına koruyucu bakım hizmetlerini de eklemişlerdir. Onların görevlerinin artmasıyla ev ziyaretlerine öğretmenler ve sosyal görevliler de katılmaya başlamıştır. Endüstrileşme, savaşlar, ekonomik krizler gibi sosyal faktörler evde bakım hizmetlerinin gelişmesini hızlandırmıştır (Elevli, 2012, 48, Yılmaz vd., 2010, 127).

Toplumun çoğunluğu hızlı şehirleşmenin getirdiği sağlık sorunlarının çözümü için hemşirelere yönelmiştir. 1924 - 1954 yılları arasında hastanede bakım alma popüler hale gelmiştir. Fakat kronik hastalıklar ve yaşlı nüfusun hızla artması, hastane hizmetlerinin maliyetlerinin yükselmesi, evde bakım hizmetinin daha düşük maliyetli daha uygun bakım ortamı sunması, 1950’lerin ikinci yarısında hızla yaygınlaşmaya başlamasına yol açmıştır. 1982 yılında Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuştur. Birliğin günümüzde de geçerliliğini koruyan misyonu; evde bakım ve hospis hastaları için bakım kalitesini geliştirmek, bakım vericilerin haklarını korumak, tüm evde ve hospislerdeki bakım veren bakıcı personeli etkili şekilde temsil etmek ve evde sağlık bakımının merkezine yerleştirmektir (Selek Öz, 2010, 67).

Evde bakım hizmetleri Avrupa ülkelerinde ise tarihsel olarak informal bakım (çoğunlukla aile bireyleri tarafından) ve gönüllü kuruluşlar ya da kilise tarafından yürütülmüştür. 19. yüzyılın sonlarına doğru devletin sağlık ve sosyal hizmetlere olan

yatırımları artmış olsa da evde bakım ile ilgili bir yatırımı bulunmamakta idi. 20. yüzyıl başlarında, yaşlılara, engellilere ve akıl hastalarına geniş ölçekli kurumlar ve hastanelerde hizmet sunulması anlayışı egemen olmuştur. 1960'lara kadar hastanelerde yaşlıların uzun dönemli olarak işgal ettikleri yatak sayısını azaltmaya yönelik girişimler olmuştur. 1960'lardan itibaren tıp ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelere paralel olarak ise evde bakım hizmetleri hızla gelişmeye başlamıştır. (Selek Öz, 2010, 69).

Tarihsel gelişimden de görüldüğü üzere evde bakım hizmetleri sadece sağlık hizmetlerini içermemekte, aynı zamanda sosyal hizmetleri de kapsamaktadır. Avrupa'daki evde bakım hizmetleri programları da ABD'ye kıyasla bireylerin psikososyal sorunları ve sosyal hizmetler boyutunda daha önem vermiştir. Danimarka'da başlatılan Avrupa'daki en geniş ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunu için örnek model olmuştur. 1937 yılında başlatılan, dört coğrafi bölgede uygulanan 6 yıllık bir pilot çalışmanın sonuçlarının, ev ziyaretinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi, evde bakımın ve ev ziyaretlerinin öneminin artmasında büyük rol oynamıştır (Yılmaz vd., 2010, 126).

Evde bakım hizmetinin 1800'lerde Amerika'da başlaması ve giderek organize bir hizmet şeklinde devam etmesinden sonra evde bakım hizmeti yayımlanmıştır. Bugün günümüzde Kanada, İngiltere, Hollanda, Belçika, Danimarka, Fransa, İspanya, İtalya, İrlanda, Yunanistan, Lüksemburg, Japonya, Endonezya, Portekiz, Suudi Arabistan gibi Avrupa topluluğuna üye olan her ülkede evde bakım uygulamalarına rastlamak olasıdır. Bu ülkeler genelde yaşlı nüfusun fazla olduğu, özürlülük düzeyi yüksek gelişmiş ülkelerdir. Ancak evde bakım hizmetlerinin tam anlamıyla belirli bir düzen içinde verildiği ülke sayısı kısıtlıdır (Çavuş, 2013, 47).

2.8. EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN ARZ VE TALEBİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Her ne kadar geçmiş, değişim dinamikleri ve bunlarla ilişkili politikalar Avrupa içinde farklılıklar gösterse de, hemen hemen tüm ülkeler, evde bakım hizmetine olan arz ve talep ile bu hizmetin sağlanmasında çeşitli demografik, sosyal, teknolojik, epidemiyolojik ve politik güçlüklerle karşı karşıya kalır.

Şekil 1: Evde bakım hizmetleri arz ve talebini etkileyen faktörler

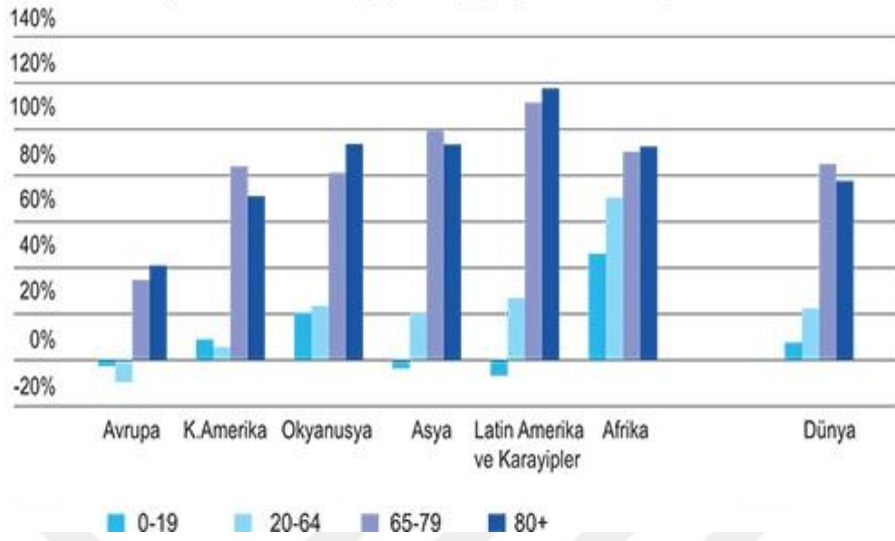


Kaynak: Rosanna Tarricone & Agis D. Tsouros; "The Solid Facts: Home care in Europe - WHO/Europe - © World Health Organization 2008, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf

2.8.1. Demografik değişimler

Demografik değişimler evde bakım hizmetine olan ihtiyacı giderek önem kazandırmaktadır. Özellikle yaşlı ve çok yaşlı insanların oranının artması, buna paralel olarak doğurganlığın düşmesiyle çocuk, genç ve yetişkin insanların oranı ülkeden ülkeye farklılık gösterse de, yine de düşüşler gözlenmektedir. Bu oranlar ülkeden ülkeye farklılık gösterse de, yine de oranlarda düşüş yaşanacaktır. Bu da giderek yaşlanan bir nüfus profiline, ve bakıma muhtaç insan oranında bakıcı sayısının düşmesine sebep olacaktır. Her ne kadar günümüzde bireyler, eskiye kıyasla daha yaşlıyken bakıma muhtaç hale geliyor olsa bile yaş ilerledikçe evde bakım hizmetine duyulan ihtiyaç daha da artmaktadır. Bunun yansısı hastalıkların önlenmesine yönelik gelişmeler, yaşam standartlarının yükselmesi ve kişisel bakım alanındaki gelişmeler gereken destek miktarını ve kişinin ne derece bakıma muhtaç olduğunu etkilemektedir.

Şekil 2:2010 – 2030 yılları arasında bölgeye ve yaşa göre nüfus artışı



Kaynak: Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Departmanı (UNDESA)
<http://www.sigortacigazetesi.com.tr/uzun-sureli-bakim-sigortasi/> (Erişim Tarihi; 23/12/2018)

2.8.2. Sosyal değişim

Sosyal tutum, değer ve davranışların değişmesi evde bakım hizmetine duyulan talebin giderek artmasına sebep olmaktadır. Geleneksel büyük aile gruplarının, kentsel bağlamda daha ufak çekirdek birimlere dönüşmesi, bakıma muhtaç kişiye bu hizmeti sağlayacak kişi sayısını azaltmıştır. Bunun yanında, kadınların iş hayatına katılması giderek artmış ve kadınların kariyer imkânları ile iş ücretlerinin geliştirilmesine daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. Kadınların işgücü piyasalarına katılımının teşvik edildiği ve işgücü politikalarının kadının aktif katılımını arttırmayı planladığı ülkelerde bu durum, gerek formel gerekse enformel bakım hizmetlerinin uygulanmasında önemli sonuçlar doğurmaktadır (World Health Organization 2008, 3 <http://docplayer.biz.tr/1427632-Somut-gercek-avrupa-da-evde-bakim-hizmetleri.html> Erişim Tarihi; 11/12/2018).

2.8.3. Epidemiyolojideki Değişiklikler

Kamu sağığındaki gelişmeler ve toplum sağığı düzeyinin bilinçlenerek artması, epidemiyolojik değışiklikleri de beraberinde getirmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların artması, evde bakım hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmuştur. Bireyler kurum içerisinde sunulan bakım hizmetlerinin yerine evde bakım, hizmetlerini tercih etmektedir. Hastalıkların düzeyindeki değışiklikler ve sunulan bazı hizmetler ile evde sunulan tedavi ve desteğinin etkili olabileceğı daha fazla fark edilmeye ve anlaşılmaaya yol açmıştır.

2.8.4. Bilimsel ve Teknik Yenilikler

Bilim ve teknolojiadaki gelişmeler (gerek medikal gerek medikal olmayan gelişmeler) evde bakım hizmetine duyulan arz ve talebi etkilemektedir. Tıbbi ilaç, cihaz ve cerrahi teknolojiler de dâhil olmak üzere tıp alanındaki gelişmeler, ortalama yaşam süresini uzattığı gibi, hayatı birçok ihtiyaçla dolu olan engellilerin, yaşlıların ve çocukların hayat standardını da yükseltmiştir. Basit ev modifikasyonları (uygun tuvaletler, duş ve banyolar, kaldırma ekipmanları gibi), konutların engelli insanların ihtiyaçlarına göre ayarlanması olanağı sağlamıştır. Tıp alanındaki teknolojinin gelişmesi ve teknolojik yenilikler, evlerinde hizmet almak isteyen nüfus gruplarına (bakıma muhtaç kişi, çocuk, engelli, yaşlı) bir çok olanak ve çözüm sunmaktadır.

2.8.5. Tutum ve Beklentilerdeki Değişiklikler

Hizmetlerin organizasyonu ve sağlanması hususunda vatandaşın sesi, beklentileri ve tercihleri giderek yükselmektedir. Bazı durumlarda, özellikle de evde bakımda, kullanıcı hakları ve salahiyet söylemi, kişiselleştirilmiş ve duruma göre uyarlanmış çözümler üzerinde durmakta ve kişinin seçiminin, kontrol sahibi olmasının ve hizmetlerin maddi olarak karşılanması ve tedarikinde otonom olmasının önemine dikkat çekmektedir. Toplum, hizmetlerin kültürel duyarlılığa sahip olması ve etnik azınlık gruplarının ihtiyaçlarına cevap vermesi gerektiğini düşünmekte ve bu da evde bakımın sağlanmasında daha fazla talep doğurmaktadır (Sağılıklı Kentler

Birliği, 2013 <http://docplayer.biz.tr/1427632-Somut-gercek-avrupa-da-evde-bakim-hizmetleri.html> Erişim Tarihi; 11/12/2018).

2.8.6. Politik Öncelikler ve Tercihler

Tüm ülkelerin sağlık harcamalarındaki artış, gayri safi yurtiçi hâsıladaki artıştan daha fazla olmuştur. Özellikle kamu harcamaları üzerinde artan bir baskı olduğu konusunda endişeler bulunmaktadır. Bu durum bir takım öncelikleri ve politika değişikliklerini beraberinde getirmiş, evde bakım hizmeti üzerinde baskı oluşturmaya başlamıştır. Toplumun geneli için ev odaklı çözümlerin daha yararlı olacağına yönelik bir siyasi görüş hakimdir. Ev tabanlı çözümlerin sadece sosyal, sağlık ve duygusal faydaları için değil, kamu harcamalarını düşüreceğinden dolayı da büyük önem kazanmıştır ve önerilmektedir.

2.9. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN AMAÇ VE KAPSAMI

Evde bakımın genel hedefi; “Kişilerin bağımsızlığa ulaşmaları ve yaşam kalitelerini geliştirmeleri veya devam ettirmeleri amacıyla hizmeti alanlar için en iyi alternatif olduğu görüşüne dayanmaktadır. Bu hizmetlerin hedefinde yaşam kalitesini artırmak, hizmeti alanların iyi olma durumunu en üst düzeyde korumak ve sürdürmek vardır. Evde bakım, hastane bakımı ile karşılaştırıldığında, en etkili bakım türü olarak kabul edilmekte olup evde kalmak, kendi içinde olumlu bir amaç olarak düşünölmektedir. Kalan yaşamı değerli kılmak için fiziksel ve zihinsel rahatlık sağlamak ve günlük yaşam etkinliklerini yapabilmesine olanak sağlamak diğer amaçlarıdır (Yaşar, 2009, 32)

Evde bakım çeşitli hedefleri, içeriği ve beklenen sonuçları ile heterojen bir kavramdır. Literatürde bir olgu olarak evde bakımın amacı; müracaatçıların yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek, normal sağlığı devam ettirebilmek ve bağımsızlık sağlamaktır. İçerikleri, üç farklı eylem açısından anlaşılabilir; önleyici faaliyetler ve değerlendirmeler, fizikselden psiko – sosyal ve bilişsele uzanan bireysel ihtiyaçlarla ilgili bakım, eylem ve değerlendirmeler ve uygulama ve takiptir. Beklenen sonuçlar, fiziksel ve psiko – sosyal sağlık durumunda önemli gelişmeler yaratmak, yaşam

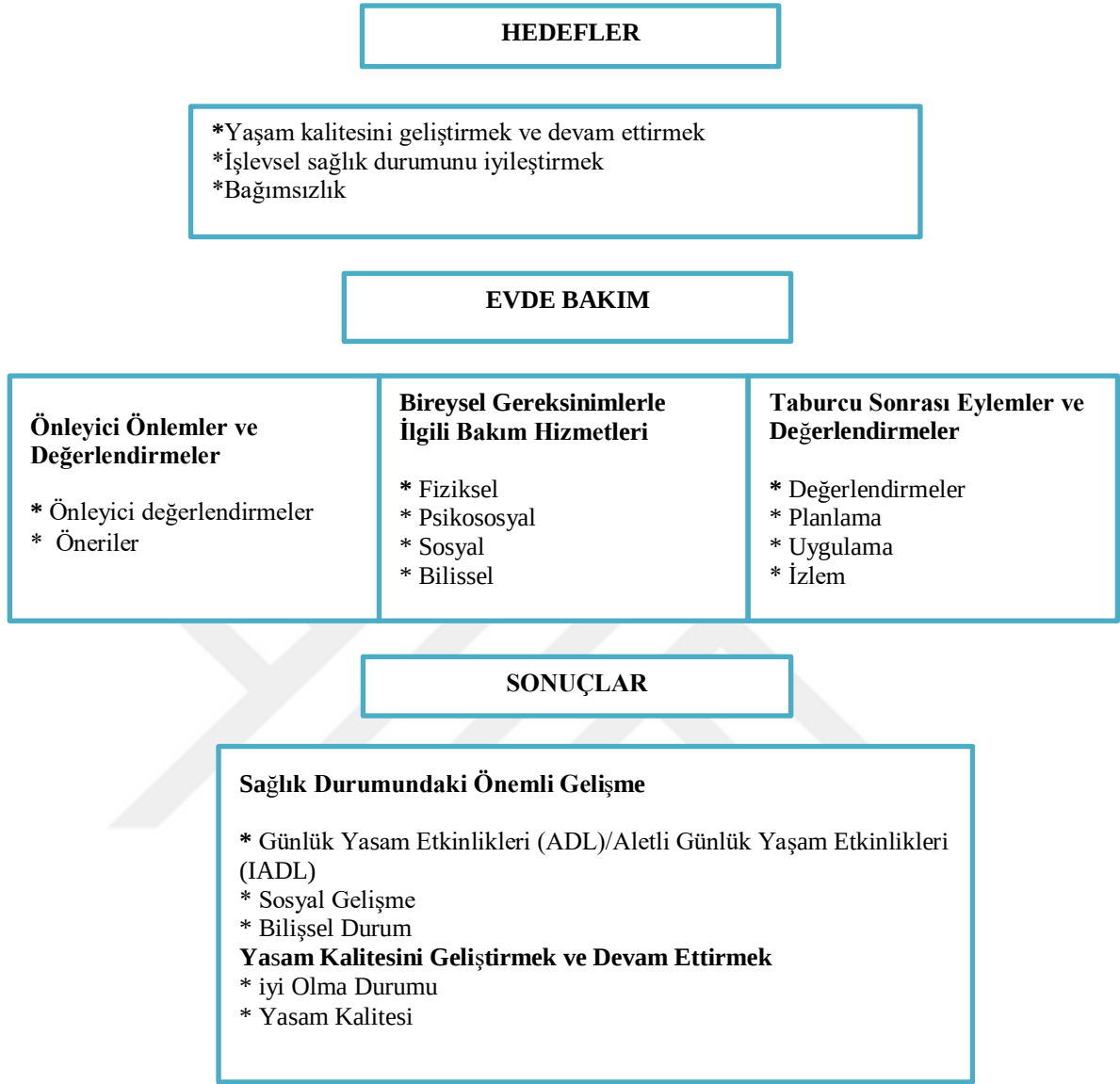
kalitesini geliştirmek ve devam ettirmektir. Böylece nihai hedef sadece yaşam kalitesine katkıda bulunmak değil, hastane bakımının önüne geçmek ve bunu engellemektir (Hallberg ve Kristensson, 2004, 113)

Evde bakım hizmetlerinin amacı, hizmetten yararlanan bireylere kaliteli, ihtiyaa uygun ve düşük maliyetli bakım hizmetleri sunarak, onların bağımsızlıklarını sağlamak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve bakıma muhtaç bireyin ihtiyaçlarını karşılayarak aileyi desteklemek, ailenin ve aile üyelerinin işlevselliğine katkı sağlamaktır.

Hedeflerin bir kısmı bakım alanların, bir kısmı da toplumun ve sağlık bakım sisteminin yararınadır. Evde bakımın genel hedefi olan, evde bakım alanların çıkarları; “hastaların bağımsızlığa ulaşmaları ve yaşam kalitelerini geliştirmeleri veya devam ettirmeleri amacıyla hizmeti alanlar için en iyi alternatif olduğu” görüsüne dayanmaktadır. Bu hizmetlerin hedefinde; yaşam kalitesini artırmak, hizmeti alanların iyi olma durumunu en st düzeyde korumak ve sürdürmek utkusu bulunmaktadır. Evde bakım, hastane bakımı ile karşılaştırıldığında, en etkili bakım türü olarak kabul edilmekte olup, evde kalmak, kendi içinde olumlu bir amaç olarak dşnlmektedir. Kronik hastalığı olanlar için evde bakımın hedefleri açıkça tanımlanmıştır. Ancak, son dönemdeki hastalar için hedefler, terminal dönemin etkilerine rağmen, kalan yaşamı değerli kılmak için fiziksel ve zihinsel rahatlık sağlamak ve hastaların büyük bölümünün yeğlediği gibi ölümün ev ortamında gerçekleşmesini sağlamaktır. Evde bakımın diğer bir hedefi, hastanın günlük yaşam etkinliklerini yapabilmesine olanak sağlamaktır (Thome, Dykes ve diğerleri, 869, 2003)

Evde bakım hizmeti sadece sağlık bakımı değildir. Evde bakım ayağı olan dinamik bir kavramdır. Bunlar; tıbbi hizmetleri kapsayan sağlık bakımı hizmetleri, sosyal hizmetlerle bütünleşen sosyal bakım hizmetleri ve toplumun değerleriyle örtüşen manevi bakım hizmetleridir. Bu üç unsurdan bir tanesinin eksik olması hizmetin verimliliği ve kabiliyetini zayıflatmaktadır (Genç ve Barış, 2015, 49).

Şekil 3: Evde bakımın hedefleri, içeriği ve sonuçları



Kaynak: Thome, B., Dykes, A-K., Hallberg, R.I. (2003). “Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review”, Journal of Clinical Nursing 12, pp: 869

Uluslararası düzeyde evde bakım hizmetlerinde anlaşmaya varılmış asgari veya temel bir hizmet listesi yoktur. Bu nedenle her ülke kendi olanakları ve sosyokültürel dinamikleri açısından aralıklı olarak yenileyebildiği bir hizmet listesi oluşturmuştur. Evde bakım hizmetlerinin kapsamı konusunda alınacak kararın çok dikkatli alınması ve topluma oldukça anlaşılır biçimde açıklanması gerekmektedir. Toplamlar gereksinimlerin karşılanmasında, ekonomik koşulların dikkate

alınmasında, kişisel ve topluluğa ait tercihlerde, hizmet alanın ve bakıcının hareketlilik olanağında ve ulaşım olanaklarının sağlanabilirliğinde alternatif yolların göz önüne alınmasını isteyebilirler (Çoban ve Esatoğlu, 2004, 14).

Ülkelerde evde bakım hizmetleri oluşturulurken durum tespiti yapmaya yönelik bazı sorular belirlenmiştir ve bu soruların, evde bakım hizmetlerinin organizasyonunun kabul edilebilirliğinin, verilecek hizmetin etkinliğinin ve başarısının artırılması için cevaplandırılması gerekmektedir. Ancak ülkeler, evde bakım hizmetleri konusunda, uygun politika ve programların geliştirilmesine yönelik rehber niteliği taşıyan bu sorular ve içerikleri üzerinde değişiklik yapabilmektedirler. Sorulardan bazıları (Çoban ve Esatoğlu, 2004, 14);

- Var olan olanaklar, evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinde nasıl kullanılabilir?
- Elde edilebilir kaynaklar, nasıl tanımlanabilir ve üst seviyede bir gelişme sağlamanın başlangıç noktası olarak ne şekilde kullanılabilir?
- Evde bakım politikaları için bir temel oluşturmaya yönelik yapılacak araştırmalar uygulamada nasıl kullanılabilir?
- Evde bakım hizmetleri hakkında hem hizmet alanların hem de hizmet sunanların görüşlerinin alınmasını sağlamak için hangi mekanizmalar geliştirilebilir?
- Kamuoyu, evde bakım hizmetleri konusunda nasıl harekete geçirilebilir?
- Hükümetin, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ve kalitesinin ölçümünde rolü nedir?
- Evde bakım hizmetlerinde eşitlik ve kalite nasıl geliştirilebilir?
- Evde bakım hizmetlerine ulaşılabilirlik ve devamlılığının sağlanması için neler yapılabilir?
- Evde bakım ve kurumsal bakım (hastanede bakım) arasındaki denge nasıl sağlanabilir?
- Yerel, bölgesel ve ulusal düzeylerde evde bakım hizmet sunumları, sağlık sistemlerine nasıl uyarlanabilir?
- Hangi stratejiler en alt düzeyden en üst düzeye politika gelişimine katkı sağlayacaktır?
- Toplumsal organizasyon, karşılıklı bakım veya destek hangi yollarla

kolaylaştırılabilir?

Dünya Sağlık Örgütü'nün Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 raporunun tamamında, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olarak yardıma ihtiyacı olan bütün yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakımı üzerine vurgulama yapılmıştır. Evde bakım hizmetleri özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır. Bunlar; (Karahan ve Güven, 2002, s;156)

1. Evde bakım, tıbbi bakım hizmetlerinin verilmesi yanısıra, bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır.
2. Evde bakım kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet içerikleri birbirinden farklı olabilmektedir.
3. Farklı meslek alanlarında ki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım (formal care) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (informal care).

Evde bakım çok geniş bir hizmet olduğundan farklı alanlarda, bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasına olanak sağlar. Toplumlar gereksinimlerin karşılanmasında, ekonomik koşulların dikkate alınmasında, kişisel ve topluluğa ait tercihlerde, hizmet alanın ve verenin hareketlilik olanağında ve ulaşım olanaklarının sağlanabilirliğinde alternatif yolların göz önüne alınmasını isteyebilirler.

Evde bakım hizmetleri kapsamında, uzmanlık düzeyinde sunulan evde bakım hizmetleri genel olarak şu şekilde sınıflandırılmıştır (Oğlak, 2007, 101);

1. **Hemşirelik Hizmetleri;** Bireyin evine düzenli veya belirli aralıklarla uzman hemşirelerin ziyaretleri ve evde hemşirelik hizmetleri
2. **Destek Sağlık Hizmetleri;** Psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve meşguliyet tedavisi gibi bireyin hareketini ve evde birine muhtaç olmadan yaşamasına yardım edecek hizmetler
3. **Gündüz/Gece Bakımı;** Gündüz/gece bakım merkezlerinde bakıma muhtaç bireye gereksinimine uygun hizmetler
4. **Kişisel Bakım (Öz Bakım);** Bakıma muhtaç bireyin banyo yaptırılması, giyinmesine yardım vb. gibi günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardımcı olacak hizmetler.
5. **Ev İşlerine 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.

6. **Sosyal Destek;** Bireyin alışverişine yardım, randevularına götürülmesi, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesini sağlayacak hizmetler
7. **Gıda ve Beslenme Hizmetleri;** Evinde yemek hazırlama ve pişirme işlevini yerine getiremeyenlere evlere yemek dağıtım hizmetleri, sağlık eğitimi vb.
8. **Danışmanlık Hizmetleri;** Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile bireyin istek ve şikayetlerinin ele alınacağı hizmetler
9. **Bakıcılar İçin Destek Hizmetler;** Evde bakımı sunan aile bireyleri veya para karşılığında hizmet sunan bakıcılara sağlanan hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler, iki şekilde verilmektedir. Birincisi; Geçici Bakım (Respite care) ; Bakıcıların belirli dönemlerde dinlendirilmesi yada 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.

Yine evde bakım hizmetleri, verilen hizmetin amacına yönelik olarak da sınıflandırılmıştır (Turan, 2008, 15):

1. **Evde Koruyucu Bakım:** Bireyin mevcut hastalıklarına ikincil yeti yitimi gelişmeden önce yapılan müdahalelerle komplikasyon gelişmesinin önlenmesidir.
2. **Evde Tanı Koyucu Bakım:** Hastaneye gelemeyen, düşkün, tedaviye uyumu düşük, ruhsal sorunları olan vb hastaların muayene ve tanılarının ev ortamında yapılmasıdır.
3. **Evde Tedavi Edici Bakım:** Hastanede yatış sürelerini kısaltmak amaçlı

yoğun bakımdan doğrudan eve göndermeye yönelik veya tıbbi durumu nedeniyle yoğun tedavi edici hizmetlere gereksinim duyan, fakat bunu ev ortamında almak isteyen kronik hastalara yönelik verilen hizmetlerdir. Tıbbi yaşam destek cihazları vb gibi donanımlar ileri teknoloji gerektirdiğinden hasta açısından maliyeti yüksek olabilir. Genellikle hastane merkezlidir ve evde verilen hizmetler, taburcu eden hastane tarafından karşılanır.

- 4. Evde Rehabilitasyon Edici Bakım:** Bireyin mevcut tıbbi durumu nedeniyle kaybettiği yaşamsal yetileri en kısa sürede yeniden kazanmasına yönelik girişimlerle, bireyin bağımsızlığı ve sosyo-ekonomik yaşama en kısa sürede dönmesi amaçlayan hizmetlerdir.
- 5. Evde Uzun Süreli Bakım:** Kronik hastalıkların ve sakat bireylerin özürsüzlük hali geliştikten sonra ihtiyaçları olan bakımın sağlanmasıdır. Tıbbi veya sosyal hizmet ağırlıklı olabilir. Sıklıkla günlük yaşam aktivitelerine yönelik sosyal desteği içerir.
- 6. Evde Hospis Bakımı:** AIDS, kanser vb. hastalıklar nedeniyle yaşamlarının nekahet (terminal dönem) dönemlerinde olan hastalar için evlerinde yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik girişimlerdir. Tedavi edici olmaktan çok palyatif önlemlerdir. Hastanın sağlık sorunu sonucunda ortaya çıkan sorunları gidermeye yöneliktir.

Bu hizmet türleri her evde bakım hizmeti esnasında kullanılamayabilir veya ihtiyaç olmayabilir. Ancak bu alanda verilebilecek hizmetler bu kapsamda değerlendirilir. Bakım ünitesi bu hizmet türlerinin hepsini kapsayacak şekilde bir donanıma sahip olmalıdır. Evde bakım aynı zamanda önleyici hizmetleri de kapsayan çok yönlü uygulamalar bütünüdür (Yaşar ve Genç, 2015, 51)

Evde bakım hizmetleri sunulan hizmetin süreleri açısından ise kısa süreli ve uzun süreli evde bakım hizmetleri olarak sınıflandırılmıştır.

1. Kısa Süreli Evde Bakım Hizmetleri

Bu hizmetlerin temel hedefi tıbbi bakım ve rehabilitasyon gibi, bireyin en kısa sürede kendi kendine yetebilecek duruma gelmesini sağlayacak hizmetlerin bireyin evinde sağlanmasıdır. Bu hizmetler hekimlik, hemşirelik hizmetleri, meşguliyet tedavisi, fizik tedavi, ayak bakımı, beslenme ve sosyal hizmetlerin verilmesini içermektedir. Aynı zamanda bu hizmetlerle birey merkezli olup, yeniden

sağlığına kavuşması, sağlık düzeyinin yükseltilmesi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile ailesi ve kendisine sağlık sorunlarıyla baş edebileceği temel becerilerin kazandırılmasını sağlayacak birçok disiplini kapsayan hizmetlerle bir bütünlük içinde verilmektedir. Kısa süreli evde bakım, hekimlik, hemşirelik hizmetleri, meşguliyet tedavisi, ayak bakımı, fizik tedavi, beslenme ve sosyal hizmetlerin verilmesini içermektedir (Elevli, 46-47).

2. Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri

Uzun süreli evde bakım hizmetlerinin hedefi, bakım hizmetlerine sürekli olarak gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve özürllülerin sağlığını korumak, bakıma muhtaçlık derecesinin daha da artmasını önlemek, hastalık ve özürllülüğün ortadan kaldırılamadığı durumlarda olabildiğince bağımsız yaşamayı sağlayacak eğitim ve beceriler kazandırmak ve profesyonel anlamda kaliteli bakım hizmetleri sunmaktır (Elevli, 2012, 46-47).

Evde bakım hizmetlerinin kapsamında verilen hizmetleri aşağıdaki gibi tablolaştırmak mümkündür

Tablo 3:Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetler

HİZMET TÜRÜ	KAPSAMI
EV İDARESİ	Ev temizliği, çamaşır – bulaşık yıkama, yemek hazırlama, alışveriş yapma faturaların ödenmesi gibi yardımcı günlük yaşam aktivitelerini destekleyen hizmetleri içermektedir (IADLs)
KİŞİSEL (ÖZ) BAKIM	Banyo, tuvalet, tırnak kesme, traş olma, giyinme, soyunma, yemek yeme, gibi günlük yaşam aktivitelerine yönelik destek hizmetlerdir (ADLs)
HEMŞİRELİK VE SAĞLIK BAKIMI	Sağlık düzeyini optimum seviyeye ulaştırmak için bakıma muhtaç kişiye uygulanacak bakımın değerlendirilmesi planlanması ve ileri teknoloji gerektiren uygulamalar için bakım alacak kişiye ve ailesine bakım süreci ile ilgili bilgilendirmeye yönelik hizmetleri içermektedir. Bu hizmetler yara bakımı, kolostomi ve kateter bakımı, intravenöz tedavi, diyaliz vb. bakım planlaması, hemşirelik değerlendirmesi Hemşirelik
İLAC TEDAVİSİ	Her türlü ilacın kullanımı aşamasındaki destek hizmetlerdir
REHABİLİTASYON	Fizyoterapistler veya hemşireler tarafından hareketlerin yeniden kazandırılması veya geliştirilmesine yönelik hizmetleri içermektedir. Bunlar hareket programları, fizik tedavi egzersizleri, barsak eğitimi v.b
PALYATİF BAKIM	Hayatının son günlerini rahat geçirmesine yönelik sunulan hizmetlerdir
BAKIM YÖNETİMİ	Bakım sürecine ilişkin olarak bakımın planlanması değerlendirilmesi düzenlenmesi bakım ekipmanlarının sağlanması gibi bakım sürecine ilişkin hizmetleri içermektedir

2.10. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN GEREKLİLİĞİ VE ÖNEMİ

Evde bakım hizmetlerinin amacı insanların sağlık ve sosyal ihtiyaçlarını, evinde uygun ve yüksek kaliteli sağlık hizmeti sağlayarak resmi ve gayri resmi bakıcılar tarafından, bakım ve sosyal hizmetlerin desteğiyle, teknolojiyi ve zamanı dengeli kullanarak uygun fiyatlı olmasını hedeflemektedir (World Health Organization Europe, Home Care in Europe, s.1, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf Erişim tarihi; 29/01/2019).

Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfusun, toplam nüfusa göre oranının artışı ile yaşlılığa özgü fiziksel, duygusal, bilişsel ve fonksiyonel sorunların artması, kronik hastalıkların toplum sağlığında öneminin artıyor olmasını beraberinde getirmektedir. Kronik hastalıkların yarattığı özürllülük durumu, ileri yaş grubu başta olmak üzere kronik hastalıklardan muzdarip tüm hastalarda bakım sorununu ortaya çıkarmıştır (Turan, 2008, 12-14)

Sosyo-demografik değişim ve hareketlilik eğilimleri evde bakım ihtiyaçlarını etkilemektedir. Geleneksel geniş aile grubu ve kentleşme gibi diğer sosyolojik eğilimler bu durumu karmaşıktırabilir. Aile grupları, yaşlı ve özürllü aile üyelerinin bakımında kırsal kesimdeki yaşayanların birbirlerine daha bağlı olduğu görülmektedir. Kentsel topluluklardaki küçük aile birimleri, sınırlı yaşam alanı ve genç nesillere sık iş taahhütleri nedeni ile ailelerinden uzakta yer alırlar. Tüm bu faktörler günümüzde ve gelecekte hükümetlerin her bir kademesine önemli sorumluluklar yüklemekte ve olası ek bakım ihtiyaçlarını ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle gelecek nesillerin ihtiyacının artmasıyla evde bakım hizmetinin önemi daha da artmaktadır (World Health Organization Europe, Home Care in Europe, s.1, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf Erişim tarihi; 29/01/2019).

Gerek bakım alan, gerekse bakım veren açısından yük getiren evde bakım süreci, özellikle profesyonel ellerde, ulusal düzeyde belirli bir sistem içerisinde yürütüldüğünde bakım süreci içindeki tüm taraflar için olumlu olacağı düşünülmektedir. Evde bakımın önemini en iyi ortaya koyacak olan şey ona duyulan gereksinimdir.

Evde bakım hizmetlerinin tercih edilmesinin nedeni, gereksinim olduğu anda profesyonel sağlık ekibi üyelerinin hasta ve ailesine kendi ev ortamlarında sağlık hizmetini sunabilmesidir. Böylece hasta ve aile kendi ortamlarında takip edilecek ve ekip üyeleri onların gereksinimi olduğu sürece yanlarında olacaktır. Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiği için ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Yaşlının sağlık durumu ve bakım gereksinimlerine göre hekimler, hemşireler, ev ekonomistleri, eczacılar, sosyal çalışmacılar, psikologlar, fizyoterapistler, konuşma terapistleri, uğraşı terapistleri gibi farklı meslek grupları bakımda rol alır. Tedavinin bir parçası olarak aile üyelerinin ve bakım sunulan bireyin bu plana katılması planın etkililiğini artırır. Evde bakımın yaygınlaşmasında, evde bakım hizmeti veren klinisyen, hemşire ve sağlık personeli sayısının artmasına, teknolojik gelişmelere ve sağlık sigortalarının evde bakım hizmetlerini desteklemeleri önemli rol oynamaktadır (Özer ve Şantaş, 2012, 97-98)

2.11. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI

Evde bakım hizmetleri hem yeni hem de kamusal bakıma alternatif bir hizmet türü olarak birçok avantajın yanı sıra dezavantajı da beraberinde getirmektedir. Evde bakım hizmetlerinin avantajları şu şekilde sıralanmaktadır;

Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları

- Evde bakım hizmetleri bireylerin kaliteli yaşam sürmelerini sağlamaktadır.
- Bakıma muhtaç engelli, yaşlı ve hasta insan onuruna ve haysiyetine yaraşır bir yaşam sürmeleri için gerekli olan yaşam standartlarını sağlar
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda kurumsal bakım hizmetlerine alternatif bir hasta bakımı sağlamaktadır.
- Bakımı muhtaç engelli, hasta veya yaşlı bireyleri daha özgür olmalarını ve kendi otonomisinde olma şansı sağlar
- Evde bakım hizmetleri hastanelerde gereksiz kalış sürelerini önüne geçerek, hastane maliyetlerini önemli ölçüde azaltmaktadır.
- Bazı bireylere ulaşmanın tek yolu evde bakım olmaktadır.

- Hastaların kendi kurallarına değeri verilir (Özer ve Şantaş, 2012, 97-98)
- Hasta bireylerin, kendi alıştığı ortamda bakılması ve çevresiyle iletişiminin olması hızlı iyileşmelerini sağlamaktadır. Evinden çıkarılıp hastaneye konan hastanın, hastanede oynadığı hasta rolünün iyileşmeyi geciktirdiği düşünülmektedir
- Kişinin ait olduğu sosyal çevreden kopmasını engeller. Kişi, komşuluk, akrabalık ilişkilerine alışık olduğu şekilde devam eder. Yakınları ile birlikte kalan yaşlının ailesinden kopmasını önler
- Uygunsuz hastane kullanımını azaltır, hastaneye başvurularda, hastanede kalış sürelerinde ve hastane enfeksiyonlarında azalma gözlenir.
- Hastane kalış süresini kısaltması, yatış ve/veya ameliyat sırası bekleme sürelerini kısaltır.
- Hastaların evde bakım maliyetleri, kısa ve uzun süreli bakımlarında hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşük olması hem hastalar hemde hastaneler ve diğer ödeme yapan kurum veya kişiler için önem arz etmektedir.
- Tıp alanındaki teknolojik gelişmeler kullanım kolaylığı ve emniyetli olan aletlerle evde bakım hizmetleri çeşitlenmiştir. Bireylerin evlerinde tedavilerine devam etmesi kolaylığı sağlamaktadır.
- Kişilere, tanıdan iyileşmeye kadar geçen sürede kesintisiz sağlık hizmeti sunulmasını sağlar.
- Evde bakım, hastaların özerkliğini ve özgürlüğünü koruduğu gibi elde edebilecekleri en yüksek özgürlük seviyesine izin verir.
- Evde bakım veren personel ile hasta arasında daha sıcak ve samimi bir ilişki kurulmasını sağlayarak, hizmet sunan uzman bakımcıların stres faktörlerini daha az indirmektedir.
- Kişinin özürü veya bağımlı olarak geçirdiği yıllarda yaşam kalitesini arttırmayı amaçlar.
- Yaşlı bireylerin yeniden sosyal statü kazandırır. Boş zamanlarını daha etkili ve verimli geçirmelerini sağlayarak yeniden ve işe yaradığı hissini kazanmalarını sağlar
- Tam bir iyilik hali yaratmaya çalışır (Turan, 2008, 18)

Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları

Evde bakım hizmetlerinin birçok ülke için yeni bir sektör olması, sağladığı avantajlar yanısıra bazı riskleri ortaya çıkarmıştır. Bunlar;

- Evde bakım hizmetleri birçok dış etkene açık olmasının yanında ayrıntılı bir eğitim programı ve sıkı bir denetim gerektiren bir yapıya sahiptir.
- Kişiye evde bakım hizmeti verilirken birbirinin içine girmiş sağlık bakımı gerektiren durumlarla karşılaşılabilir.
- Bakım hizmetinin bireyin alışık olduğu ortamın dışında bakım verilmesi, bakımın verimliliğini azalttığı gibi sağlık personeli, hasta ve aile arasındaki etkili bir iletişim kurulmasını engellemektedir.
- Aile üyeleri için giydirme, yemek yapma, banyo yaptırma, ev temizliği, çamaşır, ilaç verme gibi günlük hasta ev sağlık faaliyetleri zor gelebilir ve bu da aile fertleri üzerinde daha fazla baskıya neden olabilir.
- Yapılacak ödemelerde hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları baskı unsuru olarak kendini gösterirken, evde bakım hizmetlerinin örgütlenme ve çevreye müdahale konusunda etki gücü azdır.
- Evde bakım hizmetlerinin sakıncaları arasında, ailedeki gerginliği artırması, acil durumlarda müdahale kısıtlılığı, komplikasyon riski, güvenlik sorunu, özel hizmet içi eğitim gerektirmesi, tıbbi atıkların kontrolü gibi sorunlar önde gelmektedir (Karadağ, 2006, 14)
- Profesyonel sağlık personeli olarak yetişmemiş aile üyeleri için giydirme, yemek yapma, banyo yaptırma, kaldırma, ev temizliği, çamaşır, ilaç verme gibi günlük hasta ve ev bakım faaliyetleri zor gelebilir ve bu da aile fertleri üzerinde artan bir baskıya neden olabilir.
- Sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir

2.12. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN DİĞER MESLERLE OLAN İLİŞKİSİ

Evde bakım hizmetleri ile bireylerin bağımlılık düzeyi azaltılmakta, dolayısıyla yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Evde bakım hizmetleri

farklı meslek gruplarının işbirliği ve eşgüdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize biçimde sunulan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir (Koç, 2005, 39)

Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bakıma muhtaç kişinin sağlık durumu ve bakım gereksinimlerine göre hekimler, hemşireler, ev ekonomistleri, eczacılar, tıbbi sosyal çalışmacılar, psikologlar, fizyoterapistler, konuşma ve mesleki terapistler gibi farklı meslek grupları bakımda rol oynamaktadır. Bunlar (Elevli, 2012, 49-50);

- **Sosyal Hizmet Uzmanı:** Meslek elemanları arasındaki koordinasyon ve eşgüdümün sağlanması, sosyal inceleme ve değerlendirme raporunun hazırlanması, vaka yöneticiliği, ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi, psiko-sosyal destek ve danışmanlık hizmeti, bireyin problem çözme kapasitesinin geliştirilmesine katkıda bulunma, hizmet sürecinde gereksinim duyulan toplum kaynaklarının organize edilme sürecinde aktif olarak rol almaktadır.
- **Doktor:** Tıbbi koordinasyonu sağlaması, hizmetten yararlananların sağlık durumlarını takip edilmesi, tıbbi danışmanlık ve eğitim, hizmetten yararlananların kullandıkları rutin ilaçların yazılması ve gerekirse onların uzmanlık gerektiren başka bir tıp alanına havale edilmesi sürecinde aktif olarak rol almaktadır.
- **Hemşire:** Hizmetten yararlananların sağlık durumları hakkında doktora bilgi verilmesi, ilaçların doğru ve düzenli bir biçimde alınmasının sağlanması, ilaçların etki ve yan etkilerine ilişkin eğitim planlama ve uygulama, pansuman enjeksiyon, derece ve tansiyon ölçümü gibi temel düzeydeki sağlık hizmetlerinin ev ortamına götürülmesini sağlanması, bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesine ilişkin eğitimin planlanması ve uygulanması, bireyin birlikte yaşadığı kişilerin bütüncül bir yaklaşımla tüm uygulama ve eğitimlere dahil edilmesi sürecinde aktif olarak rol almaktadır.
- **Fizyoterapist:** Doktor tarafından tanısı konan bireylerin fizyoterapi ve rehabilitasyon programlarını planlanması ve uygulanması, özürlülük ve yaşlanmaya bağlı olarak görülen yeti kayıpları ile eklem ve kas

rahatsızlıklarının rehabilitasyonunda tıbbi tedaviye destek verilmesi, sağlıklı bireylerin özel egzersiz ve rehabilitasyon programları ile fiziksel uyumlarını arttırarak, olası hastalık ve sakatlıkların önlemeye çalışılması, verilen egzersizlerin kontrollü ve düzenli bir biçimde yapılmasını sağlanması ve yaptığı çalışmalar hakkında doktorun düzenli olarak bilgilendirilmesi sürecinde aktif olarak rol almaktadır.

- **Diyetisyen:** Hizmetten yararlananların sağlık ve yaş durumlarının göz önünde bulundurularak düzenli, dengeli ve sağlıklı beslenebilmeleri için uygun yemek listesinin hazırlanması, doktor tarafından önerilen diyetlerin uygulanmasının sağlanması, hazır yemek servisi hizmeti ile ev ortamına götürülen mönülerin standardının kontrol edilmesi, sağlıklı ve ekonomik beslenme yöntemleri konusunda eğitimin planlama ve uygulamanın sağlanması sürecinde aktif olarak rol almaktadır.
- **Psikolog:** Hizmetten yararlananların motivasyonunun yükseltilmesi, duygusal boşalmalarının sağlanması, endişe ve kaygılarının en aza indirilmesi, ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık verilmesi, aynı sorunu paylaşan kişilerle tedavi, serbest zaman değerlendirme vb. gruplar oluşturulması sürecinde aktif olarak rol almaktadır.
- **Ev Ekonomisti:** Hizmetten yararlananların ekonomik düzeylerinin yükseltilmesi, yaşayışlarının iyileştirilmesi ve mevcut kaynaklarının (para-zaman vb.) daha verimli kullanılmasının sağlanması amacıyla eğitim planlama ve uygulamanın sağlanması, ev idaresi, mal ve hizmet satın alma konularında gerekli yönlendirmelerin yapılması, ev aletlerinin, yiyecek ve giyeceklerin seçilmesi ve kullanılması hakkında önerilerde bulunulması sürecinde aktif olarak rol almaktadır.
- **İş-Uğraşı Terapisti:** Hizmetten yararlananların belirlenen aktivite ve görevlerde performanslarının düzeltilmesi, güçlendirme ve artışın sağlanması, adaptasyon ve üretkenlik için gerekli olan beceri ve fonksiyonların öğrenmelerine yardımcı olunması sürecinde aktif olarak rol almaktadır.

Evde bakımın en temel unsuru bakım verecek kişilerdir. Evde bakım gereksinimi bulunan hastanın, büyük olasılıkla birden fazla bakım türü ile

karşılaşacağı öngörülebilir. Pratikte uygulamalarda da evde bakım sürecinde karşılaşılan gereksinimlerin çeşitliliği nedeniyle multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiği görülmektedir (Turan, 2008, 19). Bakımın gerekli olduğu durumlarda eğer ekonomik yönden geri kalmış bölgelerde ve ülkelerde fonksiyonel olarak bir başkasına bağımlı kişiler için tek bakım kaynağı aile bireyleri, arkadaşlar, komşular gibi bakıcılardır. Gelişmiş ülkelerde de aileler ve/veya sağlık hizmeti sunanlar dışındaki bakıcılar olmadan evde bakımın sürdürülmesi olanaksızdır (Filiz Koç, 2009, 7-8-9). Gereksinimlerin karşılanmasındaki kalite artışı beklentisi, her bakım bileşeninde ayrı eğitim almış personelin varlığını gerektirir (Turan, 2008, 19).

2.13. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU

Gelişmiş ülkelerde nüfusun hızla yaşlanması ve kurumlarda bakım gereksinimi potansiyelinin artışının öngörüsüyle sosyal refah kapsamı çerçevesinde bakıma muhtaç bireylerin uzun süreli bakım sunumunda devlet kendi rolünü giderek azaltarak, bu rolü ailenin, gönüllü kuruluşların ve özel bakım kuruluşları kapsamında geliştirmeye ve özendirici uygulamalara yer vermeye başlamıştır. Devletin kalite güvencesi ve denetimin sağlanması dışında etkin bir rolü olmamakla beraber hizmet sunumunda rol alan aile bireyi bakımını ve gönüllü kuruluşları maddi olarak desteklemektedir. Bazı ülkelerde devlet, evde bakım hizmetlerinin sağlanması amacıyla özel bakım kuruluşlarıyla sözleşme yapabilmektedirler. Kimi ülkelerde ise kar amaçlı olmayan kuruluşları, aile bireyinin bakıcısıyla işbirliği içinde hareket ettikleri gerekçesiyle desteklenmektedir (Oğlak(a), 2007, 33).

Ülkelerde gelişen temel inancın kaliteden ödün vermeksizin sunulan hizmetlere ulaşılabilirliği artırmak amacıyla kar amaçlı kuruluşların da bu sektörde yer almalarını teşvik edilmesidir. WHO'nun gözlemlerine göre, söz konusu yaklaşımla maliyetlerin kontrol altına alınabileceği düşünülmektedir. Hizmet sunan evde bakım kuruluşlarının bakım süreleri bakım standartları hizmetin sunumu, denetim ve verdiği hizmetlerde ödeme düzenlemeleri açısından oldukça farklı çeşitlilik göstermektedir. (Oğlak(a), 2007, 33)

Evde bakım hizmetleri değişik şekillerde örgütlenebilir. Tek başına hizmet veren evde bakım kuruluşu veya hastaneye bağlı evde bakım birimi bu organizasyon

şekillerinden bazı örneklerdir. Evde bakım hizmetinin kuruluş şeklinde organizasyonu kar amaçlı veya kar amaçsız olabilir. Özel sektör veya kamu sektörü tarafından kurulabilir.

Evde bakım, bakıma muhtaç olan kişinin tespiti ile başlar. Evde bakımın kapsadığı alanlar, yoğunluğu ve süresi değişebilir. Bazen sadece bir çeşit sağlık hizmeti, aralıklı olarak kısa bir süre için verilebilir. Bazen de birçok formdaki hizmet şekli çok uzun sürelerle verilebilir.

2.14. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN FİNASMANI

Gelişmiş ülkelerde bakıma muhtaçlık riski ve bunun gerçekleşmesi konusunda oluşabilecek sorunların çözümünde sosyal güvenlik sistemi içinde bakımı güvenceye alan sistemler geliştirilmektedir. Bakım sigortası bakıma muhtaç bireylerin bakım hizmetleri gereksinimini, sosyal güvenlik sistemleri içinde çözüm bulmaya çalışan bir uygulamadır. Bir başka deyişle uzun süreli bakım tümüyle ailenin sorumluluğuna bırakmayan, bakım için toplumsal dayanışma anlayışı çerçevesinde sosyal ve maddi desteğin verilmesinin kaçınılmaz olduğu görüşüne dayanmaktadır (Oğlak (b), 2007, 104).

Evde bakım hizmetlerinin finansmanı, tüm ülkeler için önem arz etmektedir. Hizmetlerin finansmanında devletin katkı düzeyi, özel sigortaların rolü ve sosyal sigorta prim ödemeleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Ülkeler, evde bakım hizmetleri finansman politikalarını oluştururken bakıma muhtaçlara sunulacak hizmetlerin kapsamlı ve yüksek kaliteli olması, ailenin finansal, fiziksel ve duygusal yükünü hafifletecek uygulamaların tercih edilmesinin kamu sorumluluğu açısından önemli olduğunu savunmaktadırlar.

Sosyal güvenliğin finansmanı dünya genelinde ağırlıklı olarak genel vergiler sosyal sağlık sigortası, cepten yapılan harcamalar ya da özel sigortalarla sağlanmaktadır. Bu çerçeve kapsamında dünya ülkelerinde evde bakım hizmetleri bu üç model çerçevesinde uygulanmaktadır (Seyyar (e) 2007, s;2 www.manevibakim.com/bilim_guvencesi/makale_01.asp Erişim Tarihi; 13/01/2018).

- **Primli Model Kapsamında Sosyal Bakım Güvencesi;** Bakım sorununa

karşı sosyal sigorta sistemi içinde bakım güvencesi, genelde sağlık sigortası içinde bakım hizmetleri sunmak veya bağımsız bir bakım sigortası ile sağlanmaktadır. Hastalık, emeklilik (malullük), kaza ve işsizlik gibi değişik sosyal risklere karşı sosyal sigortalar sistemi içinde yine primli model çerçevesinde bakım sigortası aracılığı ile bakıma muhtaç kişilere hizmetler ve güvenceler sağlanmaktadır. Bu model primler yoluyla finanse edilmektedir; ihtiyaca ve prim oranına göre bakıma muhtaç kişilere evde veya kurumda sosyal bakım hizmetleri ve bakım ödeneği sağlanmaktadır.

- **Primsiz Model Kapsamında Sosyal Bakım Güvencesi;** Bu model de ise bakıma muhtaçlara genel vergilerden finanse edilen Kamusal Sosyal Yardım ve Devletçe Destek yöntemiyle sunulan sosyal güvencedir. Bu model ulusal düzeyde tüm fertleri bakım güvencesi şemsiyesi altında toplayan yasal düzenlemelerle gerçekleştirilmektedir. Vergiye dayalı kamusal bakım güvence sisteminde kişinin bakıma muhtaçlık derecesine ve gelirine göre ücretli, ücretsiz veya kısmi katılımlı bakım hizmetleri sunulmaktadır.
- **Pirimli ve Primsiz Modelin Birlikte Uygulandığı Karma Sosyal Bakım güvencesi;** Bakım güvence sistemini oluşturmuş ülkelerin bir kısmı, bakım hizmetlerini, hem sosyal yardım, hem de bakım sigortası aracılığı ile yürütmektedir. Her ülkede sosyal sigorta kapsamı dışında kalan sosyal kesimlerin de olabildiğini düşünerek, bakım sigortasının yanında yoksulluk sebebiyle prim ödeyemeyen bakıma muhtaç kişilere dönük bakım güvence modellerinin de geliştirilmesi gerekmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin finansmanı tüm ülkeler için önemli bir konudur. Devletin katkı düzeyi, özel sigortaların rolü ve sosyal sigorta prim ödemeleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Ülkeler evde bakım hizmetleri finansman politikalarını oluştururken; Bakım hizmetlerinden kimler, nasıl yararlanacak?, Bu hizmetler ne şekilde sunulacak?, Sağlık ve sosyal hizmetlerle entegrasyonu nasıl sağlanacak? ve hangi kaynaklardan finanse edilecek sorularına cevap arayarak oluşturmaktadırlar. Çünkü tüm bu soruları kapsayan uygulamaların tercih edilmesinin kamunun sorumluluğu açısından büyük önem arz etmektedir.

Bakıma muhtaçlıktan kaynaklanan sorunlara karşı oluşturulan sosyal güvenlik sistemleri içinde birçok model ortaya çıkmıştır. Hangi model tercih edilirse edilsin bakıma muhtaçlık riskine karşı alınması gereken önlemler ve bakıma muhtaç bireylere tanınan sosyal haklar genel olarak benzerlik göstermektedir.

Bunun yanında bakım sigortasının finansmanında, ülkelerin ekonomik yapıları, siyasal tercihleri ve sosyal hedeflerle ilişkileri kadar, sosyo-kültürel değerler ve kurumsal yapılar açısından da bir takım farklılıklar önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle finansman kaynağında da birbirinden farklı bir yapı ortaya çıkabilmektedir (Oğlak(b), 2007, 104).

Ülkeler, evde bakım hizmetlerinin finansmanında, gelişmişlik düzeylerine göre farklı yöntemler benimsemişlerdir. Geri kalmış ülkeler kamu finansmanını artıracak hemen hemen hiçbir olanağa sahip değildir. Bu ülkelerde, evde uzun süreli bakım, tümüyle profesyonel olmayan bakıcılar ya da aileler tarafından sağlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü evde uzun süreli bakımın finansmanı ile ilgili beş yaklaşıma yer vermektedir. Bunlar (WHO, 2000a, 22- 23, Oğlak(b), 2007, 104);

- Genel vergilendirme,
- Sosyal sağlık sigortası
- Özel tasarruflar cepten veya hizmet değişimi şeklinde ödeme
- Özel sigorta,
- Gönüllük esasına dayalı bakım sigortası.
- Uzun süreli bakım genel sağlık sigortasının kapsamında ya da uzun süreli bakımı sağlayan özgün bir sigorta programı kapsamında olabilir.

Ülkeler bu yaklaşımların bir birleşimi kullanılabilir ya da farklı uzun süreli bakım hizmetleri için farklı finansman yöntemleri geliştirilebilir (WHO, 2000a, 22-23).

Birçok ülkede, evde bakım hizmetinin sosyal sigortalar fonundan karşılanmasını sağlamak için yasal girişimler vardır. Bu ülkelerde evde bakım hizmetlerinin finansmanı genel vergilendirme üzerinden sağlanmaktadır. Uygulamada, bu fonlar sağlık sigortasına bağlı olmaktan çok, özel hedef grupları için düzenlenmiş ve birincil ölçüt olarak maluliyete odaklanmıştır. Aynı zamanda bu fonlar, her düzeyde istemin değerlendirildiği hizmet hakkının kapsamı konusunda çok sıkı bir şekilde tanımlanmış ölçütlere sahiptir (WHO, 2000b, 39, 44, 55, 64, 75).

Bakım sigortasında sağlık ve sosyal hizmetleri temel bir insan hakkı olarak kabul eden ve her bireye eşit ve ücretsiz sunulduğu yaklaşım yanında, bu hizmetleri Pazar ekonomisi kuralları çerçevesinde ele alan ya da her iki anla içeren karma uygulamalarda mevcuttur. Sosyal güvenlik ve özel sigorta veya cepten harcamalar arasındaki denge bakım sigortasında bir diğer önemli göstergedir. Uygulamada birçok gelişmiş ülke, hem sosyal güvenlik hem de özel sigorta finansmanına dayanmaktadır (Oğlak (b), 2007, 104).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE/DE VE DÜNYA/DA EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA MODELLERİ

3.1. TÜRKİYE’DE VE DÜNYA’DA EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ ÇERÇEVESİNDE SUNUMU VE BUGÜN GELİNER NOKTA

Küreselleşme dünya genelinde toplumların ekonomik, siyasi ve toplumsal alanlarında köklü değişiklikleri ortaya çıkarmıştır. Dünyada giderek daha fazla sayıda kınların çalışma yaşamına katılması, çekirdek aileye dönüşüm olması, konutların küçülmesi ve ekonomik yetersizlikler gibi nedenler, yaşlı nüfusun, kronik hastalıkların, psikolojik hastalıkların, yaralanan kişi sayısının ve özürllülük oranının artması, sağlık hizmetlerinin kullanımına olan talebin yükselmesine ve yanısıra maliyetinin artmasına; beraberinde ise modern tıbbi hizmetlerin yaygınlaşması, yapılanma ve teknolojiideki gelişmelerle birlikte maliyet açısından yeni kaynak ve yöntemlerin araştırılmasına neden olmuştur. Ülkemizde de durum dünya gerçeklerine paralellik göstermektedir. Dünya’da ve ülkemizde artan maliyetleri azaltmanın yanısıra sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara kendi yaşadıkları ortamlarda sağlık hizmeti ve hizmet donanımının sağlayarak toplumsal refah düzeyini arttıracak alternatif bir hizmet modeli olarak evde bakım hizmetlerini benimseyerek hizmete ihtiyaç duyulan insanları hizmete götürmek değil, bu hizmeti onlara götürmek hedeflenmiştir. Evde bakım hizmetleri yaşlı, özürllü, kronik hastalığı olan veya iyileşme sürecindeki bireylerin kendi ortamında destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarının gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içermektedir.

Uluslararası düzeyde evde bakım hizmetlerinin sunumunda genel geçer bir anlaymaya varılmış temel bir hizmet listesi mevcut değildir. Bu nedenledir ki her ülke kendi olanakları, sosyo-kültürel dinamikleri çerçevesinde ve belirli aralıklarla geliştirebileceği bir hizmet sunum listesi oluşturmıştır. Ancak evde bakım hizmetlerinin kapsamı hakkında alınan kararların devletlerce çok dikkatli alınması

gerektiği gibi toplumsal açıdan da anlaşılabilir olması gerekmektedir.

Aslında dinamik bir süreçte sahip olan evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi Ortaçağ Avrupa'sına dayanmaktadır. Bu bölümde evde bakım hizmetleri kavramı, kavramla ilgili tarihsel gelişim ile Türkiye'de ve Dünya ülkelerinde evde bakım hizmetleri tarihçesi ve felsefesi çerçevesinde mevcut durum ele alınmıştır.

3.2. TÜRKİYE'DE EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE YASAL SÜRECİ

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ile ilgili kesinlik kazanmış bir bilgiye ulaşılamamakla beraber, henüz tam anlamıyla organize olmuş bir evde bakım sistemi mevcut değildir. Ancak, toplumun yaygın sağlık sorunları dikkate alınarak, evlere bazı sağlık hizmetlerinin götürülmesi için yasalar oluşturulmuştur ve bu yasalar doğrultusunda evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi hakkında bilgi sahibi olunabilmektedir. Bu yasal düzenlemeler, evde bakım tanımının geniş kapsamı düşünüldüğünde, yetersiz ve eksik olmakla birlikte, yasaların yürürlüğe girdiği dönemlerde ağırlıklı olan toplum sağlığı sorunları açısından önemli adımlar olmuştur diyebiliriz.

Türklerde dini ritüelleri yöneten “Kam” veya “Baksı”lar aynı zamanda tedavi işiyle ilgilenen kişiler olmuşlardır. Bunu “Otacı”, “Emçi” veya “Atasagun”adı verilen tedavi ile ilgilenen hekimler takip etmiştir. Bu dönemlerde hekimler tedavi etmek amaçlı büyük ölçüde bitkilerden yararlanmışlardır. Ayrıca Türklerin göçebe bir hayat yaşamaları ve yerleşik hayata geçmemiş olmaları bu dönemde sağlık hizmeti sunumunu hasta kişilerin evlerine giderek sundukları düşünülmektedir. Türk tıbbı, Selçuklu döneminden önce, hemen hemen her büyük şehir merkezinde sağlık kuruluşları inşa edilerek kurumsallaşma eğilimi göstermiştir. Ancak Anadolu Selçukluları döneminde evde sağlık hizmetini, hekimler mahalle halkına, pazarlarda, çarşılarında ve kendi evlerinde sunmuşlardır. Osmanlı İmparatorluğu döneminde ise, sağlık hizmetleri genel idari örgütlenmenin askeri temeline bağlı olmasına dayalı daha çok orduya yönelik olarak devlet tarafından yürütülmüştür. Yine bu dönemde, padişah, sultan ve hayırsever kişilerin kurdukları hastane, şifa evleri ve benzeri kuruluşlarda da sağlık hizmeti verilmiştir. Bu dönemde ebeler gebelik sürecini ve

doğum sonrası dönemdeki temel sağlık hizmetlerini evlere ziyarete gitmişlerdir (Aksoy, Kahveci ve diğerleri, 2015, 165)

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulması ile birlikte tüm vatandaşlara sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması amaçlanmıştır.

Evde sağlık hizmetleri uygulamaları, 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) kapsamında; bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele için sunulan hizmet sunum şekli olarak benimsenmiş ve hastaların evlerinde muayeneleri esas alınmıştır. Umumî Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) Tatbikatına Dair 19 Temmuz 1931 tarihli 1852 sayılı 21 No'lu Tamim'de: *“Süt çocukları muayene ve müşavere evleri süt çocuklarının büyütülmeleri, hastalıklardan korunması ve hastalarının tedavisi hakkında gerek müessesede ve gerekse bu çocukların evlerinde lâzım gelen vesaya ve tedabirin ifasile mükelleftir. Hemşireler dispanserdeki muayene yardım ile beraber mütehassıs tarafından tanzim edilecek sıraya göre evleri ziyaret ederek dispanserde mukayyet çocuklara nasıl bakıldığını tetkik ve görülen noksanları ıslah ve çocuk analarına mütehassıs tarafından kendilerine tevdi edilen tavsiyeleri yapmak ve dispanserdeki kayıtları tanzim eylemekle mükellef tutulacaktır”* ifadelerine yer verilmiştir. İlk defa bu tamimde resmi olarak “ev ziyareti” kavramı yer almıştır. Ev ziyareti kavramı; çocukların büyüme ve gelişiminin takibi, dispanserlere kayıtlı kayıtlı çocukların tedavileri ve takibinin genel sağlık açısından hemşireler tarafından evlerinde yapılması yer almaktadır. Cumhuriyet döneminde koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik olarak çıkarılan ve hâlâ yürürlükte olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile bulaşıcı hastalıklar nedeniyle evlerinde tecrit altına alınan hastaların ve ailelerinin beslenme giderlerinin karşılanması devleti yükümlülükleri arasında yer almıştır (Çoban, Esatoğlu ve diğerleri, 2014, 162).

Türkiye’de, 1934 yılında yayınlanan Zührevî Hastalıklar ve Fuhuşla Mücadele Nizamnamesinin 14. Maddesine Tefvikan Yapılmış Olan Talimatname’de ilk defa evde muayene kavramı yer almıştır. Ancak bu durum sadece “muayeneye gelemeyecek derecede hasta olduğu haber verilen umumi kadınları” kapsamaktadır. Söz konusu düzenlemenin bulaşıcı hastalıkların yaygın olduğu, antibiyotiklerin üretilmediği bu dönemde, cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrol altına alınması amaçlanmıştır (Çoban, Esatoğlu ve diğerleri, 2014, 162).

224 Sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” gereği 17.08.1964 tarih ve 6/3470 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile 09.09.1964 gün ve 11802sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren, **“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik”** te sağlık hizmetlerinin ana ilkesi ve temel prensipleri açıklanmıştır. **“Madde 1; Sağlık hizmetlerinin ana ilkesi ve temel prensipleri; Tedavi hekimliği, halk sağlığı çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak, evde ve ayakta tedaviye öncelik verecektir”** hükmü yer almaktadır. Bir diğer temel prensip **“Madde 5; Sağlık kuruluşunda görevli personelin yetki ve sorumlulukları başlığı altında ise köy ebelerinin ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini ve ev ziyaretlerini yapacakları, halk sağlığı hemşiresinin ise köy ebelerinin yapamadığı durumlarda köylere gidip hizmetlerin yürütülmesinde ebelere yardım eder”** şeklinde belirtilmiştir. Yine yönetmeliğin altıncı maddesinin “i” bendinde ye aralan hastanedeki hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili hükümlerden biri de uzman hekimlerin, sağlık ocağı hekiminin daveti üzerine konsültasyon için eve hasta muayenesine gidebileceği ve bu muayenelerin ücrete tabi olmayacağı yer almaktadır **(Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik RG; 09/09/1964, Sayı;11802).**

Hava Harbinden Korunmada Yurt Sıhhat İşleri Talimatı’nda ilk defa evde informal bakıma atıfta bulunulmuş ve informal bakım alan kişilere hekimler tarafından ev ziyareti gerçekleştirileceği bildirilmiştir (Çoban, Esatoğlu ve diğerleri, 2014, 163)

1937 yılında çıkarılan Emniyet Teşkilat Kanunu’nda, evde sağlık hizmetini veren kurum personeli ve kurum çalışanlarını içeren ilk yasal düzenleme yer almıştır. (Çoban ve diğerleri, 2014, s;163). **“Madde 89; Hastalanan Emniyet Teşkilatı mensuplarından ayakta ve evlerinde tedavileri kabul olunanların ilaç masrafları Emniyet Umum Müdürlüğü bütçesinden tesviye olunur. Hastaneye sevk ile tedavilerine lüzum gösterilenler Devlet hastaneleri le hususî idarelere ve belediyelere ait hastanelere yatırılır ve meccanen tedavi olunurlar”**. Daha önceki evde muayene ve evde tedavi daha çok kırsal kesimde yaşayanlara ve bulaşıcı hastalıklara yönelik sunulurken, bu Kanun’nda hastalık sınırlaması ve hedef kitle kamu görevlileri olarak belirlenmiştir (Emniyet Teşkilat Kanununun Yürürlükten

Kaldırılmış Hükümleri, 12/6/1937 Sayı : 3629).

Devlet Demiryolları ve Limanları İşletme Umumi İdaresi Memurîn ve Müstahdemîn Talimatnamesi'nde "**Madde 36. Hastanın muayene ve tedavi için idare doktoruna müracaatı esastır. Ancak evden çıkamayacak derecede hasta olanlar veya çıkmasında sıhhî mahzurlar bulunanlar evlerinde muayene ve tedavi edilirler. Tedavi için vesait-i nakliye masrafları idareye aittir. Hat güzergâhından ve büyük şehirlerden idarece tahdit edilen mıntukalardan hariç yerlerde oturanlara idare hekim göndermeye mecbur değildir**". Devlet Demiryolları ve Limanları İşletme Genel Müdürlüğü tarafından 2 Temmuz 1953'de evde muayene ve tedavi hizmetlerinde bazı sınırlamalar ve cezai yaptırımlar getirilerek evde bakım hizmetlerinin usulsüz kullanımının önüne geçilmesi amacı ile değişiklik yapmıştır.

1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sosyalizasyon Kanunu ve 154 sayılı yönerge ile, kronik hastalıklı bireylerin evde izlenmesi ve hizmetin denetimi halk sağlığı hemşirelerine, gebelerin evde izlemi, uygun koşullarda evde doğum, lohusa izlemi ve 0-6 yaş çocukların izlemi ebelere verilmiştir. 1954 yılında kabul edilen 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nda, mecburi hizmet yükümlülüğü olmayan hemşirelerin, istediklerinde sanatlarını serbestçe yapabilecekleri belirtilmiş ve buna istinaden hemşireler "sağlık kabini" özel iş yerleri açarak evlerde hastaların tedavilerini gerçekleştirmişlerdir (Aydın, 2005, 17-18)

Bireylerin eşit koşullar ve geniş olanaklarla sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek, doğuştan yada sonradan ortaya çıkan eksikliklerini gidermek ve sağlık durumunun devamlılığını sağlamak amacı ile 1961 yılında "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" ile ilgili yasa çıkarılmış ve 1978 yılındaki Alma-Ata Deklerasyonu ile güncellik kazanan "Temel Sağlık Hizmetleri" felsefesi benimsenmiştir. Bu yasanın "kademeli hizmet ilkesi" evde sağlık hizmetleri sunumu açısından büyük önem taşımaktadır. Bu ilke hastaların önce birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara başvurmaları, eğer ki kişinin evde, ayakta tanı ve tedavileri yapılamıyor ise ikinci basamak hastanelerine sevk edilmeleri yönündedir. Buna istinaden ilke doğrultusunda hastanelerde yığılmaların önlenerek, hastane hizmetlerine gerçekten ihtiyacı olanlara sunulması hedeflenmiştir. Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini ve önemi gösteren diğer bir ilke ise "sürekli hizmet ilkesi"dir. Türkiye'nin Ulusal Sağlık Politikasını belirleyen bu ilkeye göre, herkese,

her yerde, her zaman yerleşik planlı ve programlı bir sağlık politikası sunulması amaçlanmıştır (Karabağ, 2007, 63 içinde Tuncel, Şanlı ve Perk, 1993, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu).

Türkiye’de beş yıllık kalkınma planı anlayışının yaşama geçirildiği ilk kalkınma planında (Birinci Kalkınma Planı), hastanelerde sunulan hizmetin pahalı bir hizmet olması nedeniyle yerine, daha az maliyetli bir hizmetin sunumu için, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan ve küçük topluluklara kadar ulaşabilen bir sağlık örgütünün oluşturulmasının gerekliliğine öncelik verilmiştir. Bu doğrultuda evde tedavi birimlerinin kurulması konusunda pilot bölge çalışmalarının yapılmasına yer verilmiştir. Ayrıca bulaşıcı hastalıkları önlenmesi ve tedavileri ile geniş halk kitlelerine ulaşabilmek amacıyla evde tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi üzerine de vurgu yapılmıştır Bu planda evde tedavi hizmetleri, sağlık maliyetlerinin azaltılması ve sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması için yataklı tedavi hizmetlerine alternatif bir araç olarak görülmüştür (Birinci Kalkınma Planı, 1963, 406, Çoban, Esatoğlu ve diğerleri, 2014, 163).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik’te evde tedavi hizmetleri halk sağlığı çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması ve etkisinin artırılması açısından evde hasta muayenesinin önemine vurgu yapılmış, lakin evde hasta muayenesi sağlık ocağı hekimin mesai saatleri içinde takdirine bırakılmıştır. Sağlık ocağı hekimine, konsültasyon amacı ile uzman hekimleri muayene için hastanın evine çağırma yetkisi verilmiş ve evde yapılacak bu hizmetin ücretsiz olacağı belirtilmiştir (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, RG; 09/09/1964, 5, Cilt: 3, Sayı: 3130).

“1969 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar” da ***“Kamu hastaneleri bünyesinde evde ve ayakta tedavi sisteminin geliştirilmesi amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’nca seçilecek birer hastanede gerekli servisler kurularak deneme uygulamasına geçilecektir”*** hükmü yer almaktadır. Bu Karara kadar daha çok birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan evde tedavi hizmetleri artık ikinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde de örgütleneceği bildirilmektedir. 1973 Yılı

Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar'da pilot evde bakım uygulamalarının Ankara, İstanbul ve İzmir olmak üzere üç büyük şehirde yapılması bildirilmiştir (Çoban, Esatoğlu ve diğerleri, 2014, 164)

“Evde bakım” ifadesi ilk defa uzun süreli evde bakım şeklinde Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkında Yönetmelik'te yer almıştır. Bundan önceki kullanımlar evde muayene ve tedavi, evde tedavi, ev ziyareti şeklindedir. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, 211 Sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu, 5434 Sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ve 12/2/1982 Tarih ve 2595 Sayılı Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'la birlikte evde tedavi sırasında kullanılan ilaçlardan katkı payı alınması başlamıştır (Çoban, Esatoğlu ve diğerleri, 2014, 164).

1988 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair" Bakanlar Kurulu Kararında, evde bakım ve sağlık uygulamaları içerisinde ruh sağlığı hizmetlerin geliştirilmesine yönelik “ruh sağlığı hizmetlerinin hastane yanında evde bakım ve takip yoluyla verilmesi sağlanacak, rehabilitasyon hizmetleri geliştirilecek” hükmü yer almaktadır. Böylece ruh sağlığı hizmetlerinin de evde yürütülebileceği belirtilmiştir (Çoban, Esatoğlu ve diğerleri 2014, 164).

Diş hekimlerinin de evde muayene ve tedavi hizmetlerinde yer almaları ilk defa 29 Ağustos 1983 ve 18150 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Yargıtay İç Yönetmeliği'nde yer almıştır. Yargıtay İç Yönetmeliği'ni diğerlerinden ayıran önemli bir özellik, hiç bir şart bildirilmeden uzman hekime ve diş hekimine evde muayene ve tedavi hizmetini yürütmek üzere eve gitme zorunluluğu getirmesidir (Çoban, Esatoğlu ve diğerleri, 2014, 165).

1980 yılı öncesi dönemde evde sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından yürütülen bir hizmet olmuşken, 1980 sonrası hastaların evde bakımı, özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının yürütülmesi olarak işlev görmüştür (Karabağ, 2007, 58). Ancak literatürde Türkiye'de evde bakım hizmetleri ve benzer hizmet sunan kuruluşların sayısı hakkında sağlıklı bir bilgi bulunmamaktadır (Karadağ, 2006, 20)

Tüm bu yasal düzenlemeler dayanağını Anayasadan alır. Her şeyden önce 1982 Anayasasına göre; **Madde 2; “Türkiye Cumhuriyeti sosyal bir hukuk devletidir”** ve **“Madde 5; Kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu**

sağlamak; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak devletin temel amaç ve görevleri arasında sayılmaktadır”. Anayasamızın 41. maddesi ailenin korunmasına, 56. maddesi herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğuna, 60. maddesi herkesin sosyal güvenlik hakkı olduğuna, 61. maddesi sakat ve yaşlıların devletçe korunmasını hükme bağlamıştır (Gözübüyük, 2005, 224)

27.05.1983 tarihli 2828 sayılı Sosyal hizmetler ve Çocuk esirgeme Kurumu Kanunu’nun amacı; **“Madde 1; Korumaya, bakıma ve ya yardıma muhtaç aile, çocuk, sakat, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetleri ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan teşkilatın kuruluş, görev, yetki ve sorumlulukları ile faaliyet ve gelirlerine ait esas ve usulleri düzenlemektedir”**

“Evde Bakım Hizmet Modeli” ilk kez Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü’nün resmi gazete de yayınlanan 19/08/1993 tarihli ve 21673 sayılı “Özürlülerin Tespiti, İncelenmesi, Bakım ve Rehabilitasyonuna İlişkin Yönetmelik’te, “Evde Hizmet” olarak yer almıştır. 5579 sayılı “SHÇEK Kanununda değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”da, yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artırılması amacıyla gündüzlü bakım ve evde bakım hizmeti sunmak üzere açılan ve faaliyet gösteren hizmet merkezi olarak “Yaşlı Hizmet Merkezi” tanımlanmıştır. Türkiye’de evde bakımla ilgili ilk proje 1993 yılında SHÇEK Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde pilot uygulamalar yapılmış ancak; bu uygulamalardan etkili sonuç alınamadığı için devam ettirilememiştir. 09.07.2004 tarih ve 5215 sayılı Belediye Kanunu’nda. yaşlı, düşkün, özürlü ve dar gelirlilere sosyal yardım verilmesi zorunlu kılınmasına yer verilerek, belediyeler evde bakım hizmetini üstlenmişlerdir (Selek Öz, 2010, 126, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yaslibakim2.html> ve <http://www.shcek.gov.tr/userfiles/pdf/2828 Sayılı SHÇEK Kanunu.pdf> Erişim tarihi; 29.01.2019).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yürütülen evde bakım hizmetlerinin temelinde sağlıklı yaşlı ve bakıma muhtaç özürlü gruplara hizmet sunmak bulunmaktadır. Sağlıklı yaşlılara evde bakım hizmetleri “Yaşlı Hizmet

Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” kapsamında yürütülmektedir. Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik kapsamında sunulacak evde bakım hizmetleri yasal anlamda bir örgütlenme biçimi olarak yer almasına rağmen uygulamada bu tür kuruluş mevcut değildir. Bakıma muhtaç özürllülere ise “Bakıma Muhtaç Özürllülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” kapsamında hizmet sunulmaktadır. Bakıma Muhtaç Özürllülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelikte tanımlanan “bakıma muhtaç özürllü” kavramı, fiziksel mental yetersizlikler gibi engeli oluşturan kriterler ile birlikte ekonomik yoksunluk kriterini de içermektedir. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’la birlikte “yaşlı hizmet merkezleri” oluşturulmuştur. Kanunda, Yaşlı Hizmet Merkezi; **“Madde 1; Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artırılması amacıyla gündüzlü bakım ve evde bakım hizmeti sunmak üzere açılan ve faaliyet gösteren yaşlı hizmet merkezi”** olarak tanımlanmaktadır (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 10 Şubat 2007, Sayı:26430).

Evde bakım hizmetini üstlenen diğer bir kurum belediyelerdir, 09.07.2004 tarih ve 5215 sayılı Belediyeler Kanununda yaşlı, düşkün, özürllü ve dar gelirlilere sosyal yardım verilmesi zorunlu kılınmıştır. Uygulamada belediyeler genelde ücretsiz olarak ulaşım hizmetleri, evde sonda uygulama, kan alma, tansiyon takibi, serum takma, enjeksiyon, basınç ülseri bakımı gibi hemşirelik hizmetleri yanında sosyal hizmetler de verebilmekle birlikte, bu uygulamalı standardize edecek veya denetleyecek bir sistem yoktur. Belediyeler kendi uygun gördükleri hizmetleri kendi uygun gördükleri şekilde vermektedirler (Aksoy, Kahveci ve diğerleri, 2010, 166).

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin ilk düzenleme, özel evde bakım hizmetleri şirketlerine yönelik çıkarılmış olan 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi gazetede “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yasal düzenleme altına alınmış, bu alanda faaliyet gösteren tüm kuruluşların Sağlık Bakanlığı Uygunluk Belgesi almaları zorunlu kılınmıştır. İlgili yönetmelikle: “Fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması, denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve

kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esaslar düzenlenmiştir.” Bu yönetmelik, bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde bakım hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları ile bu sağlık kuruluşlarının sahip ve işletenlerini ve evde bakım hizmeti faaliyetlerini kapsamaktadır. Hizmet sunumu ise; devamlılığın esas olduğu bir model üzerine oturtulmuştur ve buna göre ilgili birimin 24 saat kesintisiz hizmet verebilecek şekilde oluşturulması planlanmıştır (Aksoy, Kahveci ve diğerleri, 2010, 166).

01/07/2005 tarihinde yayınlanan 5378 sayılı Özürlüler Kanunu yasalaşmıştır. Özürlülerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümü ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirler alarak, topluma katılımlarını sağlamak ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmak amacıyla özürlü bakımının mümkün olduğunca evde bakıma yönlendirilmesi önerilmiştir. Kanun’nun 6. maddesinde özürlülerin bakımı düzenlenmektedir. İlgili madde;” özürlü kişilerin yaşamlarını öncelikle bulundukları ortamda sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmesi, toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek ve üretken hale gelebilecek şekilde bakım ve rehabilitasyonlarının yapılması, bunlardan ihtiyacı olanların geçici veya sürekli bakım altına alınması veya bunlara evde bakım hizmeti sunulması esas’ına yöneliktir (Selek Öz, 2010, 127 <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yaslibakim2.html> ve <http://www.shcek.gov.tr/userfiles/pdf/2828 Sayılı SHÇEK Kanunu.pdf> Erişim tarihi; 29.01.2019).

Sağlıkta donuşum kapsamında sağlık hizmetlerin aile hekimliği kapsamında yapılandırılması sürecinde evde bakım hizmetleri “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” ile aile hekimlerinin görevi olarak belirlenmiştir. 25/05/2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili diğer mevzuat gereği toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtasıyla verilmesi hükmüne bağlanmıştır (RG; 6 Temmuz 2005 - Sayı:25867; Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik)

Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık

hizmetlerinin verilmesine yönelik 01.02.2010 tarihinde 3895 sayılı makam onayı ile yürürlüğe konulan “Sağlık Bakanlığı’na Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge” yayımlanmıştır. Bu yönergede ise “Evde Bakım Hizmeti” “Evde Sağlık Hizmeti” olarak değiştirilmiş ve tanımı: **“Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri”** şeklinde yapılmıştır. Bu yönergenin amacı: **“Madde 1; Evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak randevu, kayıt ve takip sisteminin tanımlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır”** (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge). Bu yönerge, Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak, bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimi kurmak suretiyle bu hizmetleri vermeye yetkili kılınacak yataklı tedavi kurumlarını, toplum sağlığı merkezlerini (TSM) ve buralarda çalışan personel ile aile hekimlerini, aile sağlığı merkezlerini (ASM) ve aile sağlığı elemanlarını kapsamaktadır.

24/02/2011 tarih ve 8751 sayılı Makam Onayı ile uygulamaya konulan “Sağlık Bakanlığı’na Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge“ uygulama sürecinde ortaya çıkan ihtiyaçların karşılanması; tespit edilen sorun ve aksaklıkların giderilmesi ve evde sağlık hizmeti kapsamına alınan hastalardan ağız ve diş sağlığı hizmetine ihtiyaç duyanlara, bu hizmetlerin verilebilmesi amacıyla hazırlanmıştır, “ağız ve diş sağlığı merkezi (ADSM) ve hastaneleri de evde sağlık hizmeti kapsamına alınmıştır (Yücel ve Ünal, 2015, 89)

Türkiye’de 1 Mart 2011 tarihinde Sağlık Uygulama Tebliği’nde (SUT)

yapılan değişiklikle, Sağlık Bakanlığı birimlerince verilen evde bakım hizmetleri günübirlik tedavi kapsamında SGK tarafından ödenmeye başlanmıştır. Evde sağlık hizmetleri kapsamında yer alacak olan hastalara yapılacak olan harcamalar (serum, ilaç, enjeksiyon, enjektör, pansuman, pansuman malzemeleri vb.) SGK tarafından ödenmektedir. Bu hizmetler, hastane bünyesinde kurulan Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından hastane otomasyonunda açılacak olan günübirlik tedavi kısmına işlenmesi sonucunda faturası SGK tarafından kesilebilmektedir. Verilen evde sağlık hizmeti için hastanın muayene, tedavi ve kullanılacak malzemeye ( rn. serum, enjektör, spanç vb. gibi) para ödememesi için bu hizmeti hastanelere bağ- lı evde sağlık birimlerinden alması gerekmektedir ( zer ve şantaş, 2012, 102)

18.01.2012 tarih ve 2620 sayılı makam onayı ile yönerge kapsamında verilecek evde sağlık hizmetlerinde hasta nakil araçları olarak kullanılan taşıtların taşınması gereken özelliklerin belirlenmesi ve evde sağlık hizmetlerinde görevli personelin hizmet sırasında tek tip kıyafet giymesi konusunda standart bir uygulama getirilmesi amacıyla ‘‘Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge’’ hazırlanmıştır (Yücel ve  nalın, 2015, 89).

Son olarak ciddi bir değişikliğe ihtiyaç duyulan yönerge SB tarafından amacıyla Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 27.02.2015 tarih 29280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Buna göre ‘‘**Madde 1; Bu Yönetmeliğin amacı; ihtiyaç olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanması dair usul ve esasları belirlemek; bu hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır**’’ (RG; ‘‘Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 27/02/2015, Sayı; 29280). Evde Sağlık Hizmetleri sunumu şu anda bu yönetmelik çerçevesinde y r t lmektedir

Günümüzde evde sosyal bakım hizmeti ağırlıklı olarak özel evde bakım kuruluşlarınca verilmektedir. Bu hizmetlerin finansmanı cepten ödeme veya özel sigorta kapsamında karşılanmaktadır. Yani sosyal sigorta sistemi tarafından karşılanmamaktadır, bu nedenledir ki hizmetlerden toplumun büyük bir kısmı yararlanamamaktadır. Özel sigorta şirketlerinin poliçelerinde evde bakımla ilgili hükümler bulunmaktadır, ancak bu hizmetlerin finansmanını sınırlı düzeyde karşılamaktadır (en az 2 ay karşılamaktadır (Turan, 2008, S:39).

Tablo 4: Türkiye’de evde sağlık ve bakım uygulamaları ile ilgili ilk uygulamalar, kavramsal kullanımlar ve yapısal ilkler

Tarih	Kullanılan Kavram/ Uygulama	Kullanıldığı Mevzuatın Adı
19 Temmuz 1931	Ev ziyareti	UHK Tatbikatına Dair 1852 sayılı 21No’lu Tamim
17 Mayıs 1934	Evde muayene	Zuhrevi Hastahklar ve Fuhuşla Mucadele Nizamnamesinin 14. Maddesine TevfikanYapılmış Olan Talimatname
6 Ekim 1934	Evde tedavi	Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname
16 Temmuz 1935	İnformal bakıma atıfta bulunulmuştur	Hava Harbinden Korunmada Yurt Sıhhat İşleri Talimatı
12 Haziran 1937	Kamu kurumu personeline ve kurum çalışanlarına evde tedavi sunulması	Emniyet Teşkilatı Kanunu
2 Temmuz 1953	Evde muayene ve tedavi hizmetlerinde bazı sınırlamalar ve cezai mueyyideler	Devlet Demiryolları ve Limanları İşletme Genel Mudurluğu’nun 1 Nisan 1938 çıkarmış olduğu Memurin ve Mustahdemin Talimatnamesi’nde Yapılan Değişiklik
8 Şubat 1963	Evde tedavi hizmetleri örgütlenmesinin geliştirilmesi önerisi	Birinci Kalkınma Planı
8 Şubat 1963	Evde tedavi birimlerinin kurulması pilot bölge çalışmalarına başlama önerisi	Birinci Kalkınma Planı

20 Ekim 1965	Hemşireler tarafından evde muayene ve tedavi kapsamında sunulan bir hizmetin (enjeksiyon işlemi) kamu bütçesinden ödeneceği	Futbol Musabakalarında Müşterek Bahis Müdürlüğü Personel Yönetmeliği
12 Aralık 1968	Kamu hastaneleri bünyesinde evde ve ayakta tedavi sisteminin geliştirilmesi amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'nca seçilecek birer hastanede gerekli servisler kurularak deneme uygulamasına başlanacağı	1969 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar
15 Kasım 1976	Uzun süreli evde bakım kullanımı	Milli Eğitim Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkında Yönetmelikte
31 Aralık 1982	İlk defa evde tedavi sırasında kullanılan ilaçlardan katkı payı alınması	657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, 211 Sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu, 5434 Sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ve 12/2/1982 Tarih ve 2595 Sayılı Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun
31 Aralık 1982	Evde bakım ve sağlık uygulamaları içerisinde ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi	"1988 Yılı Programı 18 Şubat 1988 Gün ve 19729 Sayılı Resmi Gazete'de Yayımlanan 12 Şubat 1988 Gün ve 88/12616 Sayılı "1988 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair" Bakanlar Kurulu Kararı
29 Ağustos 1983	Uzman hekimler ve diş hekimleri evde muayene ve tedavi hizmetlerinde yer almıştır.	Yargıtay İç Yönetmeliği
30 Ekim 1989	Evde hasta bakımı yıllık programlara dahil edildi	"1990 Yılı Programının uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair" Bakanlar Kurulu Kararı

30 Ekim 1989	Evde bakım kapsamında hizmet verilecek grup ilk kez yatalak yaşlı olarak tanımlanmakta ve hizmet içeriğinin tedavi edici sağlık hizmeti dışında bireylerin sosyal gereksinimleri de karşılamaya yönelik geliştirileceği belirtilmektedir	“1990 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair” Bakanlar Kurulu Kararı
22 Ekim 1989	İlk defa uluslararası bir anlaşmada “evde tedavi (home care)” kavramı kapsamında kullanılmıştır	Türk Hükümeti ile UNICEF Arasında 1988–1992 İş Birliği Programı Uygulama Planı
28 Ekim 1990	İlk defa sosyal hizmetler ve yardımlar kapsamında evde bakım hizmeti vermek üzere yatalak yaşlıların evde bakımı için Ankara’da bir merkez kurulduğunda bildirilmiştir. Bu evde bakım hizmeti vermek üzere açılmış olan ilk özelleşmiş merkezdir	“1991 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair” Bakanlar Kurulu Kararı
19 Ağustos 1993	“Evde hizmet” kavramı ilk defa engellileri de kapsayacak biçimde kullanıldı “de” yer almıştır	Özürlülerin Tespiti, İncelenmesi, Bakım ve Rehabilitasyonuna Dair Yönetmelik
4 Aralık 2004	Evde bakım hizmetlerinde çalışanlar sağlık iş kolunda kabul edilmiştir	İş Kolu Tespit Kararı
10 Mart 2005	Doğrudan ve sadece evde bakım hizmetlerini konu edinen ilk yasal düzenleme.	Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Sunumu Hakkında Yönetmelik
06 Temmuz 2005	Evde bakım hizmetleri, aile hekimlerinin görevi olarak belirlenmiştir	Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik
2 Şubat 2008	“Evde bakım hemşireliği” ve klinik eğitim içerisinde evde bakım hemşireliğinin yer	Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının

	alması gerektiği belirtildi.	Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik
28 Mayıs 2008	Evde verilen hizmeti, bakım ve tedavi ayırımı yapmadan sağlık hizmeti vermek olarak tanımlayan ilk metin	Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi Yönetmeliği
01.02.2010	“Evde Bakım Hizmeti” “Evde Sağlık Hizmeti” olarak değiştirilmiş	Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge
24/02/2011	Ağız ve diş sağlığı merkezi (ADSM) ve hastaneleri de evde sağlık hizmeti kapsamına alınmıştır	Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge
21 Ocak 2012	İlk defa evde sağlık hizmetleri bedellerinin hizmet başına ödeme yöntemi ile kamu butcesinden ödeneceği belirtildi	Sağlık Uygulama Tebliği
27.02.2015	Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlenmiş	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmeli

Kaynak; ÇOBAN Mustafa, Afsun Ezel ESATOĞLU, Mustafa Cumhur İZGİ; “Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat içindeki tarihsel değişimi”, Türkiye Biyoetik Dergisi, 2014 Vol. 1, No. 3, 154-76 Çoban et al. © 2014 (01/02/2010, 21/01/2011 ve 27/02/2015 tarihlerinde yapılan evde bakım ve sağlık hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemeler tarafımda tabloya eklenmiştir)

Evde bakım hizmetleri kapsamında yürütülen bu çalışmalar, evde bakım hizmetlerinde modern bir yaklaşım olarak görülen yalnızca sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi amaçlı değil, aynı zamanda kişisel

ihtiyaçlarında karşılanarak kişilerin bağımsızlıklarını geliştirici nitelikte hizmet sunmak tutkusu ile bağdaşmaktadır. Ancak Türkiye’de evde sağık ve bakım uygulamaları, öncelikli olarak hekim odaklı bir sağık hizmet sunum biçimi olarak başlamıştır ve halen sağık hizmet sunumu verilmektedir.

3.3. TÜRKİYE’DE EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN GEREKSİNİM

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ nin 25. bendinde “*Herkes kendinin iyi olması ve sağık için yeterli yaşam standartlarına, yaşlılıkta da gıda, giyim, ev, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler ve güvenlik hakkına sahiptir*” denilmektedir. Ülkemiz sosyal devlettir ve Anayasamızın 61. maddesinde; *Yaşlılar, devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağılanacak diğerk haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir. Yaşlıların gereksinim duyduğı sağık hizmetleri genç nüfustan oldukça farklıdır. Yaşlılara verilen sağık hizmetlerinin temel amacı, hastalıklardan korunma, yeti yitimini önleme ve geciktirme, bağımlı olmadan yaşama, tedavi edici hizmetlerin verilmesi yanında yeti yetersizliğı olan yaşlılara üretken ve kaliteli yaşam sağılanması olmalıdır*” yer almaktadır (Gözübüyük 2005 250).

Sosyal devlet anlayışı, toplumsal refahın artırılması, bireylerin maddi ve manevi olarak gelişmeleri ve korunmaları için gerekli koşulların sağılanması ve ülke kalkınmasının getireceğı yararların adil olarak toplumun tamamını kapsamasını içermektedir. Ancak sosyal devlet anlayışının işlerliğı sosyal hizmet ve sosyal yardımlarlar göstermektedir. Bu açıdan toplumun özel ilgi ve yardıma muhtaç grupları yer almaktadır. Çocuklar, gençler, özürlüler, suçlular, kadınlar, yaşlılar ve yoksullar bu özel gruplar içinde ele alınmaktadır. Geçmişte yardımına muhtaç bu grupların bakımı aile kurumu tarafından sağılanmakta iken günümüzde aile kurumunun geçirdiğı yapısal ve işlevsel değışimler sonucu, bu hizmetlerin önemli bir bölümünün toplumsal kurumlarca karşılanmaya başlamıştır (Ersanlı ve Kalkan, 29, 2008, 2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı Yaşlanma İhtisas Komisyon Raporu, 2014, 24).

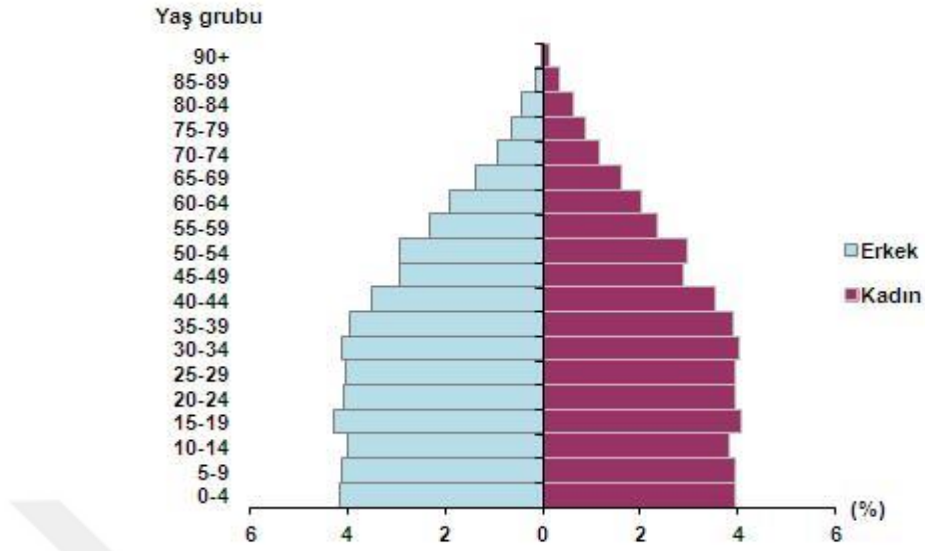
Sağık Bakanlığı, sağık sisteminde yeni bir örgütlenme modeli oluşturarak (Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Halk Sağığı Kurumu vb.) dönüşüm süreci

kapsamında, sağlık hizmetlerinin sunumunda otonom bir sisteme geçmiştir. Diğer taraftan ise dünyanın gelişmiş birçok ülkesinde uzun zamandır uygulanan ancak ülkemizde sunumu konusunda birçok eksikliklerin olduğu henüz çok yeni sayılabilecek evde bakım hizmetlerini uygulama çalışmalarını yürütmektedir. Ülkemizde evde bakım hizmetlerine gereksinim uyandıran birçok etken mevcuttur. Bu etkenler arasında demografik değişiklikler, toplum yapısındaki değişimler, bilim ve teknolojiye meydana gelen gelişmeler, sosyal haklarda meydana gelen değişimler, kurumsal bakım hizmetlerindeki yetersizlikler, sağlık harcamalarındaki maliyet artışları ve insani gerekçeler olarak sıralamak mümkündür. Özellikle demografik yapıdaki değişiklikler; bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranının azalması, kronik hastalıkların daha iyi kontrol altına alınabilmesi, sağlıklı yaşlanma ve yaşlılık konusunda yapılan yoğun çalışmalar, geriatri alanındaki gelişmeler, daha iyi yaşam şartları, kaliteli beslenme, bireylerin bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarının artması ve tıptaki teknolojik gelişmeler ve benzeri faktörler nedeniyle ülkemiz de genç nüfus oranının giderek azalmasına, 65 yaş ve üstü nüfus hızla yükselmesine neden olmuştur. Yani ülkemiz yaşlanma sürecinin hızlı olduğu gelişmekte olan ülkeler arasındadır diyebiliriz

Bu baskıların ortaya çıktığı aşamada, sosyal devlet anlayışı, sosyal hakları uygulayama geçirmeyi kendine temel görev edinmiş bir model olarak daha da gündeme gelmiş ve sosyal haklardan; ayırım gözetmeksizin, toplumu oluşturan tüm bireylerin ekonomik ve sosyal haklara sahip olmaları ve bu hakları özgürce kullanabilmeleri amaçlanmıştır.

Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye’de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir. Değişen yaş yapısı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye’de de önem kazanması beklenmekte, 2050 yılında Türkiye nüfusunda 16 milyon civarında yaşlının bulunacağı öngörülmektedir. Böylesi bir durum hedeflenen ve yürütülen plan ve programlar açısından önem taşımaktadır (http://www.geriatrihernegi.org.tr/pdf/geriatri_gazetesi.pdf Erişim Tarihi; 25/01/2019).

Şekil 4: Nüfus Dinamikleri; Nüfus yaş kompozisyonu, Türkiye



Kaynak; <https://biruni.tuik.gov.tr/secilmisgostergeler/sorguSayfa.do?target=degisken>

(Ülkemizde 15-64 yaş grubunda bulunan (çalışma çağındaki) nüfusun oranı 2015 yılında, bir önceki yılda olduğu gibi %67,8 (53 milyon 359 bin 594 kişi) olarak gerçekleşti. Çocuk yaş grubundaki (0-14) nüfusun oranı ise %24'e (18 milyon 886 bin 220 kişi) gerilerken, 65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun oranı da %8,2'ye (6 milyon 495 bin 239 kişi) yükseldi

(<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=bhGhX4vQL85HGFrYmpq8K11wBJQy2QvtQJCGB1rlyRzq6dFGlghw!-1045778888?id=21507> Erişim Tarihi; 26/01/2019).

Yaşlı nüfusundaki bu belirgin artışın sağlık-bakım hizmetleri, sosyal güvenlik programları- yaşlılara maddi/ manevi destek sağlayan aile gibi sosyal kurumlar üzerinde çok güçlü baskılar oluşturmaktadır.

Yaşlı birey hem aile hem de toplum içindeki “ata” ve “otorite” rollerini/statüsünü kaybetmiştir. Ayrıca kırdan kente göç, geniş aile tipiden, çekirdek aile tipine geçiş yaşlı bireylerin aile içindeki statüsüne ve değerine ilişkin algıları değiştirmiş; yaşlıların yalnız yaşaması ve yaşlı bakımının planlanması, yaşlılara sunulan sosyal hizmetler gibi konular sosyal refah devleti anlayışı içinde daha çok tartışılmaya başlanmıştır (2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Komisyon Raporu, 2014, 29).

Türkiye de yaşı nüfusun artması ile birlikte toplumsal yaşamda bazı düzenlemeler gerekli olmuştur. Yirminci yüzyılın başlarında kırsal nüfus ve geleneksel geniş aile modeli yaygınken son 50 yıldır yaşanan köyden kente göç süreci ile çekirdek aile modeli kentsel alanda yaygın hale gelmiştir. Yaşlılar geleneksel aile modelindeki otoritelerini göreceli olarak yitirmişlerdir. Bireyci olmak yerine toplulukçu ilişki tarzlarının yaygın olduğu aile modellerinden gelen yaşlıların, günümüzde çekirdek ailenin de etkisiyle bu olanaklardan giderek daha fazla yoksun kalmak zorunda olmaları önemli toplumsal sorunları gündeme getirmektedir (Bilge ve Arkadaşları, 2014, 3)

Tıbbi ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak doğumda beklenen yaşam süresinin ve yaşı nüfus oranının hızla artması, ailenin yaşı bakımındaki merkezi rolünün devlet ve toplum tarafından paylaşılmasını gerektirmiştir. Bu anlamda yaşı bireylerin yaşam standartlarını koruma ve yükseltme amaçlı sosyal refah hizmetleri önemli hale gelmiştir. Çünkü sosyal devletin sorumluluklarını yerine getiremediği durumlarda yaşlılar için “ sosyal dışlanma”nın ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır. Bilindiği gibi sosyal dışlanma sosyal bütünleşme ve güç eksikliği ile ilişkilidir. Yaşlanma ile ortaya çıkan fiziksel güç ve gelir kaybı güçsüzlüğe ve muhtaçlığa neden olmakta yaşı bireyler için sosyal dışlanmayı ve eşitsizliği artırmaktadır (Ersanlı, 2008, 29).

Türkiye’de yaşlının mümkün olduğunca evinde yakın çevresinden koparılmadan ihtiyaçlarının karşılanarak bakımlarının sağlanması yönünde çalışmalara başlanmıştır. Kurumsal bakım modelinin alternatifi olarak; yaşlının onurunu ve saygınlığını koruyacak toplumdan izolasyonunu önleyecek ve yaşadığı ortamda ihtiyacı olan hizmetleri almasını sağlayacak modeller üzerinde tartışılmaktadır. Yaşadıkları ortamda yeterli sosyal desteğe sahip yaşlıların kendilerini daha az yalnız hissettikleri, yaşlılıkla ilgili tutumlarının daha olumlu ve yaşamdan duydukları tatminin daha yüksek olduğu bilinmektedir. Ancak evde bakım sürecinde bakım verenin karşılaştığı zorluklar sosyal, fiziksel, ruhsal ve ekonomik açıdan çeşitli sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle ülkemizde evde bakım modeli içinde yalnızca ekonomik desteğin yeterli olmayacağı yaşlıya, aileye ve bakım verene sosyal desteğinde gerekli olduğu açıktır (Ersanlı ve Kalkan, 2008,

33 ve 2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Komiyon Raporu, 2014, 34)

Toplumsal kaynaklar arasında aile, yaşlıların bakımında birincil ve temel destek unsuru olarak en büyük öneme sahiptir. Aileler yaşlıların bakımının bir zorunluluk olarak görmemekte, yaşlı bakımını aile içinde yerine getirilmesi gereken bir sorumluluk olarak kabul etmektedir. Özellikle de aile bireylerinden kadınlar, ekonomik maliyetinin de düşük olması nedeniyle yaşlıların bakımında ve korunmasında temel merkezi oluşturmaktadırlar. Yaşanan toplumsal değişim Türkiye’de Batı ülkelerindeki kadar net olmasa da; geniş aile yapısından çekirdek aileye geçiş, ekonomik problemler, kırsal alanlardan şehirlere göçün artması, çocuksuz bireylerin sayısının artması, insanların daha geç ve daha az sayıda çocuk sahibi olması, evlenme oranların azalması, boşanma oranların çoğalması ve çalışan kadın sayısının artması ile birlikte ailelerin yaşlılara bakım kapasiteleri değişime uğramaya başlamıştır. Batı ülkelerindeki toplumsal değişim etkilerinin Türkiye’ye yansımalarının daha kuvvetli bir şekilde hissedileceği tahmin edilmektedir (Selek Öz, 2010, 72-73).

Bilim ve teknoloji alanında meydana gelen gelişmeler, önceleri sadece hastanede yapılması mümkün olan pratiklerin artık evde de yapılabilir hale gelmesine imkan tanımıştır. Öncelikle biyomedikal, farmakolojik ve teknolojik yenilikler hastalar için hastane yerine evde bakılmaya olanaklı hale getirmiştir. Bu bağlamda infüzyon, destekli solunum, diyaliz, diyet tedavileri, radyografi, ultrason, beslenme pompaları, kan alma cihazları, nabız oksimetreleri, uzaktan görüntüleme gibi son derece teknik hizmetler sunulabilir hale gelmiştir. Ayrıca önceleri infüzyon tedavisinin mutlaka ehil bir hemşire tarafından uygulanması gerekirken, artık teknolojik yeniliklerle beraber aile üyeleri ya da bakıcılar tarafından da uygulanması mümkün hale gelmiştir. Öyle ki bazı durumlarda tedavi hastanın kendisi tarafından bile uygulanabilecek duruma gelmiştir. Kalp monitörleri, kan şekeri monitörleri gibi uzaktan görüntüleme sistemleri ile hastanın durumunun sürekli takip edilebilmesine imkan vermekte, bakımı hem hasta hem de sağlık personeli açısından kolaylaştırmaktadır (WHO, 2008, 28)

Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelerle birlikte çipler ve dedektörler sayesinde ev dışına çıkan ve kaybolmasından endişe edilen Alzheimer, demans vb.

hastalarının kolayca bulunabilmeleri mümkün hale gelmiştir. Bakıma muhtaç insanların evlerinde yapılabilen basit tadilatlarla ve değişikliklerle günlük yaşamlarını kolaylaştırabilmek mümkün hale gelmiştir. Ayrıca özel sandalyeler, ev içinde yapılan rampalar, uyumlaştırılmış tuvalet, banyo ve mutfaklar, kaldırma ekipmanları, bası yaralarını önlemek için tasarlanmış özel yataklar evde bakımda bakıma muhtaç kişinin bağımsız bir şekilde yaşamını sürdürebilmesine yardımcı olmaktadır (WHO, 2008, 28)

Uzun süreli yatarak sağlık ve sosyal hizmetlerin verildiği huzurevi bakımının da yaşlılar üzerinde tıbbi ve psikolojik açıdan olumsuz etkilerine ilişkin çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Yaşlıların bir arada kaldığı bakımevi ve huzurevlerinde kişisel gereksinim beklentilerinin karşılanması amacına yönelik bireysel bakım planlarının geliştirilmesi oldukça zor olmaktadır. Ayrıca huzurevi ya da bakımevleri, bireyin özerkliği, bağımsız yaşama ve yaşam kalitesi yönünde çoğu kez arzu edilen bir seçenek olmamaktadır. Bu da bakım hizmetlerinin kalitesini düşürdüğü gibi bakıma muhtaç kimsenin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı zamanda bakımın yetersizliğine ilişkin olarak kurumsal istismarın çok yaygın olmasıdır (Oğlak, 2008, 43)

Toplumu oluşturan bireylerin birbirlerine karşı ahlaki yükümlülükleri bulunmaktadır. Bu bağlamda yaşlıların ve özürlülerin toplumda yaşamlarını insan onuruna yaraşır bir şekilde sürdürmeleri gerekmektedir. Bu sadece devletin değil aynı zamanda toplumu oluşturan tüm bireylerin ortak sorumluluğu ve görevidir. Yaşlıların ve engellilerin maddi ve manevi değer kattıkları toplumun bireyleri tarafından takdir edilip saygı görmeleri, ödüllendirilmeleri aynı zamanda ahlaki yönden de gereklidir.

Günümüzde hızla artan nüfus kişi başına düşen hastane yatak sayısının azalması, yaşlıların hastane ortamında uzun süre kalması, ülkelere getirdiği maddi yük hasta da hastaneye yaşı ile ilgili birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olmaktadır. Öte yandan teknoloji gerektirmeyen bakım hizmetlerine gereksinim duyan birçok hastanın, teknoloji yoğun hastanelerde yatarak tedavi görmesi sağlık hizmetleri harcamalarındaki maliyetleri arttırdığı gibi hastane kaynaklarının etkin kullanılmamasına neden olmaktadır. Son 50 yıldır gelişmiş ülkelerde Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içindeki toplam harcamalar sürekli bir

yükselme göstermektedir. Bu yükselme nedenlerine bakıldığında demografik değişimler, kronik hastalıklar, hastalığa yakalanma oranı, karmaşık tıbbi teknoloji kullanımı, eğitim seviyesinin yükselmesinin etkili olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra sağlık harcamalarının %40*50 oranında doğrudan bakıma muhtaçlara yapılması, 65 yaş ve üstündeki kişi başına düşen sağlık harcamasının 65 yaş altındakilere göre 3-5 kat daha fazladır. Yapılan çalışmalar evde bakım hizmetlerinin hastane bakım hizmetlerine göre dörtte bir orana kadar daha düşük maliyeti olabildiğini göstermektedir (Oğlak, 2008, 45, Selek Öz, 2010, 76 <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yaslibakim2.html> ve [http://www.shcek.gov.tr/userfiles/pdf/2828 Sayılı SHÇEK Kanunu.pdf](http://www.shcek.gov.tr/userfiles/pdf/2828_Sayılı_SHÇEK_Kanunu.pdf) Erişim tarihi; 29.01.2019).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin evde bakım hizmetlerine olan eğilimlerine bakıldığında yapılan açıklamalarla; demografik değişim ve yaşlı nüfusun artması, aile yapısının değişmesi, tıp teknolojisinin gelişmesi, uzun süreli kurum bakım hizmetlerinin yetersizliği, ve sağlık harcamalarındaki artan maliyetler, ülkelerin sağlık politikalarında ve hizmet sunumlarında alternatif bir sunum olarak farklı model yaklaşımlarına gereksinim duymaya başlamışlardır. Bu yaklaşımlardan biri olan evde bakım ve sağlık hizmetleri, Türkiye’de de yeni bir sağlık hizmet sunum yaklaşım modeli olarak kurum bakımın yerini almaya başlamıştır. Tüm bu gelişmeler sosyal politikaların, sağlık ve sosyal gereksinimlerle ilgili yasal düzenlemelerin yeniden gözden geçirilerek yürürlüğe konulmasına neden olmuştur.

3.4. TÜRKİYE’DE VE DÜNYA’DA EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN SUNUMU VE MEVCUT DURUM DEĞERLENDİRMESİ

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda yer alan “sosyal devlet”, “sosyal güvenlik hakkı” ve “sosyal güvenlik bakımından özel olarak korunması gerekenler” ile ilgili düzenlemeler bakım güvencesinin Anayasal temelini oluşturmaktadır (Altuntaş ve Topçuoğlu, 2015, 313)

Ülkemizde ilk defa 1994 yılında Ankara Büyükşehir Belediyesi tarafından sosyal bakım ağırlıklı olarak uygulanmaya başlayan evde bakım hizmetleri Batı’da 1950’lerden sonra uygulanmaya başlamış ve halen dünyada çok

yaygın olarak farklı yöntemlerle uygulanan bir hizmet haline gelmiştir. Ülkemizde öncelikle belediyeler tarafından başlatılan bu hizmet pahalı olması ve yeterli kanuni alt yapısı olmaması dolayısıyla 2009 yılından sonra Sağlık Bakanlığı tarafından daha çok sağlık bakımı olarak verilmektedir.

Türkiye’de evde bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nca çıkartılan yönetmelik, yönerge ve genelgelerle yasal düzenlemeler yürütülmektedir. Bunun yanı sıra belediyelerce yürütülen evde bakım hizmetleri, Büyükşehir Belediyesi Kanunu’nun yedinci maddesine ve Belediyeler Kanunu’nun 14. maddesine¹ dayandırarak gerçekleştirilmektedir (Çoban, 2015, 71-72).

Sağlık Bakanlığı’nca hazırlanan ve yürürlükte olan yasal düzenlemeler;

- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, (RG, 2005a)
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (RG, 2013)
- SB Tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (SB, 2010)
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ (RG, 2005b)
- SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2011/8nolu “Evde Sağlık Hizmeti Standart Dosya Formları” konulu 18.02.2011 tarihli genelgesi (SB, 2011)

ASPB tarafından hazırlanan ve yürürlükte olan yasal düzenlemeler;

- Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik (RG, 2006)
- Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (RG, 2008a)
- Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2012/24 nolu evde bakım hizmetleri konulu ve 16 Ekim 2012 tarihli genelgesi (ASBP, 2012)
- SHÇEK’in “Bireysel Bakım Planı” konulu 31.12.2007 tarihli görüşü (SHÇEK, 2007b)
- SHÇEK’in “Özürlü Evde Bakım” konulu 18.01.2008 tarihli görüşü (SHÇEK, 2008)

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkan ekonomik, sosyal, kültürel, psikolojik sorunlar, ülkemizde de etkilerini göstermiştir. Tüm dünyada bu sorunlara

karşı geliştirilen tedbirler noktasında biçimlenen bir sosyal politika arayışları başlamıştır. Modern çağın etkisi olduğu kadar sosyal devlet anlayışının kaçınılmaz getirisi olan sosyal hizmetler çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri alternatif bir hizmet sunumu olarak benimsenmiştir. Ancak modern sosyal hizmet kapsamında amaçlanan hedefler doğrultusunda ülkeler imkanları doğrultusunda hizmet sunumu gerçekleştirmektedirler. Söz konusu sunulan hizmet, ülkeler arasında imkanlar doğrultusunda değişiklikler göstermektedir.

Türkiye’de sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında; yaşlı nüfus oranının yükselmeye başlaması, bulaşıcı olmayan hastalıklardaki ve kronik hastalıklardaki artış, sağlık harcamalarının azaltılarak maliyet kontrolünün sağlanmak istenmesi, gelişen teknolojinin etkisi ve sağlığa bakış açısının değişmesi gibi nedenlerle evde sağlık ve bakım hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Ancak ülkemizde evde bakım hizmetleri geniş bir bakım hizmetini değil, sadece “evde sağlık” hizmetlerinin sunumu gerçekleşmektedir.

Ülkemizde uygulanan evde sağlık hizmetlerinin amacı; ***“Madde 1; İhtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde, aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak verilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde Evde Sağlık Hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin en temel donanım ile araç, gereç ve personel ölçümlerinin ve personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak kayıt ve izlem sisteminin tanımlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlanmasıdır”*** (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge).

Yasal çerçeve değerlendirildiğinde 2005 yılına kadar evde bakım hizmetlerini sağlayacak bir varlık veya bir biçim oluşturulamamıştır. 10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ve bu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilmesine ilişkin “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 1 Şubat 2010 tarihinde yürürlüğe konularak evde sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağına dair yasal

çerçevesi düzenlenmiştir. Yine yönergeye göre ***“MADDE 14- (1); Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi hastalığın teşhisini koymak olmayıp daha önce ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında; muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, ilacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ve hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi ve hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar”***.

Bu yönetmelikte **Evde Bakım Hizmetleri**; ***“Madde4 (d); Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde sağlık bakımı ile sağlık hizmetlerinin sunulması”*** şeklinde tanımlanmıştır (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete Tarihi: 10.03.2005, Sayısı: 25751).

Son olarak Sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetlerinin sunulmasına dair yönetmelik” 27 Şubat 2015 ve 29280 sayılı resmi gazetede yayımlanarak yönetmelikte değişiklikler bazı değişiklikler getirilmiştir. Bu son yönetmeliğe göre Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)’ne bağlı olarak evde sağlık hizmet birimleri belirlenmiştir. Bunlar;

- **“T” tipi evde sağlık hizmet birimleri**; Evde sağlık hizmeti sunulan günlük hasta sayısı on ve üzerinde olan yerlerde en az bir adet kurulan birimler“T” tipi birimlerdir. Öncelikli olarak hizmet sunmakla görevli bu ekipte evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişi bulunur. İhtiyaç halinde ise psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır
- **TKHK’na bağlı hastanelere bünyesinde kurulan “H” tipi evde sağlık hizmet birimleri**; H” tipi birimler, öncelikli olarak uzman hekim

konsültasyonu, fizyoterapi gibi “T” tipi birimler tarafından verilmesi mümkün olmayan hizmetleri sunulmaktadır. “T” tibine benzer şekilde ekip yapılanması vardır. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır. Hastanın ihtiyacına göre ekibe uzman hekim ya da hekimler dâhil edilir. Hastane rollerinin belirlendiği gruplamaya göre A, B ve C tipi hastanelerin bulunduğu ilçelerde en az bir “H” tipi birim kurulur

- **TKHK’na bağlı ADSM’ler bünyesinde kurulan “D” tipi evde sağlık hizmet birimleri;** “D” tipi birimlerde ise ekipte bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunur. Bu yönetmelikte evde sağlık hizmetlerinin ne şekilde sevk ve idare edileceği gösterilmiştir (Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik).

Yine bu yönetmelikte evde sağlık hizmeti sunumuna ilişkin düzenlemelerin yanı sıra yaşlılara yönelik sunulan bakım hizmetleri 07.08.2008 tarih 26960 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik de düzenlenmiştir ve halen yürürlüktedir. Bu yönetmeliğin amacı, huzurevi bakımını tercih etmeyen yaşlılar için gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetlerinin niteliği ve bu hizmetleri yerine getiren birim ve personele ilişkin usul ve esasların belirlenmesi olarak ifade edilmektedir.

01.07.2005 tarihli ve 5378 sayılı “Özürlüler Yasası” ile ilk kez bakıma muhtaç engelli bireylerin bakım hizmetlerine yeni bir boyut kazandırılarak evde bakım hizmeti olanağı sağlanmıştır. 30.07.2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren, Bakıma Muhtaç Engelli Bireylerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik doğrultusunda, bakıma muhtaç engelliye sahip ailelerin *“biz vefat ettikten sonra engellimize kim bakacak”* endişelerinin giderilmesi hedeflenmiştir. Engelli bireylere sunulan bakım hizmetlerinin amacı, engelli bireyin ailesi yanında bakımının sağlanmasıdır. Ancak ailesi yanında bakımı mümkün olmayan engelli bireyler için alternatif olarak kurum bakımı seçeneği ile farklı hizmet modelleri sunabilmektir. Ayrıca bu yönetmeliklerle bakım hizmetlerinin ücret ve ödemelerle ilgili usul ve esaslar belirlenmiştir.

3.4.1. Evde Bakım Ve Sağlık Hizmetleri Organizasyonu

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik de evde sağlık hizmetlerinin organizasyonu şu şekilde belirtilmiştir. *“Madde 5; “Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ADSM’ler ve TSM’ler bünyesinde kurulan birimler ve AHB’ler vasıtası ile sunulmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonundan müdürlük; ilgili mevzuat hükümlerine uygun olarak etkin bir şekilde yürütülmesinden, birimlerin bağlı olduğu kurumların il teşkilatları müştereken sorumludur. Hizmetin yönetimi, birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon, müdürlük bünyesinde, Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğüne bağlı olarak oluşturulan “koordinasyon merkezi” tarafından sağlanır*

Koordinasyon merkezi için müdürlükçe uygun bir mekân ayrılır. Evde sağlık hizmeti sunan tüm birimler ile irtibatı sağlayacak; yeterli sayıda; şehir içi, şehirlerarası ve GSM görüşmelere açık; kayıt ve yönlendirme yapılabilen ve mesaj bırakılabilen sabit ve mobil telefon ve hattının bulunduğu santral donanımı tahsis edilir. Evde sağlık hizmetlerine başvuruların alındığı 444 3 833 numaralı telefon hattı da müdürlüğe bağlı koordinasyon merkezi bünyesinde hizmet verir (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete Tarihi: 10.03.2005, Sayısı: 25751).

3.4.2. Evde Bakım Ve Sağlık Hizmetlerine Başvuru ve Değerlendirme

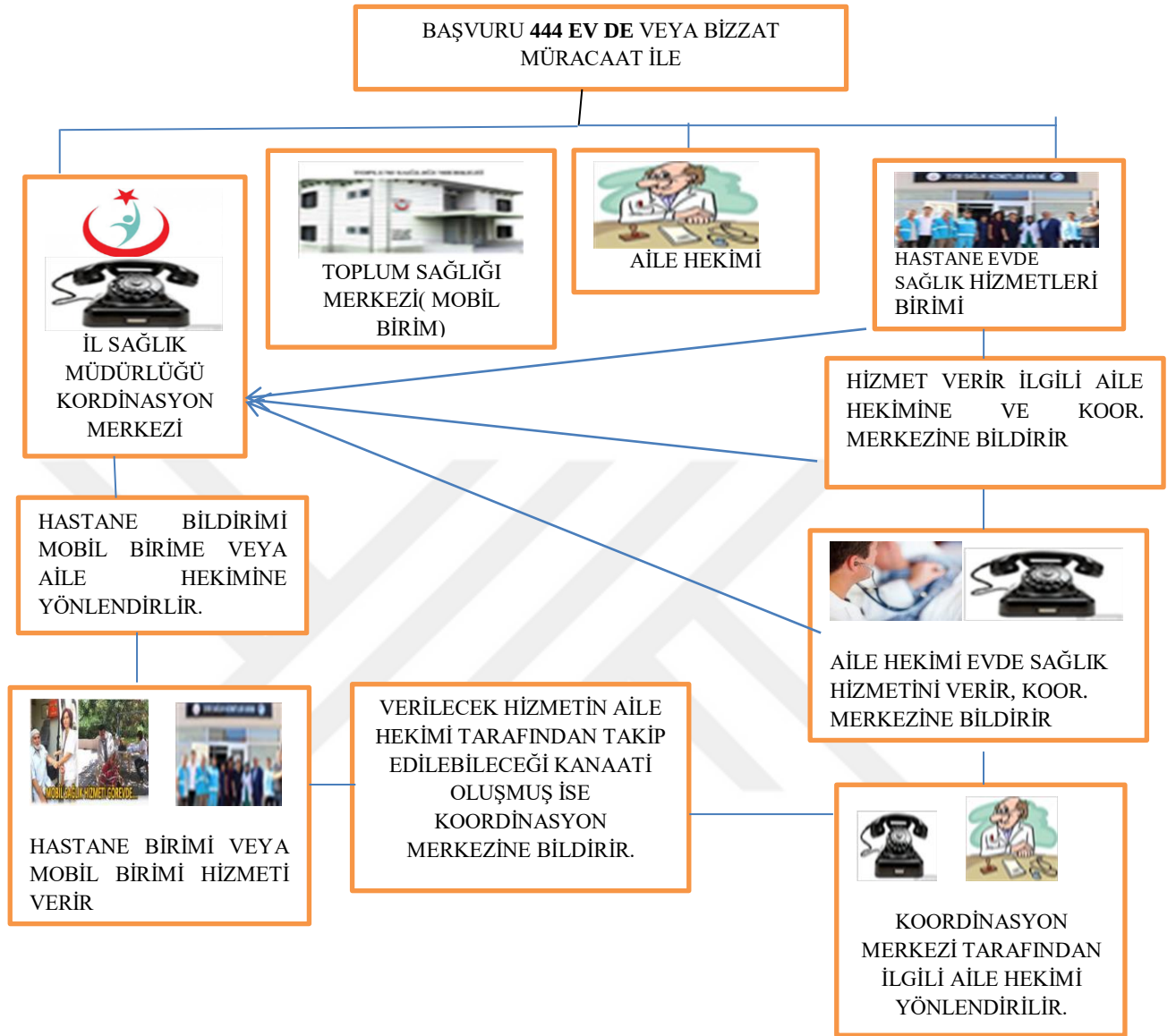
Sağlık-bakım sistemindeki değişiklikler evde bakıma talebi giderek arttırmaktadır. Bakıma duyulan ihtiyaç sürekli ya da sürekli olabilmektedir. Bu nedenledir ki yapılan başvuruların değerlendirilmesi hizmet sunumu için önemlidir. Bakım ihtiyacı olan bireylere bakım hizmeti kurumsal olarak, evde bakım hizmetleri, gündüzlü hizmetler, toplum temelli bakım hizmetleri şeklinde (umutevi/yaşamevi), huzurevi, bakım evi, yaşam destek merkezlerinde (hospis) verilmektedir. Ayrıca bu hizmet ihtiyacı olan birey ve ailelere belirli bir ücret karşılığında, yakınları tarafından da verilebilmektedir. İhtiyacı olan bakım muhtaç birey, aile ya da topluluğun başvuru ve değerlendirilmesi ilgili yönetmelikte şu şekildedir (Sağlık Bakanlığınca Sunulan

Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge);

- Evde sağlık hizmetine ihtiyacı olanlar Türkiye'nin her yerinden 444 38 33 **(444 EV DE)** numaralı telefonu hasta, hasta yakını, diğer kişi veya kurumlar tarafından arayarak ya da “Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu” doldurularak veya toplum sağlığı merkezlerine, aile hekimlerine veya Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde kurulmuş olan evde sağlık hizmeti birimleri aracılığıyla başvuru yapabilirler.
- Hastaneden taburcu aşamasında olup evde sağlık hizmet ihtiyacı olduğu değerlendirilen hastalar, müdavi hekim tarafından koordinasyon merkezine bildirilir.
- Koordinasyon merkezi, yapacağı ön değerlendirme neticesinde taleplerini uygun görülen hasta için, ikamet ettiği yerin yakınlığını, sağlık hizmeti ihtiyacının düzeyini ve hasta yoğunluğunu dikkate alarak, uygun gördüğü birimi ya da hastanın kayıtlı olduğu Aile Hekimi Birimini (AHB) görevlendirir.
- Görevlendirilen birim ya da AHB tarafından yapılan yerinde değerlendirme sonucunda başvurusu olumsuz neticelenenler ayrıntılı olarak bilgilendirilir. Hastanın evde sağlık hizmetine kabul edilip edilmediği koordinasyon merkezine ve kayıtlı olduğu aile hekimine de iletilir. Hasta, bu neticeye ilişkin yeniden değerlendirme talebiyle evde sağlık hizmetleri komisyonuna müracaat edebilir.
- Hizmetin seviyesi, kapsamı, süresi ve benzeri hususlarda birimler arasında ihtilafa düşülmesi halinde konu, evde sağlık hizmetleri komisyonu marifetiyle karara bağlanır. Evde sağlık hizmetleri komisyonunun gerekçeli kararı hizmeti sunacak birime tebliğ edilir. Evde sağlık hizmetleri komisyonunun kararı kesindir.
- Evde sağlık hizmetleri komisyonu karar alana kadar koordinasyon merkezinin kararı doğrultusunda hizmet verilir.
- Evde sağlık hizmetleri kapsamında olmayan başvuru sahipleri, koordinasyon merkezi tarafından, talep edilen hizmet ile ilgili kurum ya da kuruluşlara yönlendirilir.

- Çağrı merkezi görevlisi personel hizmet talep eden kişi ile görüşme yapar, gerekli bilgileri verir. İlk görüşmeyi takiben hekim veya hemşire tarafından görüşme yapılır. Hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirlenir. Bakım hizmeti alacak kişi hekim ve hemşire tarafından evde ziyaret edilir, kişinin bakım ihtiyaçları, ev şartları belirlenir. Hekim tarafından evde bakım hizmeti alacak kişinin varsa tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler ile bağlantı kurulur, tedavi planı alınır ve son olarak da evde bakım planı ve tedavi planı oluşturulur. Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler bulunmuyor veya bağlantı kurulamıyorsa hizmet alacak kişinin sağlık durumuna göre sağlık kuruluşun hekimi tarafından muayene edilerek, tanı ve tedavi planı hazırlanır. Hemşire tarafından da bakım planı hazırlanarak hekimin onayına sunulur, varsa gerekli değişiklikler yapılarak uygulanacak bakım planı hazırlanır. Gerektiği durumlarda ilgili uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle hasta konsültasyonu sağlanır. Evde bakım planına göre hekim dışı sağlık personelinin görev saatleri ve uygulayacakları işlemler belirlenir ve görev dağılımı yapılır (Evde bakım hizmetleri hakkında Yönetmelik, RG; 10.03.2005 Sayı: 25751).

Şekil 5: Şekil 3; Mürakat Şeması



3.4.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Ölçütleri

Günümüzde, evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinden ve denetiminden SB ve ASPB sorumludur. İlgili yasalarda SB tarafından hizmet sunulacak grup hasta birey, ASPB tarafından hizmet sunulacak temel grup ise sağlıklı yaşlı ve bakıma muhtaç özürlü olarak tanımlanmıştır. Korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç, çocuk, sakat ve yaşlıların tespiti, bunların korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonları, kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre koşullarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanması, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözülmesine

yardımcı olunması ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda evde bakım hizmetlerinden yararlanma ölçütleri kapsamında hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir.

Ülkemizde evde takibi zorunlu bakıma muhtaç engellinin evde bakım hizmetlerinden yararlanma ölçütleri çerçevesinde tespiti:

- Engellinin bildirimini müteakiben özürlü veya talep edilen hizmetler hakkında bildirimde bulunan kişi ile il/ilçe müdürlüklerinde ön görüşme yapılır. Bakıma muhtaç özürünün bakım hizmeti talebi doğrultusunda Bakım Hizmetleri Talep Formu düzenlenir (Bakıma Muhtaç Engellinin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, RG; 30/07/2006 Sayı: 26244);
- Özel bakım merkezinden yararlanabilmek için tam teşekküllü hastanelerden alınacak 16.12.2010 tarih ve 27787 Sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan” Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” kapsamında alınan Engelli Sağlık Kurulu Raporlarında engel oranı % 50 ve üzeri olup ağır engelli EVET- HAYIR bölümünde EVET ibaresi olması;
- 30.07.2006 tarih 26244 sayılı “Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” kapsamında bakım ihtiyacı olduğuna dair bakım raporu
- Her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirler toplamı esas alınmak suretiyle; kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olunan birey sayısına göre kendisine düşen ortalama aylık gelir tutarının, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3’ünden daha az olduğunun bakım raporu ile tespit edilmesi gerekmektedir (Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG; 23/10/2006 Sayı;26679).

Ancak, bu düzenlemeden yararlanmada; sosyal güvenlik kurumlarına tabi olmayan, ailesini kaybetmiş olanlar ile ailesi ekonomik veya sosyal yoksunluk içerisinde bulunan bakıma muhtaç özürlüler evde ve kurumda ücretsiz olarak yararlanabilmektedirler. Bakım hizmetinden yararlanacak bakıma muhtaç özürlü sayısı oldukça daraltılmıştır

Yaşamın bir gerçeği olarak yaşlanan herkes ömrünün belli bir diliminden sonra bakıma muhtaç hale gelmektedir. Bakacak kimsesi ve ekonomik gücü bakım için yeterli olmayan ve bakıma ihtiyaç duyan tüm yaşlıların; yaşam koşulları ve standartları yükseltilmek ve ömürlerinin son döneminde insan onuruna yaraşır bir biçimde yaşamak üzere sosyal devlet tarafından bakılması zorunludur. Yaşlıları huzurlu bir ortamda korumak ve bakımlarını sağlamanın yanında maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesi, ihtiyaçlarının karşılanması, sosyal sorunlarının çözülmesi ve hayat standartlarının iyileştirilmesi amacı taşımaktadır.

Bu amaç doğrultusunda, ASPB Türkiye’de yaşlılık alanında sosyal hizmet uygulamaları görevini yerine getirmek amacıyla; sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde bulunan yaşlılarla ilgili hizmetleri yürütmekte, sosyal hizmet kuruluşlarının dengeli ve ihtiyaçlara dayalı olarak kurulması yönünde çalışma yapmaktadır, ya da özel veya resmi kurumlar tarafından giderilmek durumundadır. Ülkemizde yaşlılara yönelik hizmetler yaşlının bizzat yakınları tarafından sağlanmakta olup, daha çok kurumsal bakım üzerinde (huzur evleri ile yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri v.b.) yoğunlaşmaktadır (Genç ve Barış, 2015, 42).

İlgili mevzuat doğrultusunda bakıma muhtaç yaşlının evde veya kurumda evde bakım hizmetlerinden yararlanma ölçütleri çerçevesinde tespiti (Özel Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği RG; 07/08/2008 Sayı; 26960);

- Sosyal, fiziksel ve moral desteğe ihtiyaç duyan, akıl ve ruh sağlığı yerinde olup, kuruluş bakımına ihtiyacı olan en az elli beş yaşında olması
- **Özel bakım yaşlısı:** Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan veya akıl ve ruh sağlığı yerinde olmadığı halde huzurevi ve yaşlı bakım hizmetlerinin sunumunda diğer hizmet alan yaşlılara karşı herhangi bir olumsuz durum oluşturmadığı sağlık kuruluşlarının psikiyatri kliniklerinden alınacak huzurevi veya yaşlı bakım merkezinde kalmasında bir sakınca olmadığına dair tabip raporu ile tespit edilen ve bulaşıcı veya sürekli tıbbi bakım gerektiren bir hastalığı bulunmayan, bulaşıcı hastalığı var ise sağlık kuruluşlarının ilgili bölümlerinden alınacak toplu yaşam yerlerinde bakılmasında bir sakınca olmadığına dair doktor raporu ile tespit edilen yaşlılığa bağlı demans, alzheimer gibi, ağır felçli, yatağa bağımlı veya özel

bakımı gerektiren diğer hallerde, başkasının desteğine ihtiyaç duyması

- **Sağlıklı yaşı olması:** Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, kendi öz bakımını bağımsız şekilde yapabilen, bulaşıcı hastalığı, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı olmaması,
- Kuruluşa kabul edilecek yaşlılarda elli beş yaş ve daha yukarı yaşlarda olma şartı aranır. Ancak elli beş yaşın altında olan kişilerin zorunlu hallerde kuruluşa kabulü; sorumlu müdürün teklifi, hazırlanacak sosyal inceleme raporu sonucuna göre İl Müdürlüğünün uygun görüşüne dayanılarak alınacak valilik onayından sonra yapılır.
- Kuruluşa yaşı kabulünde (Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik”, RG; 07.08.2008, Sayı: 26960);
 1. Dilekçe,
 2. Nüfus Cüzdan Örneği,
 3. Yaşlının bulaşıcı hastalığı olmadığı, bulaşıcı hastalığı bulunduğu takdirde bu hastalığın enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanının toplu yaşam yerlerinde kalmasına mani bir bulaşıcı hastalık olmadığına dair raporu ile akıl ve ruh sağlığının yerinde veya uyuşturucu madde ve alkol bağımlısı olmadığını kanıtlayan ve yaşlının huzurevi hizmetinden veya yaşlı bakım merkezi hizmetinden yararlanmasının uygun olacağını belirten özel veya resmi sağlık kuruluşlarının yalnızca ilgili bölümlerinden alınacak sağlık durumlarını gösterir rapor istenir. Yaşlının bunlar dışında tıbbi takibi gerektiren kronik bir hastalığı var ise bu hastalığa ait bölüm uzmanından veya ilgili kliniklerden alınacak tabip raporunda ayrıca belirtilir.

Kuruluşa kabul edilecek yaşlılarda, ırk, renk, cinsiyet, dil, tabiyet, din, siyasi düşünce, felsefi inanç ve eğitim yönünden hiçbir ayrım yapılmaz ve geçmişteki mahkumiyetleri göz önüne alınmaz. Belgeleri tamamlanan ve düzenlenen, sosyal inceleme raporuna göre değerlendirilmesi yapılan yaşlılar kuruluşa kabul edilir, sıraya alınır veya reddedilir (Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik”, RG; 07.08.2008, Sayı:

26960).

Bu şartları taşımayan yaşlılar evde bakım ve sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Ekonomik düzeyi yüksek olan yaşlılar kendi imkanları ile özel kuruluşlardan bu hizmeti almaktadırlar.

Yaşlı nüfusun, kronik hastalıkların, ruhsal hastaların, yaralanmaların ve AIDS hastalığına yakalanan kişilerin sayısının artması sağlık hizmetlerinin kullanımını ve maliyetini arttırmıştır. Bu sağlık sorunlarına bağlı olarak yataklı tedavi kurumlarının yatakları daha fazla kullanmış, hastane yatak işgal süreleri uzamıştır. Bu nedenledir ki belirtilen sorunları yaşayan bireylerin gerek duyduğu bakım ve sağlık hizmeti genelde uzun sürelidir; gerek duyulan hizmetlerin sürekli olarak yataklı kurum ortamında karşılanmaya çalışılması hem sağlık sistemi için hem de bireyler ve aileleri için önemli sorunlar yaratmaktadır. Günümüzde sağlık sorunları yaşayan bireylere istekli olmaları durumunda kurumsal bakıma alternatif olarak evde bakım hizmeti sunulması fikri gelişmiştir. Bu olumsuzlukları indirmek için evde bakım ve sağlık hizmetleri kapsamındaki hastalar aşağıdaki gibidir;

- Evde aile bireyleriyle birlikte yaşayan veya kimsesiz, özürlü, yaşlı, felçli, yatağa bağımlı, hayatını başkalarına bağımlı olarak idame ettiren bakıma muhtaç bireyler
- KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastlığı) vb. solunum sistemi hastaları
- Palyatif bakım gereken enteral-paraenteral gereksinimi olan terminal dönem onkoloji hastaları
- İleri derecedeki kas hastaları
- Fototerapi ihtiyacı olan yenidoğan (0-1 aylık)
- Nörolojik Hastalıklarda inme, demans, Alzheimer hastalığı, (ALS (Amyotrofik Lateral Skleroz), CVA (Cerebrovascular Accident) vb. olan bireylere
- Kardiyovasküler hastalıklardan konjestif kalp yetmezliği
- Enfeksiyon hastalıklarda bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyon tedavisi, HIV/AIDS, diğer immün yetmezlik sendromları
- Nefrolojik hastalıklarda son dönem böbrek yetmezliği, evde diyaliz, periton diyalizi hastaları
- Hastanede gördüğü tedavi ve ameliyatı sonrasında taburcu edilen ve idame

tedavisinin evde sağlanması gereken hastalara

- Kaza geçirmiş olup kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinimi duyan hastalara
- Evde Sağlık Hizmetleri kapsamına alınan hastaların ihtiyaç duyduğu ağız ve diş sağlığı hizmetleri de Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri tarafından verilmektedir (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetleri Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge).

Muhtaçlık zengin fakir herkesin karşılaşılabileceği bir durum olmasına rağmen ülkemizde evde bakım hizmeti konusunda sadece ekonomik yoksunluk içinde bulunan hastalara, ağır özürlü grubundaki kişilere ve yaşlılara karşılıksız destek sağlamaktadır.

3.4.4. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Kapsamı Ve Sunumu

Evde bakım hizmetlerinin sunumunun belirlenmesinde, hizmeti alacak kişi ve ailesinin tercihi önemlidir. Ancak asıl karar bakım hizmetleri tarafından hazırlanan bakım raporu ile verilmektedir. (SHÇEK, 2008a). Bakım hizmeti değerlendirme heyeti tarafından hazırlanan bu rapor, talepte bulunan bireyin, gelir durumunu, bakıma muhtaçlık durumunu, kişinin ve ailesinin psiko-sosyal durumunu ve verilecek bakım türünü kapsamaktadır.

Hasta, yaşlı ve bakıma muhtaç engelli kişilerin birbirinden farklı ihtiyaçlarının olması ve sunulması, hizmet sunumu esnasında kurumların ve hizmet sağlayıcıların çeşitlenmesine yol açmakla birlikte birçok yasal düzenlemenin yapılmasına yol açmıştır. Ülkemizde evde bakım hizmetlerine yönelik yasal düzenlemelerle on iki farklı uygulama mevcuttur. Bunların bazıları etkin olarak kullanılıyorken, bazıları sadece mevzuat düzeyinde kalmış ve uygulamaya geçememiştir. Türkiye’de mevcut evde bakım hizmet uygulamaları (Çoban, 2015, 67-68);

1. SB Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) sorumluluğunda aile hekimleri kapsamında sunulan hizmetler.
2. SB Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) tarafından hastaneler bünyesindeki evde sağlık birimleri tarafından yürütülen hizmetler.

3. SB TKHK ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM) tarafından yürütülen hizmetler.
4. SB THSK bağlı Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) tarafından yürütülen hizmetler.
5. SB izni ile açılan özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen hizmetler.
6. ASPB izni ile açılan özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen hizmetler.
7. ASPB tarafından aile üyelerine sağlanan nakit yardımı kapsamındaki hizmetler.
8. ASPB izni ile açılan yatılı bakım kurumları tarafından yürütülen evde bakım hizmetler
9. ASPB izni ile açılan gündüz bakım merkezleri tarafından yürütülen hizmetler
10. Belediyeler tarafından sağlanan hizmetler.
11. Hiçbir kuruluşa bağlı olmaksızın yasadışı şekilde yürütülen hizmetler.
12. Aile üyeleri tarafından verilen geleneksel bakım hizmetleri.

Türkiye'deki evde bakım kuruluşları ve hizmet içerikleri ana başlıklar hâlinde Tabloda da verilmiştir.

Tablo 5 : Türkiye’de evde bakım uygulamalarının hizmet içerikleri

Hizmet Sunum Biçimi	Hizmet İçeriği								
	Ev işleri	Yemek Hazırlama	Kişisel Bakım	Tıbbi Bakım	Tedavi	Muayene	Psiko-sosyal Rehabilitasyon	Hasta Nakil	Ağız ve Diş Sağlığı
Aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri kapsamında sunulan evde bakım hizmetleri				X	X	X	X		
TKHK tarafından hastaneler bünyesinde oluşturulmuş evde sağlık birimleri				X	X	X	X	X	
TKHK bağlı ADSM tarafından yürütülen hizmetler									X
THSK bağlı TSM Hizmetleri				X	X	X	X	X	

SB izni ile açılan özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen hizmetler	X	X	X	X	X	X	X	X	
ASPB izni ile açılan özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen hizmetler	X	X	X				X		
ASPB tarafından evde bakım hizmeti sunumu için aile üyelerine sağlanan nakit yardımı kapsamındaki evde bakım hizmetleri	X	X	X				X		
ASPB tarafından evde bakım hizmeti sunumu için yatılı bakım kurumları tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri	X	X	X				X		
ASPB tarafından evde bakım hizmeti sunumu gündüz bakım merkezleri tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri	X	X	X				X		
Belediyeler tarafından sağlanan evde bakım hizmetleri	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hiçbir kuruluşa bağlı olmadan yasadışı şekilde yürütülen evde bakım hizmetleri	X	X	X	X	X	X	X	X	
Aile üyeleri tarafından verilen geleneksel bakım	X	X	X					X	X

3.4.4.1. Aile hekimliği bünyesinde sunulan evde bakım hizmetleri

Türkiye’de aile hekimliği sistemi 15.09.2005 tarihinde Düzce’de pilot çalışma ile başlamış ve 2010 yılından itibaren tüm Türkiye’de uygulanmaya başlamıştır. Aile hekimlerinin sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili görevleri ve yetkileri 25.1.2013 tarih ve 28539 sayılı RG’de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde tanımlanmıştır. Söz konusu yönetmelikte aile hekimlerinin evde bakım hizmetleri ile ilgili olarak (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, RG, 2013, Sayı;28539);

- **“Madde 4-c; Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek,**
- **Md3-g; Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri**

durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek,

- **Md3-ğ; Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak”**

Tanımlanan görevler eşliğinde, aile hekiminin sağlık kuruluşunda vereceği hizmetlerin büyük kısmını evde de vermesi mümkündür. Evde verilen hizmet ile kurumda verilen hizmet arasındaki tek farkı hizmetin sunulacağı grup oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı, aile hekimleri tarafından sunulacak evde bakım hizmetlerinde birinci basamak sağlık hizmetleri gibi geniş bir hizmet içeriğinin sunulmasını gerekli kılarken hizmet sunulacak hedef kitleyi “evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar” olarak daraltmıştır. Yani aile hekimleri, evde bakım ve sağlık hizmetlerinin hedef kitlesi olan, evde takibi zorunlu engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişilere hizmet sunmaktadır (Sağlık Bakanlığı tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge).

3.4.4.2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı iznine bağlı özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri

ASPB izni ile açılacak özel evde bakım kuruluşları “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” kapsamında uygulamalarını yürütmektedir.

“Madde 4 (d): Gündüzlü bakım hizmeti; ev ortamında yaşayan akıl ve ruh sağlığı yerinde olan yaşlıların boş zamanlarını çeşitli sosyal etkinliklerle değerlendirmek, sosyal ilişkilerini ve aktivitelerini artırarak onların sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olmak, yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren, demans, alzheimer gibi hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkânlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre

faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini artırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşlının yaşam kalitesini artırmak hizmetlerini kapsamaktadır”.

“Madde 4 (c) ; Evde bakım hizmeti; Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya komşu, akraba gibi diğer destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla yaşlının evinde yaşlı hizmet merkezlerince sunulan sosyal, psikolojik destek hizmetleridir. Evde bakım hizmeti yaşlının veya yakınlarının talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere gerektiğinde yirmi dört saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde düzenlenebilir. İhtiyaç durumunda belirli saatlerde de evde bakım hizmeti verilebilir. Bu hizmetler evde bakım hizmeti birimi tarafından yürütülür. Merkez kendi personeli ile evde bakım hizmeti yapabileceği gibi mevcut personel durumunu dikkate alarak uygun sayıda kişi/kuruluşlar ile 20 nci maddede belirtilen nitelikteki elemanlar tarafından hizmet verilecek şekilde bakım sözleşmesi yapabilir. Merkez yukarıda belirtilen hizmetlerin tümünü birden verebileceği gibi yalnızca bir hizmeti de verebilir. Kamu kurum ve kuruluşları, özel hukuk tüzel kişileri bu hizmetlerden yararlanmak isteyen ve her hangi bir geliri olmayan, bakacak kimsesi bulunmayan yaşlılara kapasitesinin yüzde beş oranında ücretsiz hizmet verir. Ücretsiz hizmet verilecek yaşlılar İl/İlçe Müdürlüğünce belirlenir” (Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik RG, 2008a, Sayı;26960).

ASPB iznine bağlı özel evde bakım kuruluşları tarafından hizmet sunulacak grupları aşağıdaki gibi özetleyebiliriz;

- Yaşlı
- Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan kişi
- Tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan kişi
- Herhangi bir özrü bulunmayan kişi
- Aile üyeleri tarafından tek başına bakılamayan kişi

3.4.4.3. Türkiye Kamu Hastane Kurumu tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri

TKHK 2 Kasım 2012 tarih ve 28103 sayılı RG’de yayınlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile kurulmuştur. TKHK tarafından sunulacak evde bakım hizmetleri 01 Şubat 2010 tarihinde 3895 sayılı makam oluru ile yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı”na Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” kapsamında yürütülmektedir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, kendilerine bağlı sağlık kuruluşlarının mezkûr modülü (adı geçen bölümleri) kullanmalarını sağlamak, bunun için gerekli olan düzenlemeleri ve eğitimleri yaptırmakla yükümlüdürler (Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlar Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” RG; 27/02/2015, Sayı; 29280)

Kamu hastane birlikleri evde sundukları hizmetleri tanımlarken, evde sağlık terimini kullanmayı tercih etmiştir. Evde sağlık ***“Madde 4; Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri”*** olarak oldukça kapsayıcı olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetleri Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge). Evde bakım hizmeti ise hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dâhil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması şeklinde ifade edilmiştir (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, RG; 10/03/2005, Sayı: 25751). İki tanımda da hizmet kapsamının aynı olduğu ve evde bakım hizmeti tanımı içerisinde belirtilen hedef grubun hasta kişiler olarak ifade edilmektedir

Evde bakım hizmeti sunmak için kamu hastaneleri bünyesinde kurulmuş evde sağlık birimlerinde, “Sağlık Bakanlığı”na Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” gereğince zorunlu personel ve tercihen ve/veya hizmetin içeriğine göre olması gereken personel olmak üzere iki grup personel dağılımı söz konusudur. Personel nitelikleri dikkate alındığında evde

tıbbi bakım vermek üzere oluşturulmuş birimler olduğu izlenmektedir.

3.4.4.4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri

ASPB tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri temel olarak sağlıklı yaşlı ve bakıma muhtaç özürlü gruplarına hizmet sunmaktadır. Sağlıklı yaşlılara evde bakım hizmetleri, “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım yönetmelik ve Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” kapsamında yürütülmektedir. Bakıma muhtaç özürlülere ise, “Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine ilişkin Yönetmelik” kapsamında hizmet sunulmaktadır (RG, 2006, Sayı:26244). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının (ASPB) Teşkilat ve Görevlerini belirleyen 03 Haziran 2011 tarih ve 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığına, engelli bireylere sunulan bakım hizmetlerini oluşturmak, geliştirmek ve uygulamak sorumluluğunu vermiştir. Bu çerçevede, engelli bireylerin tespiti, korunması, bakım ve rehabilitasyonu ile toplum içinde bağımsız yaşamasını sağlayıcı hizmetleri planlamak, bu hizmetlerden yararlanamayacak durumda olan engellilere sürekli bakım sağlayacak hizmetleri yürütmek, kuruluş açmak ve hizmeti yönlendirmek gibi hizmetler de sorumluluklarından sayılmaktadır.

Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik kapsamında sunulacak evde bakım hizmetleri, yasal çerçevede bir teşkilatlanma şeklinde yer almasına rağmen, uygulamada böyle bir kuruluş söz konusu olmadığı için hizmet sunulmamaktadır. Hizmet sunumu, kamu kurum ve kuruluşları, gönüllü kuruluşlar ile gerçek ve tüzel kişilerce gerçekleştirilmektedir. Ülkemizde, yaşlılara yönelik yatılı kurum hizmetleri SHÇEK’e bağlı faaliyet gösteren Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri ile Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri ve Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşları bünyesinde açılan Huzurevleri eliyle sunulmaktadır (Tuncay, <http://docplayer.biz.tr/13366221-Unite-sosyal-hizmet-mevzuati-icindekiler-hedefler-yaslilik-mevzuati-doc-dr-tarik-tuncay.html> Erişim Tarihi; 15/02/2019).

3.4.4.4.1. ASPB'nın Yaşlılara Sunduğu Hizmetler

3.4.4.4.1.1. Huzurevi ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon

Merkezlerinde yaşlılara götürülen hizmetler;

60 yaş üzerindeki, sosyal ve ekonomik açıdan yoksunluk içinde olup, korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç olan kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak, sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak kendi kendilerini idare edebilecek şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı, tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Ülkemizin ekonomik ve sosyal şartları gereği yaşlanma alt sınırı yaşı 60 olarak belirlenmiştir. Birleşmiş Milletler tarafından öngörülen ve Avrupa ülkelerinin çoğunda uygulanan yaşlanma alt sınırı yaşı 65'dir .

Huzurevi; 60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimleri karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşunu, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi; Yaşlı kişilerin yaşamlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmeleri amacıyla, kendi kendilerini idare edebilecek şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı, tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluşunu ifade etmektedir (Tuncay <http://docplayer.biz.tr/13366221-Unite-sosyal-hizmet-mevzuati-icindekiler-hedefler-yaslilik-mevzuati-doc-dr-tarik-tuncay.html> Erişim Tarihi; 15/02/2019).

Huzurevi ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde yaşlılara götürülen hizmetler; barınma, sağlık, psikososyal destek kapsamında psikolojik ve sosyal kaynaklı sorunlarının çözümünde yardımcı olunması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi zamanlarının değerlendirilmesi, aktivitelerinin devamının sağlanması, beslenme, temizlik, boş zamanlarını değerlendirme, sosyal faaliyetler ve diğer sosyal hizmetler olarak sıralanabilmektedir. Huzurevlerinin; şehir merkezlerinde, sağlık merkezlerine yakın, şehir içi ulaşım araçlarından yararlanabilecekleri alanlarda yer alması, kapasitesinin 60 – 100 arasında olması, binaların fiziksel koşullarının yaşlı kullanımına uygun olarak düzenlenmesi, özel bakıma ve rehabilitasyona ihtiyacı olan yaşlılara ayrılacak bölümlerin birbirlerinden

bağımsız olmasına özen gösterilmektedir. SHÇEK Genel Müdürlüğüne bağlı Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezlerinde ekonomik durumu iyi olan ve sosyal yönden yoksunluk içinde bulunan yaşlılarımıza ücretli, ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan ve 1005 sayılı Kanun gereği İstiklal Madalyası verilen yaşlılarımıza ise ücretsiz yatılı bakım hizmeti sunulmaktadır (Çohaz, 2010, 123

http://www.akademikgeriatri.org/files/Akademik_Geriatri_2010/Konusma_Metinleri/8.pdf Erişim Tarihi; 21/03/2019).

3.4.4.4.1.2. Özel Huzurevleri

2828 sayılı kanunun 34. ve 35. maddesinde 'açılacak özel kurumların açılış izni, standartları ve denetleme esasları bir yönetmelikle düzenlenir' denilmektedir. Bu maddeler doğrultusunda Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği 07.08.2008 tarih ve 26960 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerine ait huzurevlerinin ve bakımevlerinin açılış, hizmet, personel ve işleyiş koşulları ile ücret, denetim, devir ve kapatılma işlem ve esaslarını belirlemek amaçlanmıştır. Özel Huzurevi hizmeti veren kuruluşlar üç başlık altında toplanmaktadır (Tuncay, 7 <http://docplayer.biz.tr/13366221-Unite-sosyal-hizmet-mevzuati-icindekiler-hedefler-yaslilik-mevzuati-doc-dr-tarik-tuncay.html> Erişim Tarihi; 15/02/2019).

- Dernek ve vakıflara ait kuruluşlar,
- Azınlıklara ait kuruluşlar
- Gerçek kişilere ait (özel) kuruluşlar

Özel huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım merkezlerine kabul edilmek için asgari yaş 55'tir. Yönetmeliğin 2. fıkrasında sağlıklı yaşlı: Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, kendi öz bakımını bağımsız şekilde yapabilen, bulaşıcı hastalığı, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı olmayan yaşlıyı ifade etmektedir. Yaşlının bunlar dışında tıbbi takibi gerektiren kronik bir hastalığı var ise bu hastalığa ait bölüm uzmanından veya ilgili kliniklerden alınacak tabip raporunda ayrıca belirtilir. Kuruluşa kabul edilecek yaşlılarda, ırk, renk, cinsiyet, dil, tabiyet, din, siyasi düşünce, felsefi inanç ve eğitim yönünden hiçbir ayrım yapılmaz ve geçmişteki

mahkumiyetleri göz önüne alınmaz. Belgeleri tamamlanan ve düzenlenen, sosyal inceleme raporuna göre değerlendirilmesi yapılan yaşlılar kuruluşa kabul edilir, sıraya alınır veya reddedilir (Tuncay, 7; <http://docplayer.biz.tr/13366221-Unite-sosyal-hizmet-mevzuati-icindekiler-hedefler-yaslilik-mevzuati-doc-dr-tarik-tuncay.html> Erişim Tarihi; 15/02/2019).

3.4.4.4.1.3. Kamu Kurum Kuruluşlarına Bağlı Huzurevleri

2828 sayılı kanunun 34.ve 35. Maddeleri doğrultusunda 'Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkındaki Yönetmelik tarih ve sayılı Resmi Gazete de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikte kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde açılacak huzurevlerinin açılış, çalışma, fiziki şartlar, personel şartları, teftiş ve denetim işlem ve esaslarına mevcut mevzuata uygun bir şekilde belirlemek çağdaş anlayış ve şartlara uygun düzeyde hizmet vermelerini sağlamak amaçlanmıştır. Yönetmeliğin 4. maddesi e fıkrasında yaşlı sosyal veya ekonomik yönden yoksunluk içindeki korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç yaşlı statüsündeki kişiyi, d fıkrasında huzurevleri muhtaç yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak aracılığıyla kamu kurum ve kuruluşları tarafından kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarını, ifade etmektedir (Tuncay, 8-9, <http://docplayer.biz.tr/13366221-Unite-sosyal-hizmet-mevzuati-icindekiler-hedefler-yaslilik-mevzuati-doc-dr-tarik-tuncay.html> Erişim Tarihi; 15/02/2019).

3.4.4.4.1.4. Yaşlı Hizmet Merkezleri

Yaşlı hizmet merkezleri, hayatının büyük bir kısmını evinde geçiren yaşlıların boş vakitlerini çeşitli aktivitelerle geliştirmeye, sosyal ilişkilerini artırıp onları günlük rutin yapılan işlerden uzaklaştırmaya ve bunu yaparken onları sosyal ortamlarından koparmadan sağlıklı bir yaşam sürmelerine yardımcı olarak yapan merkezlerdir. Yapılan hizmet ise akıl ve ruh sağlığı yerinde olup herhangi bir özürlü bulunmayan ve tıbbi yardıma ihtiyacı olmayan yaşlılara verilen evde bakım hizmetidir.

Genellikle beraber yaşayan ailelerin yaşlıların bakımında yetersiz kalması neticesinde, bu hizmetler ile onlara, evde hayatlarına devam edebilmek için yaşadıkları ortamın iyileştirilerek, onlara fiziksel psikolojik ve sosyal destek verilmektedir..

Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında yönetmeliğin beşinci bölümünde hizmet sunumunda yaşlının özelliklerine ve gereksinimlerine göre hizmet türlerine yer verilmiştir; **“Madde 25; Yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile demans, alzheimer vb hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkanlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini artırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşlının yaşam kalitesini arttırmak”** amacıyla **“Gündüzlü Bakım Hizmet** sunumu veya **akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya diğer destek unsurlarına (komşu, akraba) rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla "Evde Bakım Hizmeti" sunumu” mümkün olmaktadır (RG; 07/06/2008, Sayı : 26960; Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik).**

Yaşlıların sosyal güvenliğiyle ilgili yasal düzenlemeler yaşlıların sakatlık, malullük ve emeklilik durumunda çalıştıkları dönemde ödedikleri primlerle orantılı olarak ekonomik yönden düzenli olarak desteklenmelerini içermektedir.

3.4.4.4.2. Engellilere Sunulan Hizmetler

Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine ilişkin Yönetmelik’te (RG, 2006); **“Madde 11; Bakım hizmetleri,**

bakıma muhtaç özörlünün veya ailesinin tercihine göre; Genel Müdürlüğe bağı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde, Genel Müdürlüğün izni ile açılan diğerk resmî kurum veya kuruluşlara ait merkezlerde, gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine ait özel bakım merkezlerinde veya bakıma muhtaç özörlünün ikametgâhında” olmak üzere üç türlü bakım hizmetinin verilebileceğı belirtilmiştir.

İlgili mevzuat uyarınca bakmakla yükümlü olunan birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3’ünden daha az olan bakıma muhtaç engellilerin isterler ise ikametgâhlarında, isterler ise resmî veya özel bakım merkezlerinde bakımlarının sağlanması güvence altına alınmıştır. İkametgahında bakım hizmeti alan bakıma muhtaç engelliye ikametgâhında bakım hizmeti veren akrabasına veya vasisine bir aylık net asgari ücret ödenmektedir.

İlgili yönetmeliğe göre bakıma muhtaç özörlüye akrabasının bakım hizmeti vermesi hâlinde, bakıma muhtaç özörlü ile akrabasının aynı adreste ikamet etmesi zorunludur. Ancak bakıma muhtaç özörlüye bakacak başka kişinin bulunamaması ve bakıma muhtaç özörlünün veya yasal temsilcisinin özel veya resmi merkezlerde bakım hizmeti almayı istememesi hâlinde; bakım hizmetleri değerlendirme heyetinin de bakım hizmetinin verilmesinde sorun veya yetersizlik olmayacağına kanaat getirmesi şartıyla, bakım hizmeti her gün rahatlıkla gelinip gidilebilecek yakınlıktaki farklı adresteki akraba tarafından da verilebilmektedir. Bu durumda, bakıma muhtaç özörlünün yirmi dört saat içindeki tüm bakım ihtiyacının giderilmesi ve fiilen en az sekiz saat bakıma muhtaç özörlü ile birlikte olunması ve bakım raporunda sekiz saatten az olmamak üzere kaç saat birlikte olunacağını belirtilmesi gerekmektedir (Bakıma Muhtaç Özörlülere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 23/10/2007, Sayı: 26679).

Yine ilgili yönetmeliğe göre engelli bireylere verilecek bakım hizmeti karşılığında **“Madde 13 – (1) Bakıma muhtaç özörlülere ödenecek ücret tutarları;**

- a) Yatılı bakım merkezlerinden, günde yirmidört saat süreyle bakım hizmeti alan bakıma muhtaç özörlüler için iki aylık net asgari ücret tutarında,*
- b) Gündüzlü bakım merkezlerinden, günde sekiz saat süreyle tam gün hizmet alan bakıma muhtaç özörlüler için bir aylık net asgari ücret tutarında,*
- c) Gündüzlü bakım merkezlerinden, günde dört saat süreyle yarım gün*

bakım hizmeti alan bakıma muhtaç özörlöler için bir aylık net asgari ücretin yarısı tutarında,

c) Gündüzlü veya yatılı bakım merkezlerinde istihdam edilen bakıcı personel tarafından bakıma muhtaç özörlünün ikametgâhında günde dört saat süreyle yarım gün hizmet alan bakıma muhtaç özörlöler için bakım merkezine bir aylık net asgari ücret tutarında,

d) Akrabaları tarafından günde yirmi dört saat süreyle bakılan bakıma muhtaç özörlöler için bir aylık net asgari ücret tutarında”

ödeme yapılması yer almaktadır (Bakıma Muhtaç Özörlölere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 23/10/2007, Sayı: 26679).

Engelli bireylere yönelik yatılı ve gündüzlü hizmetler, 81 ilde Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüklerinin idare ve koordinesinde resmi ve özel kuruluşlarla yürütölmektedir. Engelli bireylere yönelik bakım hizmetlerinde yürütölen politika ve stratejilerde engelli bireylerin ailesi yanında evde bakımının sağlanması esastır ve temel hedef engelli bireyin ailesi yanında bakımını sağlamaktır. Ancak ailesi yanında bakımı mümkün olmayan engelli bireyler için alternatif olarak kuruluş bakımı seçenekleri ile farklı hizmet modelleri sunulmaktadır. Engellilere yönelik kurumsal bakım hizmetleri; Engelsiz yaşam bakım ve rehabilitasyon merkezleri, Umut Evleri, Gündüzlü bakım hizmetleri, Özel Bakım Merkezleri olarak verilmektedir (ASPB Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetleri, 2011)

3.4.4.4.2.1. Evde Bakım Hizmeti

30.07.2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlöğe giren Bakıma Muhtaç Engelli Bireylerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik doğrutusunda bakıma muhtaç engelliye sahip ailelerin biz vefat ettikten sonra engellimize kim bakacak endişelerinin giderilmesi hedeflenmiştir.

Bakıma muhtaç özörlünün bakımına ilişkin fiziksel, psiko-sosyal ve benzeri alanlarda yaşanan sorunları, bu sorunların sebepleri ve tespit edilen veriler dikkate alınarak hangi alanlarda ve süreçte bakıma ihtiyaçlarının olduğunun belirlenmesi,

belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda yapılabilcek çalışmaları içeren ve genel erevesi belirlenir. Bu yönetmelikte geçen akraba terimi: Bu Yönetmeliğin uygulanmasında, veyler dâhil olmak üzere bakıma muhtaç zrlnn; eşi, çocukları ile çocuklarının eşi, ana ve babası ile bunların ana ve babası, torunları ile torunlarının eşi, kardeşi ile kardeşlerinin eşi, kardeşlerinin çocukları ile kardeş çocuklarının eşi, eşinin ana ve babası, eşinin kardeşi, eşinin kardeşlerinin eşi ile çocukları, amcaları ve amcalarının eşi, amca çocukları ile bunların eşi, halaları ile halalarının eşi, hala çocukları ile bunların eşi, dayıları ve dayılarının eşi, dayı çocukları ile bunların eşi, teyzeleri ve teyzelerinin eşi, teyze çocukları ile bunların eşlerinden her birini kapsamaktadır (Bakıma Muhtaç zrllerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine ilişkin Yönetmelik, RG; 30.07.2006, Sayı:26244).

Ailesi olmayan veya ailesi yanında bakımı sağlanamayan engellilerin resmi ve özel merkezlerde bakımı ve rehabilitasyonu, alternatif hizmet modeli olarak sağlanmaktadır. Engelli bireylerin öncelikle insan onuruna yakışır şekilde bakımına, beslenmesine, korunmasına, becerilerinin geliştirilmesine ve sosyal hayata uyumuna ilişkin bakım ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır. Bakım hizmetleri kapsamında; engelli bireylerin beslenmesi, korunması, temizliği gibi birincil yaşam ihtiyaçları giderilirken, sosyal rehabilitasyon hizmetleri kapsamında ise; engelli bireyin var olan yeteneklerinin ve becerilerinin korunması ve geliştirilmesi için egzersiz çalışmaları; atletizm, yüzme, basketbol, futbol gibi sportif çalışmalar; resim, müzik, folklor, tiyatro gibi sanatsal ve kültürel etkinlikler; seramik işi, el işi, galoş üretimi, ahşap doğrama, tarımsal çalışmalar gibi iş uğraşı faaliyetleri ile geziler, kutlamalar, eğlenceler gibi sosyal etkinlikler gerçekleştirilmektedir.

3.4.4.4.2.2. Yatılı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri

03.09.2010 tarihli ve 27691 sayılı Resmi Gazete yayımlanarak yürürlüğe giren Engellilerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik çerçevesinde, iş ve işlemleri tamamlanan engelli bireylerin resmi kuruluşlarımıza yerleştirme işlemleri sağlanmaktadır.

Yönetmelik çerçevesinde bedensel, zihinsel ve ruhsal engelleri nedeni ile

yaşamın gereklerine uyamama durumunda olan engelli bireylerin tespiti, incelenmesi, bakımı ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlandırılmaları, engelli ve engelli ailelerine danışmanlık hizmeti, bu hizmetlerin niteliğine ve işleyişine ilişkin usul ve esasları, personelin görev, yetki ve sorumlulukları düzenlenmiştir. Bu yönetmelik çerçevesindeki kurumlarda bakıma muhtaç engellilerin herhangi bir gelirinin olup olmamasına bakılmaksızın ücretsiz olarak bakımı hizmeti sunulmaktadır.

3.4.4.2.3. Engelsiz Yaşam Merkezi Projesi

2006 yılından itibaren bakıma muhtaç engelli bireylerin ihtiyaç duyduğu bakım hizmetlerinin daha modern fiziki koşullarda sunulmasına ilişkin esasları ve standartları belirleme ve uygulama konusunda engelli bireylere hizmet sunan resmi kurumların fiziki şartlarının iyileştirilmesi hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda engelli bireylerin daha kaliteli yatılı kurum bakımı hizmeti almasına yardımcı olacak “Engelsiz Yaşam Merkezi Projesi” geliştirilmiş ve yaygınlaştırılması planlanmıştır.

Bu projeye göre inşa edilen bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde; engelli bireylerin, üçer kişilik 4 yatak odası, oturma odası, mutfak, yemekhane, banyo, tuvalet ve personel odası bölümlerinden oluşan; toplam on iki kişilik; 280 metre karelik, müstakil, tek katlı ve bahçeli evlerde bakımları sağlanmaktadır. Ayrıca engelsiz yaşam merkezi projesi dâhilinde inşa edilen idare binasında, engelli bireylerin rehabilitasyonu için gerekli olan bireysel ve grup çalışması odaları, iş- uğraşı odaları, fizik tedavi salonu, hidroterapi havuzu gibi birimler bulunmaktadır. Bu birimler aracılığı ile engelli bireylerin var olan yeteneklerinin geliştirilmesine ve sosyal hayata uyumuna yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

3.4.4.2.4. Umut Evi Projesi

Ailesi yanında bakımı mümkün olmayan engelli bireylere sürekli bakım hizmetlerinin sunulduğu bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde toplu yaşamın getirdiği olumsuzluklar olabilmektedir. Bu olumsuzlukların en önemlisi çok sayıda engelli bireyin bir arada bulunmasından dolayı toplumsal hayata katılımda zorluk

yaşanmasıdır. Bu nedenlerle engelli bireylerin küçük gruplar halinde bir apartman dairesinde veya müstakil bir evde diğer komşuları ile birlikte yaşamalarını sürdürmesinin daha yararlı olacağı öngörüsü ile Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde bakılmakta olan engelli bireylerden durumları uygun olanların, kuruluşların ek ünitesi konumunda olan “Umut Evi” olarak isimlendirilen evlerde, toplum yaşamına aktif katılımlarının sağlanarak, bakımlarının gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir.

3.4.4.4.2.5. Geçici ve Misafir Olarak Bakım Hizmeti

Engellilerin Bakımı Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmeliği kapsamında, ailesinin yanında bakılan engelli bireylerin ihtiyaç duyulması halinde, bağlı olduğu resmi bakım merkezlerinde geçici ve misafir olarak bakımlarının sağlanması hususu düzenlenmiştir. Buna göre, bir engelli birey bir yıl içinde en fazla otuz gün geçici ve misafir olarak merkezde kalabilmektedir.

3.4.4.4.2.6. Aile Danışma ve Rehabilitasyon Merkezleri (Resmi-Gündüzlü Kuruluşlar)

Gündüzlü hizmet veren resmi kuruluşlarımızda sunulan bakım hizmeti ile engelli bireye sahip ailelerin rahatlatılması hedeflenmiştir. Bu kuruluşlardaki hizmetler yeniden düzenlenerek ağırlıklı olarak grup çalışması yapılmakta, hafta içi mesai saatlerinde, yarım veya tam gün bakım hizmeti sunulmaktadır. Böylece engelli bireye sahip ailelerin ve özellikle engelli bireylerin annelerinin rahatlatılması, kendilerine zaman ayırmalarının sağlanması ve engelli bireyin daha uzun süre (mümkün ise gün boyu) kuruluş hizmetlerinden yararlandırılması sağlanmıştır.

3.4.4.4.2.7. Evde bakıma destek hizmeti

2010 yılında yapılan yasal düzenleme neticesinde, engelli bakım hizmetleri alanında yeni bir hizmet modeli olan “evde bakıma destek hizmeti” için gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu model evinde bakılan ancak evde bakım ücreti veya

kurumsal bakım hizmeti gibi hizmetlerden yararlanmayan bakıma muhtaç engellinin, talep edilmesi halinde kuruluşlarımızdan görevlendirilecek bakıcı personel tarafından evinde bakımı sağlanabilmektedir.

3.4.4.4.2.8. Özel Bakım Merkezleri

Engelli bireylerin yatılı bakım ihtiyaçlarının giderilmesinde önemli bir gelişme de, 30.07.2006 tarih ve 26244 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Bakıma Muhtaç Engellilere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği olmuştur. Söz konusu yönetmelik ile gerçek veya özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılacak bakıma muhtaç engelli bireylere yönelik özel bakım merkezlerinin açılış izni, çalışma şartları, personel standardı, denetlenmeleri ile ücret tespiti ve ödemelerine ilişkin usul ve esasları düzenlenmiştir. İlgili yönetmelik uyarınca; bakmakla yükümlü olunan birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olduğu tespit edilen bakıma muhtaç engellilerin isterler ise ikametgâhlarında, isterler ise resmî veya özel bakım merkezlerinde bakımlarının sağlanması güvence altına alınmıştır.

3.4.4.4.2.9. Engelli Bireyler İçin Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi

Türkiye'nin Avrupa Birliğine adaylık sürecinde, Katılım Öncesi Mali Yardım Aracı IPA (Instrument of PreAccession) Birinci Bileşeni olan, Kurumsal Kapasite Geliştirme Bileşeni 2008 yılı Programlaması kapsamında, "TR0801.04 Engelli Bireylere Yönelik Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi (Promoting Services for People with Disabilities)" adlı Proje kabul edilmiştir. Proje Dünya Sağlık Örgütü'nün teknik desteği ile uygulanmaktadır. Proje ile engellilere yönelik etkili, uygun ve etkin toplum temelli destek hizmetlerinin verilmesi amaçlanmıştır.

Yaşlıların ve bakıma muhtaç engellilere sunulan hizmetler ile yaşamlarını evlerinde ve bulundukları çevreden ayrılmadan sürdürebilmeleri için gerekli sosyal desteğin verilmesi hedeflenmiştir. Bunun için onların yaşamını kolaylaştıracak gerekli mekanizmaları kurmak, var olanları standardize etmek, uygulamaları takip etmek ve denetlemek, yaşlıların toplumla bütünleşmesini, statü ve rollerinin yeniden

kazanmasını sağlamak, boş zamanlarının etkili bir biçimde değerlendirilmesine ilişkin mekanizmalar oluşturarak işlevlerinin artırılması amaçlanmıştır.

Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine ilişkin Yönetmelik”te tanımlanan “bakıma muhtaç özürlü” kavramı, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi gibi engeli oluşturan kriterler ile birlikte ekonomik yoksunluk kriterini de içermektedir (Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine ilişkin Yönetmelik”, RG, 2006, Sayı:26244, Madde 4-c, Değişik:RG-23/10/2007-26679)

Bu yönetmelikte sunulan bakım hizmetleri, içinde barındırdığı kişisel bakım hizmetleri ve psikolojik-sosyal destek hizmetleri daha detaylı biçimde anlatılmıştır (Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine ilişkin Yönetmelik”, RG, 2006, Sayı:26244, RG, 2006, Sayı:26244);

“Madde 9;

Kişisel bakım hizmetleri içeriğinde;

- Banyo yaptırılması,
- Tuvalet ihtiyacını gidermede yardım edilmesi ve gerektiğinde temizliğinin yapılması, Tırnaklarının kesilmesi,
- Saçlarının taranması,
- Dişlerinin temizlenmesi,
- Yemek ve içecek ihtiyacının giderilmesi,
- El, yüz ve ayak temizliği,
- Sakal tıraşının yapılması,
- İstenmeyen tüylerin temizlenmesi,
- Elbiselerinin giydirilmesi ve çıkarılması,
- Burun ve kulak temizliğinin yapılması,
- Yatağının temizlenmesi ve düzeltilmesi,
- Odasının temizlenmesi,
- Çamaşırlarının yıkanması, gibi hizmetler bulunmaktadır

Psikolojik-sosyal destek hizmetleri içeriğinde ;

- *Bakıma muhtaç özürlü ailesinin, özürlüyü ve özür durumunu kabullenmesine, bilgilendirilmesine yönelik kişisel veya grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri,*
- *Bakıma muhtaç özürünün özürlü, mevcut durumunu ve yerleştirildiği ortamı kabullenmesine, bilgilendirilmesine ve gelişim alanlarında desteklenmesine yönelik kişisel ve grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri,*
- *Özürlü ve ailesinin sosyal hakları ve mevcut kaynakların kullanılmasına yönelik kişisel ve grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri,*
- *Özürlünün bağımsız yaşama, sosyal hayata uyumuna ve katılımına yönelik sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinlikler ile düzenlenecek bu tür etkinliklere katılabilmesi için refakat hizmetleri,*
- *Özürlünün terk edilme, reddedilme, özür durumunu kabullenememe, ümitsizlik, intihar etme, yalnızlık, sevgisizlik ve benzeri olumsuz duygulardan kurtarılmasına ve depresyon, stres ve benzeri durumların yaşanmasının engellenmesine yönelik kişisel veya grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri, gibi psiko-sosyal destek hizmetleri içerir Bakıma muhtaç özürlü ailesinin, özürlüyü ve özür durumunu kabullenmesine, bilgilendirilmesine yönelik kişisel veya grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetler”.*

Evde bakım hizmetleri ise; yatılı ve gündüzlü bakım kurumlarında çalışan bakım elemanları tarafından kişinin evine giderek verilen evde bakım veya akrabalar tarafından verilen evde bakım olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bu hizmetlerinin sadece üç saati kamu tarafından karşılanmaktadır ve ödeme miktarı bir aylık net asgari ücret olarak belirlenmiştir. Bu Yönetmelik kapsamında hizmet alan kişilere günde üç saat ve haftanın altı günü ulaşılmaktadır. Haftanın diğer günü ve dinî ve millî bayram günleri kişilere hizmet verilmemektedir. Bu durum, hizmetin sürekliliği açısından önemli bir eksikliktir. Akrabalar tarafından verilen hizmetlerde hizmet veren kişinin bir eğitim alma şartı aranmazken, yatılı ve gündüz bakım merkezleri tarafından verilecek bakımda formal bir eğitim şartı gerekmektedir (Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Özel Bakım Merkezleri

Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 23.10. 2007, Sayı: 26679).

ASPB tarafından evde bakım hizmetlerinin sunumundan sorumlu kişilerin ve bakım hizmetini alan kişinin yaşamını kolaylaştırmak, bakım hizmeti konusunda daha bilinçli bakım hizmeti sağlamak ve bakım hizmetlerinin kalitesini arttırmak için neyi, nasıl ve neden yapması gerektiğine ilişkin “Bakım Hizmeti Uygulama Rehberi” adlı bir yayın hazırlanmıştır. Aile fertleri için oluşturulmuş olan bu rehberde yaşlılık, engellilik ve hastalık durumlarının geçici, süreğen ve ilerleyen süreçlerini kapsayan tüm durumlar için bakım ihtiyacı duyan bireylerin, yeterlilikleri destekleyen ve ötelemeyen çözüm önerileri yer almaktadır (ASPB, Bakım hizmeti uygulama rehberi, 2013, III).

3.4.4.5. Belediyeler tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri

Türkiye’de belediyelerin yürüttüğü evde bakım hizmetleri, genel olarak belediyelerin maddi kaynakları ve güçleri, konuya olan duyarlılıklarına göre değişiklik göstermektedir. Özellikle kaynakların sınırlı olması sebebiyle bakım hizmetlerinden sadece ekonomik ve sosyal yoksunluk içindeki kişilerin yararlanması temel kriter olarak belirlenmiştir.

Türkiye’de, sosyal belediyecilik uygulamaları 1990’dan sonra yoğunlaşmıştır. Belediyeler ilk olarak sosyal ve kültürel alanda sosyal politikalar benimsemişlerdir. Daha sonraki süreçlerde öncelikli olarak engellilerden başlayarak çeşitli dezavantajlı gruplara yönelik sosyal hizmet ve sosyal yardım çalışmaları yapmışlardır (Güloğlu, Es, 2008, 262).

Yerel yönetimlere ilişkin temel yasalar, 2004 yılında yeniden düzenlenmiştir. İlk düzenleme 10.07.2004’te 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu ile başlamış; 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, 22.02.2005 tarihinde kabul edilmiş, 5393 sayı Belediye Kanunu da 03.07.2005 tarihinde değiştirilerek belediyelere ve il özel idarelerine sosyal hizmetlere ilişkin önemli görevler ve yükümlülükler getirilmiştir (<http://www.kahramaneroglu.com/index.php/about-us/21-yerel-yoenetimlerde-sosyal-hizmetler> Erişim Tarihi; 15/02/2019).

Büyükşehir Belediyesi Kanunu’da; Büyükşehir, ilçe ve ilk kademe

belediyelerinin görev ve sorumlulukları kapsamında, ***“Madde 7 (1-v); Sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek ve işlettmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksek okullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak”;*** ve ***“Madde 7 (2d);“Birinci fıkrada belirtilen hizmetlerden; “...yaşlılar, özürllüler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik sosyal ve kültürel hizmetler sunmak; mesleki eğitim ve beceri kursları açmak;...”*** görev, yetki ve sorumluluğu verilmiştir (RG; 23/7/2004 Sayı :25531 Büyükşehir Belediyesi Kanunu). Buna göre yerel yönetimler, sosyo-kültürel faaliyetlerin organizasyonu konusunda yaşlılar, özürllüler, gençler ve çocuklar gibi dezavantajlı gruplara yönelik sosyal ve kültürel her türlü destek ve kolaylık sağlamak durumundadırlar (Sosyal Siyaset Ekseninde Yerel Özürllüler Politikası, Ali Seyyar, http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yerel_ozurluler_politikasi.htm Erişim Tarihi:15/02/2019)

2006 yılında yürürlüğe giren Büyükşehir Belediyeleri “Özürllü Hizmet Birimleri Yönetmeliği”, ile Özürllü Hizmet Birimleri’nin görevlerini net olarak belirlemiştir. Buna göre büyükşehir belediyesi sınırları içerisinde yaşayan engellilerin, toplum hayatına katılımını kolaylaştırmak ve toplumsal fırsatlardan diğer tüm bireyler gibi eşit faydalanmalarını sağlamak, bu kapsamda engellilerle ilgili bilgilendirme, bilinçlendirme, yönlendirme, danışmanlık, bakım, sosyal ve mesleki iyileştirme hizmetleri vermek görevleri yer almaktadır.

Belediyeler tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinin, hedef kitleye daha hızlı araştırılabilir ve ulaşılabilir olması nedeniyle daha etkin bir yapıya sahiptir. Evde bakım hizmetlerinin maliyetleri belediyelerin kendi bütçelerinden karşılandığı için genel olarak ülkemizde hizmet sunumu bakıma muhtaç yoksullara verilmektedir. Bazı belediyeler sağlık hizmetini bazıları ise sosyal bakım hizmetini önde tutarak vermektedir.

Türkiye genelinde belediyeler genel olarak, evde yemek hizmeti, evde temizlik hizmeti ve evde sağlık hizmeti sunumu yapmaktadır. Belediyeler bu hizmetleri bütçelerine göre ayrı ayrı yada birkaçını birden verebilmektedir. Yapılan

bir araştırmaya göre örneğin; 81 il belediyesi üzerinde yapılan çalışmada Türkiye'de yalnızca 27 il belediyesinin evde bakım hizmeti verdiği sonucunu ulaşılmıştır. Bunlardan sadece Ankara, Aydın, Bursa, İstanbul, Mersin ve Samsun İl Belediyelerinin evde sağlık, sıcak yemek, temizlik ve kişisel bakım hizmetlerinin tamamını verdiği belirlenmiştir (<http://slideplayer.biz.tr/slide/2656574/> Erişim Tarihi: 16/02/2019).

Evde bakım ne sadece bir sağlık bakım hizmeti ne de sadece sosyal bakım hizmetidir. Evde bakım yukarıda tarif edilen hizmetlerin bütünüdür. Ancak genel olarak yapılan değerlendirmelerde ülkemizde yerel yönetimler tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinin büyük bir kısmı sadece yemek veya temizlik hizmeti ile sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde öncelikle belediyeler tarafından başlatılan bu hizmet pahalı olması ve yeterli kanuni alt yapısı olmaması dolayısıyla 2009 yılından sonra Sağlık Bakanlığı tarafından daha çok sağlık bakımı olarak verilmektedir.

3.5. TÜRKİYE’DE EVDE BAKIMA YÖNELİK BAKIM GÜVENCE SİSTEMİ

Evde bakım hizmetlerinin finansmanından ülkeler gelişmişlik düzeylerine göre farklı uygulama modelleri benimsemişlerdir. Geri kalmış ülkelerde uygulamada bir model olmamakla birlikte, kamu finansmanını artıracak hiçbir olanağa sahip değildirler ve bu ülkelerdeki hizmet tamamıyla aileler tarafından veya profesyonel olmayan bakıcılar tarafından sunulmaktadır.

Günümüzde Türkiye’de evde bakım hizmetleri Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlükleri, Yerel Yönetimler, Özel Sektör ve Gönüllü Kuruluşlar tarafından primsiz model çerçevesinde yürütülmektedir (Genç ve Barış, 2015, 43), henüz sosyal sigortalar çatısı altında sunulan bir bakım güvence sistemi bulunmamaktadır. Bu hizmetlerin finansmanı mevcut sosyal sigorta sistemi kapsamında yer almadığı için bu hizmetlerden toplumun geniş kesimleri yararlanamamaktadır.

Aşağıda yer verdiğim açıklamalarda da görüleceği üzere ülkemiz genel olarak hizmet sunumu ve bakıcılar açısından kendi yapısal ve kültürel koşulları doğrultusunda hareket etmektedir. Türkiye’nin, evde bakım hizmetlerinin finansman

konusunda sosyal güvenlik sisteminin benimsediği sosyal sigorta patikasını izlemediği gör÷lmektedir.

G÷nlük ihtiyaçlarını uzun süreli tek başına karşılayamayan, değişik derecelerde de olsa başkalarının yardımına ve bakımına muhtaç olan bireyler ve bu bireylerin aileleri açısından sosyal dışlanma riski oldukça yüksektir. Ancak ÷lkemizdeki sosyal hizmetler sistemi, bakıma muhtaç bireylere planlı ve programlı bir bakım hizmet modeli sunamamakta ve bakıma muhtaç kişinin bakım ve korunma ihtiyacını karşılayan ailesinin desteklenmesinde yetersiz kalmaktadır (Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013) Kapsamında).

Türkiye’de 1 Mart 2011 tarihinde Sağlık Uygulama Tebliği’nde (SUT) yapılan değişiklikle, Sağlık Bakanlığı birimlerince verilen evde bakım hizmetleri g÷n÷birlik tedavi kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenmeye başlanmış ve 01.05.2013 tarihine kadar fiyatlandırma g÷n÷birlik tedavi kapsamında değerlendirilmiştir. 01.05.2013 tarihinden itibaren kamu sağlık kuruluşları bünyesindeki evde sağlık birimlerince sunulacak hizmetlerin fiyatları ayaktan tedavi kapsamına alınmıştır.. Hizmet, bir paket hizmeti kapsamından çıkarılarak, her bir kaleminin fiyatlandırılabil-diği sisteme geçilmiştir. Evde Sağlık Hizmet Birimlerince hastane otomasyonunda açılacak g÷n÷birlik tedavi bölümüne işlenmesi sonucunda faturası SGK tarafından kesilebilmektedir. SGK’nın, hastanın aldığı evde sağlık hizmeti, muayene, tedavi ve kullanılacak malzemeye para ödememesi için bu hizmeti hastanelere bağlı evde sağlık birimlerinden alması gerekmektedir.

Mevcut mevzuatlar bakıldığında, evde bakım hizmetlerinden sadece ekonomik yoksunluk içindeki ağır engelliler karşılıksız olarak yararlanabilmektedir. Ancak, bakıma muhtaçlık ekonomik yoksunluk içinde olsun olmasın karşılaşabileceği bir risktir.

Uygulamada mevzuat gereği başkasının bakımına muhtaç durumdaki öz÷rl÷ kişilere resmî veya özel bakım merkezlerinde ya da ikametgâhlarında bakım hizmeti verilmesi konusunda kişinin gelir durumu dikkate alınmaktadır (Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013) Kapsamında).

Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinden, ekonomik yoksunluk içerisinde bulunan bireyler ve ağır engelliler karşılıksız olarak yararlanabilmektedir. Ancak bakıma muhtaç

bireylerin sunulan bu hizmetten karşılıksız olarak yararlanabilmesi için yani bakım ücreti alabilmesi veya SGK kapsamında hizmet alabilmesi için;

- Evde bakım ücreti/evde bakıma destek yardımından yararlanabilmek için hastanelerden alınacak 16.12.2010 tarih ve 27787 Sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan” Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” kapsamında alınan Engelli Sağlık Kurulu Raporlarında engel oranı **% 50 ve üzeri** olup ağır engelli **EVET- HAYIR** bölümünde **EVET** ibaresi olması gerekmektedir. Özürlü kişinin başkasının yardımı ve bakımı olmadan hayatını devam ettiremeyecek düzeyde olması yani tuvalet, beslenme ihtiyacını, giyinip-soyunabilme, merdiven inip çıkabilmek vb.
- 30.07.2006 tarih 26244 sayılı “Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” kapsamında bakım ihtiyacı olan engelli koşullarına sahip olmak.
- Her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirler toplamı esas alınmak suretiyle; kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olunan birey sayısına göre kendisine düşen ortalama aylık gelir tutarının, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3’ünden daha az olduğunun bakım raporu ile tespit edilmesi gerekmektedir (Aile bireylerinin hesaplanmasında üvey evlatlar, vatani görevini yapmakta olan bireylerde sayılmaktadır. Ayrıca, aile bireylerinin geliri toplamında üniversitede okumakta olan bireylerin almış olduğu öğrenci kredisi ve burslar miktarı ne olursa olsun gelir kapsamı dışında tutulmaktadır).
- Devlet evde özel bir bakıma muhtaç olan vatandaşların kişisel ihtiyaçlarının karşılanması için belirli miktarda bir maaş ödemesi yapmaktadır. Gelirler toplamı esas alınmak suretiyle; ailedeki birey sayısına göre kişi başı aylık gelir tutarının bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3’ünden daha az olduğunun bakım raporu ile tespit edilmesi gerekmektedir Evde bakım maaşındaki gelir kriteri de asgari ücrete endekslidir. 2019 yılı için asgari ücret net 2020.91TL olarak belirlenmiştir, fakat burada önemli bir ayrıntı vardır ki o da bakım maaşında kişi başı gelir hesaplanırken asgari ücretten AGİ (asgari geçim indirimi) (AGİ;191,88TL) çıkartılarak hesaplananın yapılması

gerekmektedir. Bu doğrultuda hesaplama bu miktar üzerinden yapılacaktır. $2020,91 - 191,88 \times \frac{2}{3} = 1219,35$ şeklinde hesaplanmaktadır. Buna göre 2019 yılı için bakım aylığı kişi başı gelir sınırı 1219,35 TL'dir

Ülkemizde mevcut mevzuata göre bakım hizmetlerinin bakıma muhtaç özürünün akrabası veya bakıcı personel tarafından ikametgahında verilmesi durumunda; ***“Madde 14; Bakıma muhtaç özürünün veya yasal temsilcisinin talep etmesi hâlinde, bakım hizmeti genel müdürlüğün denetim ve rehberliğinde bakıma muhtaç özürünün akrabası veya bakıcı personel tarafından bakıma muhtaç özürünün veya akrabasının ikametgâhında verilebilir ve bu durumda bakıma muhtaç özürülere sunulan bakım hizmeti ücreti, bakıma muhtaç özürünün akrabasına veya bakıcı personeli istihdam eden bakım merkezine Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü tarafından aylık olarak ödenmektedir”*** (Bakıma Muhtaç Özürülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, RG; 30/07/2006, Sayı; 26244)

Bakım hizmetinin vasi tarafından verilmesi durumunda; Bakıma muhtaç özürünün veya vasisinin resmi veya özel bakım merkezinden bakım hizmeti almayı istememesi ve bakımını üstlenecek akrabası da bulunamaması hâlinde; vasisinin bakım hizmetini vermeyi talep etmesi ve bakım hizmetleri değerlendirme heyetinin uygun görmesi şartıyla vasi yönetmelikteki esaslar dâhilinde akraba kabul edilerek bakıma muhtaç özürüye bakım hizmeti verebilir ve bu hizmet karşılığında bakım ücreti alabilir (Bakıma Muhtaç Özürülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG; 23/20/2007, Sayı;26679).

30/07/2006 tarih ve 26244 Sayılı Resmi Gazete’de çıkan Evde Bakım Yönetmeliği’ne göre bedensel ve zihinsel engellinin kendi aylık gelirin veya ailesinin aylık gelirin ailedeki kişi sayısına bölünmesi sonucunda özürüye düşen payın, bir aylık net asgari ücretin $\frac{2}{3}$ altında olması hâlinde özürü ekonomik yoksunluk içinde kabul edilir ve bakan kişiye asgari ücret tutarında maaş bağlanır

Özel bakım merkezlerinden bakım hizmeti alan engelliler için özel bakım merkezine, söz konusu hizmetin karşılığı olarak her ay net iki aylık asgari ücret ile KDV toplamı tutarında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığınca ödeme yapılmaktadır (Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013) Kapsamında)

Bakıma muhtaç engellilere verilecek evde bakım ücreti kişiye bakana verilmektedir. Ancak engelli olan ve engelliye bakmakla yükümlü olan kişi arasında kan bağı olmalıdır ve engelli ile ona bakan kişinin aynı evde yaşaması zorunludur.

Yapılan bu açıklamalar doğrultusunda sunulan evde bakım hizmetlerinden yararlanmak için getirilen sınırlılıkların, sunulan hizmetlerdeki dağınıklığın, belli standartlardan yoksunluğun ve her kesime ulaşamaması gibi problemlerin yanısıra bir bakım sigortasının olmaması ülkemizde acilen bir evde bakım modeline ihtiyaç olduğunun en büyük göstergeleridir diyebiliriz.

3.6. DÜNYA’DA EVDE BAKIM

Savaşlar, bulaşıcı hastalıklar, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, artan maliyetler, toplumun hızla yaşlanması gibi birçok nedenden dolayı Dünya’da pek çok ülke, oldukça maliyetli olan kurum bakım hizmeti yerine evde bakım hizmetine doğru yönelmiştir. Evde bakım hizmetleri, bakım gereksinimlerinin hızla artmasına karşılık bir alternatif hizmet olarak gelişen modellerden biri olarak ortaya çıkmıştır. Her ülke kendi olanakları ve sosyokültürel dinamikleri açısından aralıklı olarak yenileyebildiği bir hizmet listesi oluşturmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü evde bakımı; kendi kişisel bakımını sağlama, yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihlerini kullanmada ve yaşamının devamının sağlanmasında aile, akraba veya tıbbi, sosyal ve diğer uzmanların desteğine gereksinim duyulan etkinlikler olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 raporunun bütününde, uzun süreli bakımın tanımına uygun olarak, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olarak yardıma ihtiyacı olan bütün yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakım üzerine vurgulama yapılmıştır (Uğur ve Arkadaşları, 2014, 1)

Uzun yıllardır dünyanın gündeminde olan evde bakım hizmetlerinin önemine dair farklı evreler yaşanmıştır. Önceleri “hasta bakımı” olarak algılanmış olsa da, günümüzde evde bakım kavramının çok farklı boyutları ortaya çıkmıştır. Evde bakım hizmetlerinde arz ve talepte yaşanan artış hizmetin içeriğini ve kapsamını genişletmiştir. Evde bakım hizmetinin kapsamının genişlemesinde ikincil olarak, tıp

teknolojisinin gelişmesinin evde hizmet sunumunu kolaylaştırması, bakım ihtiyacı olan bireylerin evde hizmet almak istemeleri, kadının rolünün değişmesi ve evde bakım maliyetlerinin kurum bakım hizmetlerine göre daha düşük olması gibi nedenler etkin rol oynamıştır (Çoban, 2015, 2).

Evde bakım hizmetleri sunumunun tarihsel süreçte çok farklı amaçları olmuştur. Bunlar arasında; yoksul toplumlar, hastanelerin “kapasite” yetersizliği, bulaşıcı hastalıkların başkalarına bulaşma riskinin azaltılması yer almaktadır. Yirminci yüzyılın ortalarına doğru yaklaşırken, modern tıbbın, sağlık kurumlarının gelişmesi ile birlikte daha önceleri aile bireyleri, hasta bakıcılar, hemşireler tarafından sunulan bakım hizmetleri hastanelere ve kurumlara doğru bir yönelme eğilimi içinde olmuştur. Ancak, adı geçen kurumların kapasiteleri kronik hastalıkları olan bireyler için “yetmemeye” başladığında, evde bakım hizmetleri güncel ve gündemde bir konu olma özelliğini yeniden kazanmıştır. Bugün ise evde bakım hizmetleri çok geniş bir yelpazede değerlendirilmektedir. Günümüzde evde bakım hizmetleri sağlık ve sosyal hizmetlerin ikisini de kapsamaktadır.

3.7. DÜNYA’DA EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHSEL SÜRECİ

İkinci bölümde bakım hizmetleri ve evde bakım hizmetleri kavramlarını tanımlarken, evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci hakkında ayrıntılı bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümde yer verilen tanımlamalarda dünyada evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. Bu bölümde dünyada sunulan evde bakım hizmetlerine ait bilgilere yer vermeden önce tarihsel süreçten kısada olsa bahsetmek istedim.

Evde bakım hizmetleri tarihsel süreci içerisinde bazı dönemlerde etkin bir şekilde kullanılırken, bazı dönemlerde tamamen pasif kullanılmıştır. Yine de her dönemde, bir sağlık hizmet sunum biçimi olarak yer almıştır. Evde bakım hizmetleri, özellikle on sekizinci yüzyılda temel sağlık hizmet sunum modeli olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 1959, 9).

1700’lü yıllar sona ererken Avrupa’da İngiltere’de ve sonraları da Amerika Birleşik Devletleri’nde ortaya çıkmıştır (Evde Bakım Hizmetleri İle İlgili Sağlık Emek ve Meslek Örgütlerinin Görüş ve Yaklaşımları”, 2015, 5). Dünyada evde

bakımın uzun bir geleneğe sahip olduğu ülkeler arasında Belçika, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, Hollanda ve Birleşik Krallık yer alırken, Avusturya, Yunanistan, İtalya, Lüksemburg, Portekiz ve İspanya'da daha yakın geçmişe sahiptir.

Ortaçağda Avrupa'da, hastaneler yoksulları gözetken hayır kurumları olarak yaşamın bir parçası olmuştur. 18. yüzyılda, hastaneler, yaş ve cinsiyet farkı gözetmeden karmaşık bir biçimde yattığı, akıl hastaları, sakatlar, sara hastaları, yetimler ve bir uzvu kesilecek hastalara hizmetin sunulduğu yerler olarak konumlandırılmıştır (Illich, 1995. 104). Hastane hizmetlerinden 1900'li yıllara kadar, en çok yoksullar yararlanmıştır. Gelir düzeyi yüksek olan hasta kişiler evde hizmet almışlardır (Noel-Weiss, 2007, 1).

19. yüzyılın ortalarında Amerika ve Avrupa kıtasında evde bakım hizmetlerinde temel hizmet sağlayıcılar içerisinde din adamları ve öğretmenler yer almıştır. Evde bakım hizmetlerinin gelişimi kilisenin önderliğinde gönüllü kuruluşlar tarafından evde hasta bakım benimsenmiştir. Evde hasta bakım hizmeti 1859 yılına kadar sadece dini gruplar dışında yapılmamıştır. sunma yöntemi olarak benimsenmesine rağmen, dinî gruplar. Ev ziyaretlerinde sağlık profesyonellerinin yanı sıra din adamları, kilise gönüllüleri birlikte ya da ayrı zamanlarda yer almıştır. Ev ziyaretleri sırasında, sağlık hizmet sunumları yapılırken aynı zamanda misyonerlik faaliyetleri de yürütülmüştür. Evde bakım hizmeti verirken aynı zamanda misyonerlik faaliyeti günümüzde de devam etmekte yaşlılık ve evde bakım hizmetleri misyonerlik faaliyetleri için uygun bir alan olarak değerlendirilmektedir. Örneğin Japonya'da Gerontoloji biliminin gelişiminde önemli bir rolü olan Obirin Üniversitesi, 1966 yılında Tokyo'da Hristiyan misyonerler tarafından açılmış bir okuldur. Almanya'da yaşlı bakım sektöründeki iki önemli kuruluş olan Katolik Kilisesine bağlı Caritas ve Protestan Kilisesine bağlı Diakonie'de de misyonerlik faaliyetleri devam ettirilmektedir (Çoban, 2015, 14-15).

20. yüzyıla girilirken kentleşmede yaşanan artış, kentte yaşayan yoksun oranındaki artışı ve sosyal koşulların bozulmasını da beraberinde getirmiştir. Evde bakıma ve desteğe olan ihtiyaç hızla artmıştır. Artışa paralel olarak ziyaretçi hemşirenin rolü ve sunduğu hizmetin koruyucu bakım hizmetini de kapsayacak biçimde genişlemesine neden olmuştur (Buhler-Wilkerson, 1985, 1155-1156). Aynı zamanda, hastanelere ilişkin düşünceler de değişmeye başlamıştır. Sağlık bakım

hizmetlerindeki gelişmeler, bazı hastalıkların tedavisinde hastanelerin daha etkin olması, ameliyatların sadece hastanelerde yapılabilmesi bu değişimi hızlandıran nedenler olmuştur. Örneğin doğumlar hastanede kabul edilebilir olmaya başlamıştır. Bu değişimlerle, hastaneler sadece yoksullara hizmet veren kuruluşlar olma algısından sıyrılarak, tüm bireyler hastanelerden hizmet almaya başlamışlardır (Noel-Weiss, 2007, 1-2).

20. yüzyılın ortalarına kadar evde bakım hizmetleri, tedavi odaklı bir hizmet olarak başlamıştır. Ancak daha sonra hastane hizmetlerine alternatif bir hizmet sunumu olarak değerlendirilmiştir (Association of Schools of Public Health, 1940).

Her insan için kaçınılmaz son olan yaşlanma olgusunun bir sorun olarak görülmeye başlaması ve yaşlı bakımı ihtiyacının artması, bakım hizmetlerine yönelik hizmet sunan huzurevleri için talep oluşturma çabalarını hızlandırmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gazetelerin ve dergilerin reklam ilanları içerisinde huzurevleri reklamları yer almış (Time, 1956, 31) ve huzurevlerine ilgiyi artırma ve huzurevleri için pazar oluşturma çabası başlamıştır. 20. yüzyılın ortalarından itibaren huzurevlerine ve hastane hizmetlerine yönelik ilgi ve talep oluşturma süreci, 21. yüzyılda tam tersi bir yönelim içerisine girmiş ve evde bakım hizmetleri desteklenmeye başlanmıştır (Wiener, Anderson ve Brown, 2009).

Evde bakım hizmetleri, ABD'de taburculuk sonrası özellikle uzun dönemli hastane yatışlarının uzadığı durumlarda ortaya çıkan maliyetleri düşürme amaçlı olarak uygulanan kısa dönemli bir bakım türü iken, günümüzde evde bakım, kısa dönemli bakım hizmetleri ile birlikte huzurevinde kalmak zorunda olabilecek kişilere ya da yaşamsal olarak yardım edilmesi zorunlu kişilere uzun dönemli bakım hizmetini de içeren bir değişim yaşamıştır (Scharpf, 2005, 18).

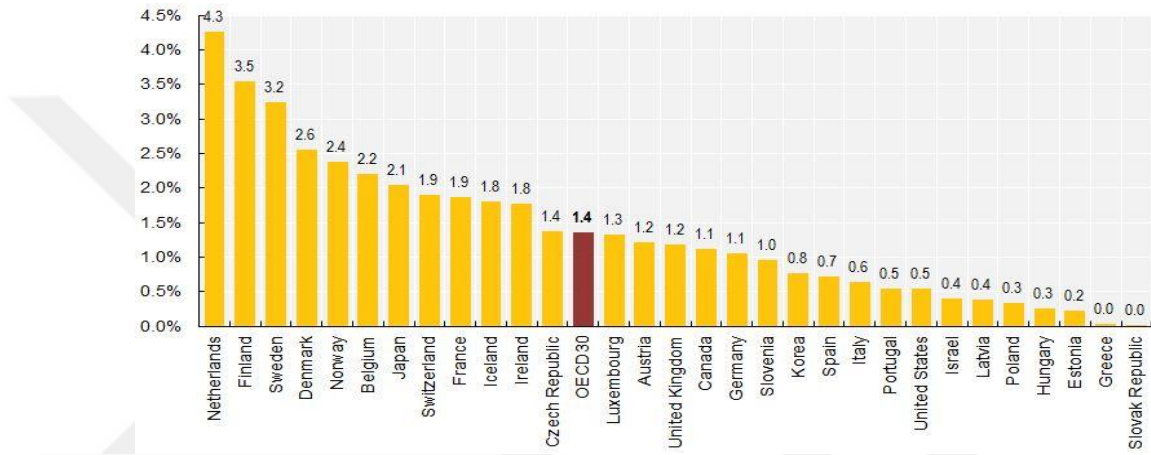
Dünya ülkelerinde evde bakım hizmetleri üç model çerçevesinde uygulamaktadırlar:

- Primli model
- Primsiz model
- Primli ve primsiz modelin birlikte uygulandığı karma model

Primli modeli benimseyen ülkeler, sosyal sigortalar sistemleri içinde bakım sigortası kapsamında bakım hizmetlerini sağlamaktadırlar. Primsiz modeli benimseyen ülkeler, bakım hizmetlerini genel vergilerden finanse edilen kamusal

sosyal yardım ve devletçe destek yöntemiyle güvence altına almaktadırlar. Bakım güvence sistemini oluşturmuş ülkelerin bir kısmı da bakım hizmetlerini, hem kamusal sosyal yardım, hem de bakım sigortası aracılığı ile yürütmektedirler. Bir başka ifadeyle primli modelin yanı sıra primsiz modeli de bakım güvence sistemlerine dahil ederek karma bir model uygulamaktadırlar. (Seyyar, 2008, 31).

Şekil 6 :Uzun süreli bakımda kamu harcamalarının (sağlık ve sosyal bileşenler) GSYH oranı (2014)



Kaynak: OECD Health Statistics 2017.

İster primli, ister primsiz, ister karma modeli benimsenmiş olsun, evde bakım hizmetleri geleneksel olarak yerel yönetimler, çoğunlukla da belediyeler tarafından verilmektedir. Birçok ülkede evde bakım hizmetlerinin doğrudan uygulanmasından olmasa da, planlanmasından ve organize edilmesinden belediyeler sorumludurlar. İskandinav ülkelerinde (İsveç, Norveç, Finlandiya, Danimarka), Birleşik Krallık, İtalya ve İspanya’da evde bakım hizmetlerinin sunumunun önemli bir kısmı özel sektöre ve kar amacı gütmeyen sektöre transfer edilmiş olmasına rağmen, belediyeler hala evde bakım hizmetlerinden sorumlu olmaya devam etmektedirler. Diğer pek çok ülkede de çeşitli yerel yönetim birimleri evde bakım hizmetlerini uygulamak konusunda olmasa da, hizmetleri satın alma ve yetkilendirme konusunda sorumludurlar (Lethbridge, 2005, 7). Çünkü yerel yönetimler, halka en yakın kurumlar olduklarından, halkın ihtiyaçlarını en kısa sürede tespit edebilen ve bu bağlamda en etkin hizmeti sunabilen kurumlar olma özelliğini taşımaktadırlar.

3.8. DÜNYA'DA EVDE BAKIM HİZMETLERİ SUNAN BAZI GLİŞMİŞ VE GELİŞMEKTE OLAN ÜLKE ÖRNEKLERİ

Evde bakım hizmetleri; kurumda bakım ve tedavi hizmetlerinde ve diğer hizmet modellerinde olduğu gibi benzer bir biçimde algılanmamaktadır. Evde bakım hizmet içeriğinin farklı biçimde algılanması, evde bakım hizmetlerine zenginlik katarken diğer taraftan bu alanda yapılacak karşılaştırmalı çalışmaları da özellikle güçleştirmektedir. Evde bakım hizmetlerinin bu kadar farklılık göstermesi; kişi, kültür ve olanaklarla doğrudan ilişkili bir hizmet olması ile açıklanabilir.

Evde bakım hizmetleri uygulamaları ülkelerden ülkelere farklılık gösterebildiği gibi, ülke içerisinde de farklılık göstermektedir. Örneğin birçok alanda benzeşmeyi hedefleyen ve bunu başarabilen ve ortak direktifler çıkaran AB'de sektörel düzeyde evde bakım alanında benzer organizasyonel yapılar bulunmamaktadır. Danimarka, Finlandiya, İrlanda, Hollanda, Portekiz, İsveç ve Birleşik Krallık'ta tek bir organizasyon yapısı bulunurken, Belçika, Fransa ve Almanya'da iki farklı tip organizasyon yapısı, Avusturya, Yunanistan İtalya, Luxemburg ve İspanya'da üç ve daha farklı tipte evde bakım organizasyonu bulunmaktadır. Ana sorumluluğun hangi kurumda olduğu olgusu farklılığın oluşmasında etkili olmuştur.

Evde bakım hizmetlerindeki farklılıklar; hizmetin içeriği, finans kaynakları, hizmetin uygulanma biçimini kapsayan yapısal alanlarda gerçekleşmektedir. Evde bakım hizmetleri uygulamaları, çoğu zaman ülkelerin uzun dönem bakım uygulamaları içerisinde yer aldığından dolayı uzun dönem bakım hizmetlerinden bağımsız değerlendirilmesi mümkün değildir. Evde bakım hizmetlerinde olduğu gibi, uzun dönem bakım hizmetleri de karmaşık bir yapı içerisinde ve ülkelerin iç ve dış kaynakları ve toplumsal değer sistemleri ile birlikte değerlendirmek gerekmektedir

Bugün Kanada, İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İspanya, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Japonya, Endonezya ve Suudi Arabistan gibi birçok ülkede evde bakım hizmeti yürütülmektedir. Avrupa Topluluğuna üye olan tüm ülkelerde evde bakım hizmeti bulunmaktadır (Yaşar, 2009, 28-29).

Bu çalışmada her bir bakım rejimini temsilen ülke ve uygulamaları çalışma

içerisinde ele alınmıştır. Ayrıca ABD de çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışma sırasında ülkeler seçilirken uygulama, finansman, içerik farklılıkları ve etkileme güçleri, evde bakım hizmetleri deneyimleri dikkate alınmıştır.

3.8.1. AB Üyesi Ülkelerde Evde Tıbbi ve Sosyal Bakım Organizasyonu

Avrupa'daki demografik, epidemiyolojik, sosyal ve kültürel değişimler, geleneksel bakım yöntemlerini de değiştirmektedir. Avrupa'da evde bakım hizmetlerinin durumuna bakıldığında Danimarka, Almanya, Hollanda ve İsveç'in en entegre uzun süreli bakım sistemlerine sahip oldukları görülmektedir. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı sosyal sigorta fonları ve vergilerle, sosyal hizmetlerin yönetim ve finansmanı ise yerel yönetimler ve gönüllü kuruluşlarca sağlanmaktadır (KOÇ, 2009, 13)

Avrupa'daki evde bakım hizmetleri programları bireylerin psikososyal sorunları ve sosyal hizmetler boyutuna daha fazla önem vermişlerdir. Danimarka'da başlatılan Avrupa'daki en geniş ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka'daki ileri derecede gelişmiş evde bakım sistemi, evli olmayan annelerin çocuklarının, terkedilmiş ya da yetim-öksüz kalmış çocukların, sıklıkla kötü muamele gördükleri bakıcı ailelere yerleştirilme uygulamasına dünya çapında bir ilginin uyandırdığı, 19.yy. sonlarına dayanmaktadır. Danimarka'da 1937 yılında başlatılan, 4 coğrafik bölgede uygulanan 6 yıllık bir pilot çalışmanın sonuçlarının, ev ziyaretinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi Danimarka'da, evde bakımın ve ev ziyaretlerinin öneminin artmasını büyük oranda hızlandırmıştır. Çalışmalar sonucunda, tüm ülkede çocuk haklarını savunan ve ev ziyaretleri gerçekleştirerek evde bakım sağlayan sivil toplum örgütlerinin oluşumunun desteklenmesi kararlaştırılmıştır (Çoban ve Esatoğlu, 2004, 112)

Evde bakım hizmetleri, en azından iki yüzyıldır bir aile hizmeti olarak sürmekte ve pek çok ülkede hastalara, özel topluluklara ve hem de genel nüfusa hizmet götürmektedir. Sanayi toplumu öncesi üretimde çok az yer alan kadınların temel işlevleri çocuk, hasta ve yaşlılara evde bakmak iken, endüstri devrimi ile birlikte kadının rolünde önemli değişimler gerçekleşmiş, artan işgücü talebini karşılamada

kadın işgücü de kullanılmaya başlanmıştır. Bakım hizmetinin yükü öncelikle, bu sorumluluğu başarmak için gereksinim duyulacak kaynakların kullanım ve denetiminde çok az yetkiye sahip olan kadınlar tarafından yüklenilmiştir. Aslında kadınların gereksinim duyulacak yöntemlere ve bilgiye sahip olmayan ailelerin, bakım sorumluluğunu üstlenirken kendi olanakları ile başbaşa bırakılmaları konusunda gerçek ve artan bir tehlike vardır. Aile kurumundaki yapısal değişiklikler, yüksek boşanma oranları, erken evlilik ve tek ebeveynli aile v.b yoksulluk içerisinde yaşayan kadın ve çocuk sayısını artırmıştır. Bunun sonucunda da, fakirlik ve ona bağlı problemler; bebek ölümü, prematüre doğum, çocuk ihmali ve suistimali, okuldan ayrılma hızlarındaki artış, evde bakım hizmetlerine olan toplumsal ilgiyi artırmıştır.

Aşağıdaki tabloda da görüleceği üzere evde bakım hizmetlerinin organizasyonunda yerel yönetimler kilit noktada yer almaktadırlar.

Tablo 6: Bazı Gelişmiş Ülkelerde Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonunda Yer Alan Hizmet Sunucuları

ÜLKE	EVDE TIBBİ BAKIM	EVDE SOSYAL BAKIM
Belçika	Merkezi veya Bölgesel Hükümet	Yerel Yönetim veya Belediye
Danimarka	Yerel Yönetim veya Belediye	Yerel Yönetim veya Belediye
Finlandiya	Yerel Yönetim veya Belediye	Yerel Yönetim veya Belediye
Fransa	Sosyal Sigorta ve Yerel Yönetim veya Belediye	Yerel Yönetim veya Belediye
Almanya	Sosyal Sigorta	Sosyal Sigorta
İrlanda	Merkezi veya Bölgesel Hükümet	Merkezi veya Bölgesel Hükümet
İtalya	Merkezi veya Bölgesel Hükümet	Yerel Yönetim veya Belediye
Hollanda	Sosyal Sigorta	Sosyal Sigorta
Portekiz	Merkezi veya Bölgesel Hükümet	Yerel Yönetim veya Belediye
İspanya	Sosyal Sigorta	Yerel Yönetim veya Belediye
İsveç	Yerel Yönetim veya Belediye	Yerel Yönetim veya Belediye
Birleşik Krallık	Merkezi veya Bölgesel Hükümet	Yerel Yönetim veya Belediye

3.8.1.1. Hollanda’da Evde Bakım Hizmetleri

Hollanda Avrupa’nın en hızlı yaşlanan ülkelerinden biridir. 2017 yılı verilerine göre 17,081 milyon olan Hollanda nüfusunun % 13,6’si 65 yaş ve üzeri

kimselerden oluşmaktadır. 2030 yılına gelindiğinde bu oranın % 23.6'ya, 2040 yılına gelindiğinde ise % 25.6'ya yükseleceği tahmin edilmektedir. Hollanda'da ortalama yaşam süresi erkekler için 78.57, kadınlar için ise 82.47'dir (Statistics Netherlands, 2014, Trends in the Netherlands, 2017).

Tarihî süreç içinde şekillenen Hollanda sosyal sigorta sistemi, günümüzün mevcut sağlık hizmeti sınıflamasına göre üç farklı boyutta gelişim göstermiştir:

- 1. Akut Tıbbî Bakım (Hastalık):** Tıbbî bakım hizmetleri, 1966 yılında yürürlüğe girmiş olan Sağlık Sigortası Kanunu tarafından yönetilmektedir. Sosyal sigorta kapsamı içinde yer alan tüm kişiler, bu kanun sigortası içinde yer almaktadır. Bu da ortalama olarak nüfusun % 64'üne tekabül etmektedir. Geri kalan % 5'i, devlet memurlarının sağlık sigorta düzenlemesi içinde, % 31'i de, özel sigorta şirketlerinde yer almaktadır.
- 2. Bakımı Destekleyen Unsurlar:** Özel sağlık sigortası düzenlemeleri tarafından yerine getirilebilen sosyal bakım hizmetleri.
- 3. İstisnaî Tıbbî Harcamalar:** Avrupa ülkeleri arasında en eski evde bakım yasası Hollanda ya aittir ve 1 Ocak 1968 den beri yürürlükte olup toplumun tümünü kapsamaktadır. Yasanın adı “İstisnaî Tıbbî Harcamalar Kanunu” (The Exceptional Medical Expenses Act)'dir. Yürütülmesinden Sağlık Spor ve Sosyal Yardım Bakanlığı sorumludur. Uzun dönemli sosyal bakım ve yüksek maliyetli tıbbî tedavi ve bakım hizmetleri bu yasa kapsamındadır. Kanun, uzun dönemli sosyal bakımı ve çeşitli şekillerdeki yüksek maliyetli tıbbî bakımı da içine alan hizmetleri içermekte iken, 1980 yılında huzurevlerini ve bakım yurtlarını, 1989'da da eve dönük sosyal bakım hizmetlerini uygulama kapsamına alarak bakıma muhtaçlık riskine karşı kapsamlı bir sosyal güvenlik modelini oluşturulmuştur (Turan, 2008, 23-31, Tuschen ve Mittelstaed; 1996, 53).

Hollanda bakım güvence sistemini kısa olarak açıklamak gerekirse, ilk önce şunu tespit etmek mümkündür: Her ne kadar sosyal sigortalar sistemi için bakım sigortası yer almamakta ise de, sosyal bakım hizmetleri, sağlık sigortasına bağlı hastalık sandığının koordinasyonu ile sosyal sigorta kapsamında bulunan bütün fertlere sunulmaktadır. Dolayısıyla, sosyal bakım hizmetlerinin finansmanı, büyük

bir çoğunluğu zorunlu olarak ödenen primlerden karşılanmaktadır (Seyyar, 1999,173).

Kurumsal bakım harcamalarının artması üzerine bu hizmetleri ikame edebilecek bakım sistemleri arayışlarına gidilmiş ve bu bağlamda eve dönük sosyal bakım hizmetlerinin daha az maliyetli olacağı görüşü ağırlık kazanmıştır. Bakım hizmetlerinde alternatif arayışlar veya ikame politikaları, çeşitli deneysel uygulamaların geliştirilmesine yol açmış ve yeni düzenlemelere gidilmiştir. Bunlardan en önemlileri şunlardır:

- Evde bakım hizmetlerinin genişletilmesi ve yaygınlaştırılması.
- Ameliyat sonrası hastanın iyileşmesi ve hayatın son günlerini ızdıraplı geçirenler için evde bakım hizmetlerinin artırılması.
- Hiçbir kurumsal hizmetten yararlanmayan ve kendi başına bağımsızlığını sürdürmekte zorlanan kişilere yaşlı-özürlü bakım evlerindeki bakım imkânlarının artırılması.
- 1990 kadar % 5.8 olan sağlık sigortası primi eşit oranlarla paylaşılarak işçi ve işveren tarafından ödenirken, bu tarihten itibaren primlerin ödenmesi sadece sigortalı işçilere ait olmaktadır (Seyyar, 1999, 173).

Hollanda’da kamusal uzun süreli bakım sigortası sistemi 1968 yılından beri uygulanmaktadır. Buna bağlı olarak Hollanda’da yaşayan herkes 1968 tarihli “İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası” (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; Exceptional Medical Expenses Act., AWBZ) çatısı altında sigortalıdır. Bu yasa, yaşlılar, kronik hastalar, zihinsel ve fiziksel engelliler ile kronik psikiyatrik hastalara yönelik evde ve kurumda bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Bunun yanı sıra bazı tedavi edici ve rehabilite edici bakım hizmetleri de yasa tarafından karşılanmaktadır. Bu bağlamda geçici bakım hizmetlerinin önemli bir kısmı, felç gibi ani hastalıklardan sonraki rehabilitasyon hizmetleri, hastaneden taburcu olduktan sonra gerekli olan evde geçici bakım ve bakım evinde geçici bakım hizmetleri AWBZ çatısı altında düzenlenmiştir (Mot, 2010, 9-12). Bakım alabilmek için kişinin sağlık sorununun olması ve fonksiyonel olarak özrünün bulunması yeterlidir. Avrupa’da evde bakım hizmeti veren ülkeler arasında sadece Hollanda’da bakım alacak kişinin ailesinde bakım için uygunluk ve sağlanacak aile desteğinin boyutu göz önünde bulundurulmaktadır. Ayrıca Hollanda’da psikososyal durum, evin ve çevresinin

koşulları, sağlanacak formal bakımın tipi ve düzeyi de göz önüne alınmaktadır (Turan, 2008, 23-31).

Hollanda'da uzun dönemli bakım hizmetleri, kurumda bakım hizmetlerinin yanı sıra evde informel bakım (amatör bakım/aile üyeleri tarafından sağlanan bakım), evde formel bakım (profesyonel bakım/bakıcı personel tarafından sağlanan bakım) ve kurumda formel bakım şeklindedir. Evde informel bakım Hollanda'da, Orta ve Güney Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında nispeten daha az yaygındır. Çünkü Hollanda'da egemen olan sosyal norm ebeveynlerin, özellikle de annelerin kendileri ile çocuklarının, devletin ise yaşlıların bakımında geniş ölçüde sorumlu olmasıdır (Mot, 2010, 11).

Uzun dönemli bakım sistemi için bütün sorumluluk yasaları yapan merkezi yönetime aittir. Merkezi yönetim bakım hizmetlerinin ulaşılabilir, uygun fiyatlı ve kaliteli olmasını sağlamaya çalışmaktadır (Mot, 2010, 22). Yine de evde informel bakım Hollanda'da mevcuttur ve bakım parası düzenli olarak informel bakıcılara ödenmektedir. Kurumda formel bakım ise diğer ülkelerle kıyaslandığında Hollanda'da daha ağırlıklı bir rol oynamaktadır (Mot, 2010, 11).

Evde formel bakım hizmetleri, hemşire ziyaretleri, kişisel bakım, ev işleri yardımı, gündüz bakımı, geçici bakım, gece bakımı, refakat hizmetleri ve yardımcı cihazların teminini içermektedir (AARP, 2006, 20).

Ev işleri yardımı hizmetleri hariç evde bakıma ilişkin diğer bütün hizmetler AWZB kapsamındadır. Önceleri ev işleri yardımı hizmetleri de AWBZ'nin çatısı altında idi. Fakat 2007 yılında ev işleri yardımı hizmetleri Sosyal Destek Yasası (The Wet Maatschappelijke Ondersteuning; Law on Social Support, WMO) kapsamına alınmıştır. Sosyal Destek Yasası, yerel yönetimler tarafından sunulan sosyal hizmetleri düzenlemiş ve bu konuda yerel yönetimlere geniş sorumluluklar yüklemiştir. Yasa çerçevesinde yerel yönetimlerin sunduğu sosyal hizmetler, ev işleri yardımı, yemek hazırlama, ev içinde yapılan gerekli düzeltmeler ve ev içi hareket sağlama hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetleri belediyeler kendi bütçelerinden ve vergilerden finanse etmektedir (Mot, 2010, 18-21).

AWBZ sosyal güvenlik primleri, vergiler ve kullanıcıların ödedikleri ek katkı payları ile finanse edilmektedir. Katkı payları kişinin gelir durumuna bağlı olarak değişmektedir. 2005 yılında AWBZ'nin % 70'i sosyal güvenlik primlerinden, %

22'si vergilerden, % 8'i ise kullanıcıların ek katkılarından oluşmuştur. AWBZ sosyal güvenlik primi vergiye esas gelire göre ayarlanmakta olup, 2010 yılı itibarıyla % 12.15'tir. Geliri belirlenen sınırın altında olanların priminin büyük bir kısmı işveren tarafından ödenmektedir (Mot, 2010, 12-29). Prim oranı, uluslararası standartlara göre çok yüksek gibi görünse de, tıbbi bakım harcamalarının neredeyse tamamını kapsadığını unutmamak gerekmektedir (AARP, 2006, 21).

Bakım hizmetlerine ilişkin talebin değerlendirilmesinde Bakım Değerlendirme Merkezi sorumludur. Bağımsız bir kurum olan Bakım Değerlendirme Merkezi, her talebi objektif, bütüncül ve bağımsız bir değerlendirme yapmakla yükümlüdür. Ev işleri yardımı ile ilgili talepleri ise yerel yönetimler değerlendirmektedirler (Mot, 2010, 10).

Evde bakım hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişiler aynı (hizmet) veya nakdi (bakım parası) desteği veya her ikisini birden tercih edebilmektedirler. Nakdi destek, yani bakım parası kişisel bütçeler şeklinde verilmektedir. Bakım parası ile bakım hizmetlerini resmi bir kurumda ya da bağımsız bir bakıcı, aile üyesi, arkadaş ya da komşudan almak konusunda kişi kendisi tercih yapma hakkına sahiptir. Bakım parası uygulaması ile amaçlanan kişinin daha etkin bakım hizmeti alacağı alternatifi kendisinin seçmesidir. Kişiler bakım parasını bakıma harcadıklarını göstermek zorundadırlar (Mot, 2010, 10; AARP, 2006, 22).

Gerek evde gerekse kurumda sunulan bakım hizmetlerinin kalitesinin denetiminden çıkarılan yasaların esasları doğrultusunda Sağlık Müfettişliği (The Healthcare Inspectorate, IGZ) yükümlüdür. Yasalar, bakım hizmetlerinin kalitesi konusunda birincil sorumluluğu hizmet sağlayıcıların kendilerine vermiştir. Hollanda Sağlık Otoritesi, sağlık ve uzun dönemli bakım hizmetleri piyasasını düzenleyici ve denetleyici bir role sahiptir. Ev tabanlı hemşirelik hizmetleri rekabete açık kısmen daha serbest düzenlenmiş olup, kurumsal bakım hizmetleri göreceli olarak daha yoğun bir şekilde düzenlenmiştir. Sağlık Otoritesi kurumsal bakım tarifelerini son derece detaylı bir şekilde belirlemiştir (Mot, 2010, 11).

Hollanda'da gerek evde gerek kurumda bakım hizmetleri önemli bir istihdam alanı oluşturmaktadır. Bakım sektöründe çalışanların yarısından çoğunu kadınlar oluşturmakla birlikte, bunların oranı diğer Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında nispeten daha düşüktür. Yine diğer ülkelerin aksine bakım sektörü çalışanlarının

büyük bölümünü göçmenler oluşturmamaktadır ve sektörde çalışan göçmenler çoğunlukla Surinam ve Endonezyalıdır (AARP, 2006, 24).

Bakıcılar saat üzerinden ücret almaktadırlar (Mot, 2010, 29) ve yarı zamanlı çalışmalarına rağmen, kazançları nispeten iyi olarak değerlendirilmektedir. Hem evde hem de kurumda çalışan bakım çalışanlarının çoğu sendikalıdır ve sendikali olsun veya olmasın bütün bakım çalışanları toplu sözleşme kapsamındadırlar (AARP, 2006, 24).

Hollanda'da yaşlı ve engellilerin bakımının modernizasyonu konusunda önemli bir değişim göze çarpmaktadır. Bakım politikalarında birey odaklı, yani hizmetin bireyin gereksinimlerine göre düzenlemesi anlayışı önem kazanmıştır. Ayrıca son yıllarda özellikle büyük ölçekli kurumlardan küçük ölçekli kurumlara ve evde bakıma doğru bir yönelme söz konusudur (Oğlak, 2007, 31).

Görüldüğü gibi Hollanda'da uzun dönemli bakım hizmetleri ağırlıklı olarak tek bir sistem, yani AWBZ çatısı altında yer almaktadır. Bunun yanı sıra sağlık bakımı hizmetleri Sağlık Sigortası Yasası (ZVW), sosyal hizmetler ise Sosyal Destek Yasası (WMO) çatısı altında düzenlenmiştir. Örneğin WMO yürürlüğe girdiğinde, evde bakım hizmetleri çerçevesinde yer alan ev işleri yardımı hizmetleri AWBZ kapsamından çıkarılmış, sosyal hizmetler sistemine dahil edilmiştir. Bu, yerel yönetimler tarafından sunulan sosyal hizmetlere bir bütünlük getirirken, diğer taraftan uzun dönemli bakım hizmetlerinde ev işleri ile evde bakım hizmetleri arasında bir bölünmeye neden olmuştur. Dolayısıyla uzun dönemli bakım hizmetleri karmaşık, dağınık ve bütünlükten uzak bir yapı arz etmektedir. Nitekim her birinin kendi işleyiş kuralları olan bu farklı sistemler arasında koordinasyon sorunu bulunmaktadır. Ayrıca bakım hizmeti almak isteyen bir kimsenin öncelikle hangi hizmetler için nereye başvurması gerektiği sorununu çözmesi gerekmektedir. Örneğin kişinin hem WMO hem de ZVW hizmetlerine ihtiyacı olabilir. Yine günlük yaşamında ev işleri yardımıyla ötesine ihtiyacı varsa AWBZ hizmetleri için de başvuru yapması gerekecektir (Mot, 2010, 26).

3.8.1.1.1. Hollanda’da Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyon Yapısı ve Bakım Güvence Sistemi

Hollanda, evde bakım hizmetleri, çok eski ve köklü bir geçmişe sahip sosyal refah devletidir. 19. yüzyılın sonlarına doğru, yoksul ve düşkünlerin kilise aracılığıyla ev ziyaretleri şeklinde durumlarının takip edilmesi hayırseverlik anlayışı ile dini kurumlar ve dernekler tarafından yürütülmeye çalışılmıştır. Gönüllülerin sunduğu hizmetler, nüfus artışı, endüstrileşme ve kırdan kente göçe bağlı sosyal sorunları karşılayamaz hale gelmiştir. Sosyal hizmetler ve bakım alanında eğitim kurumlarının açılmasıyla birlikte hizmet sunumunda profesyonel bakıcılar yer almaya başlamıştır. 1968 yılında yürürlüğe giren İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası ile, tüm vatandaşlara bakıma muhtaçlık riskine karşı, bakım sigortası hakkı tanınmıştır. Bu kapsamda, günlük yaşam aktivitelerini, bağımsız bir biçimde yerine getiremeyen yaşlı, engelli, kronik hastalıklı bireylere, yeni doğum yapmış annelere ve terminal (nekâhet) dönemindeki hastalara, devlet desteği ile evde bakım hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. 2007 yılında çıkarılan Sosyal Destek Yasası ile sosyal hizmetler ve bakım alanında yerel yönetimlere önemli sorumluluklar yüklemiş ve evde yardım hizmetlerinin sunumu ile ilgili hak ve yükümlülükleri düzenlemiştir (Danış ve Solak, 2014, 67-68).

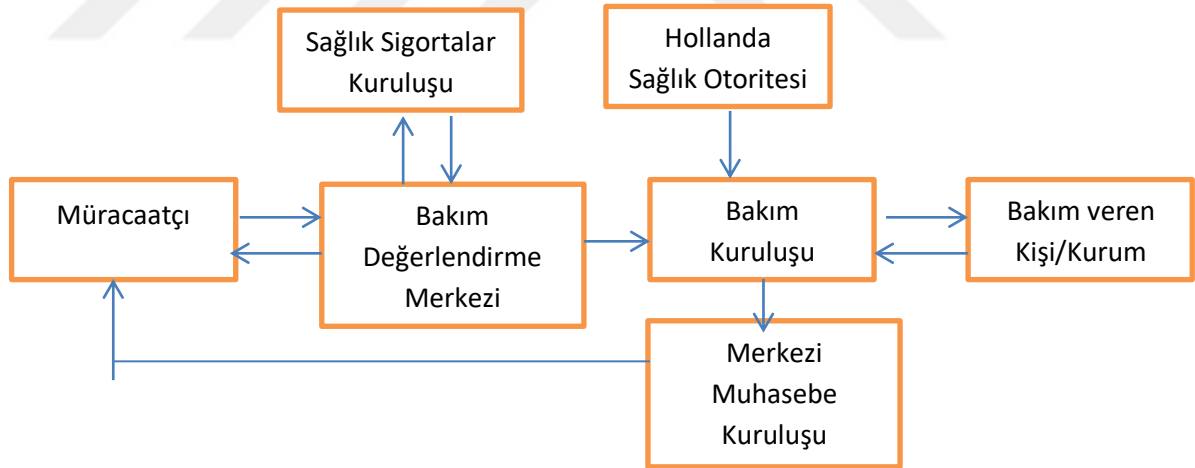
Hollanda’nın bakım hizmetlerinin sunumu, kurumlarda ve evlerde bakım olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir. Ancak, özellikle evde bakım hizmetlerinin, bakıma ihtiyacı olan kişinin ihtiyacına göre, bakımın türü ve derecesi biçimlendirildiği için, çok karmaşık ve çeşitli bir yapıya sahiptir. Evde sosyal bakım hizmetlerinin kapsamı içerisinde; ev hemşireliği, kişisel temel bakım, ev temizliği, sağlık hizmetleri, tıbbî tedavi ve rehabilitasyon, gündüz bakım, yardımcı araçlar ve gece bakımı yer almaktadır (Seyyar ve Oğlak, http://www.sosyalsiyaset.net/documents/danimarka_hollanda.htm Erişim Tarihi; 11/01/2019).

Bakım hizmetlerinden, yaşa ve milliyetine bakılmaksızın Hollanda’da yaşayan herkes yararlanabilmektedir. Üstelik, kişilerin gelir düzeyi, bakım hizmeti alma kriterinde yer almamaktadır. Sosyal bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığının seçtiği ve denetlediği sağlık ve bakım şirketleri, sivil toplum kuruluşları ile serbest

çalışan profesyonel bakıcılar tarafından yürütülmektedir (Seyyar ve Oğlak, http://www.sosyalsiyaset.net/documents/danimarka_hollanda.htm Erişim Tarihi; 11/01/2019).

Kişilerin gelir düzeylerine göre; “Merkezî Muhasebe Kuruluşu” (Centraal Administratie Kantoor) tarafından, katkı payları belirlenmektedir. Evde bakım hizmetlerinin standartlarının belirlenmesi ve denetiminden “Hollanda Sağlık Otoritesi” (Nederlandse Zorgautoriteit) sorumludur. Yasalarca düzenlenen esaslar çerçevesinde, gerek evde, gerekse de kurumda sunulan, bakım hizmetlerinin kalitesi çok sıkı denetlenmektedir. Yasalar, bakım hizmetlerinin kalitesi konusunda birincil sorumluluğu hizmet sağlayıcıların kendilerine vermiştir. Bu kapsamda toplam kalite anlayışı ve müracaatçı memnuniyeti ilkeleri ışığında, bakım hizmeti veren kurum ve bu alanda çalışan kişiler, sürekli iç ve dış denetim süreçlerine tâbi olarak faaliyetlerini sürdürmektedirler. (CİZ, 2013a). Tüm bu bilgiler ışığında; Hollanda’da evde bakım hizmetlerinin organizasyon süreci şemalaştırılmıştır:

Şekil 7: Hollanda’da evde bakım hizmetlerinin organizasyonu



Kaynak; Danış ve Solak, 2014, s; 63

Evde kişisel bakım hizmetinden yararlanabilmesi için kişinin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir biçimde yerine getirebilmeye ilişkin sınırlılıklarının olması, ya da kendi yaşamını bağımsız bir biçimde sürdürebilmeye yönelik yetersiz olması gerekmektedir. Evde sağlık hizmetinden yararlanma ölçütlerine göre ise; bireyin; doktor raporuyla, ilaçların takibi, pansuman, enjeksiyon, yara bakımı gibi

tıbbi desteğe gereksinimi olduğunun tespit edilmesi, yaşlılık, kronik hastalık, engellilik veya bir kaza sonucunda depresyon, anksiyete, ölüm korkusu gibi psikolojik ya da sosyal ve izolasyon, yalnızlık gibi sosyal sorunların varlığının sürekli tıbbi takip ve kontrole gereksinim duyduğunun heyet raporuyla onaylanmış olması, ya da, süregelen sağlık sorunları ile baş edebilecek temel bilgi ve becerilere sahip olmadığının belirlenmesi gerekmektedir (CİZ, 2013c)

Hollanda’da, evde bakım hizmetleri Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı’na bağlı “Bakım Değerlendirme Merkezi” (Centrum Indicatiestelling Zorg) tarafından yapılan değerlendirme sürecine dayalı olarak yürütölmektedir. Yaşlı, engelli, kronik hastalıklı, lohusa ve ameliyat sonrası, terminal dönemdeki bireylerin, evde yardıma ilişkin hizmet ve düzenlemelerden yararlanabilmeleri için bu kişilerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir biçimde yerine getirememe şartına bağlıdır. Yukarıda belirtilen kapsam içindeki müracaatçılar; fiziksel ve bilişsel aktivitelerindeki düşüş ve sınırlılık durumunu, doktor raporuyla, “Bakım ve Değerlendirme Merkezi”ne ibraz ettikleri takdirde, evde yardım hizmetinden yararlanabilmektedirler. Bu değerlendirme sonucunda; evde bakıma gereksinim duyduğu ev ziyaretleri yoluyla saptanan bireyler, durumlarına uygun olarak “İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası” ve/veya “Sosyal Destek Yasası” kapsamında sunulan hizmetlerden faydalanabilmektedir (Danış ve Solak, 2014, 64, CİZ, 2013a, CİZ, 2013d). “Bakım ve Değerlendirme Merkezi” tarafından yapılan inceleme sonucunda, doktor raporuyla, evde bakıma gereksinim duyduğu tespit edilen bireylere; evde kişisel bakım, evde sağlık bakımı, evde sosyal bakım ve evde yardım başlıkları altında çeşitli yardım ve destek hizmetleri sunulmaktadır.

Sosyal bakım hizmeti ile motivasyonun arttırılması, duygusal boşalının sağlanması, endişe ve kaygıların asgariye indirilmesi, psiko-sosyal danışmanlık ve rehberlik hizmeti verilmesi, aynı sorunu yaşayan bireylerle tedavi, serbest zaman değerlendirme vb. gruplar oluşturulması ve sosyal entegrasyonun sağlanması amaçlanmaktadır Böylelikle; evde bakıma gereksinim duyan ve benzer sorunları yaşayan bireylerin bir araya getirilmesi, toplumsal alanlarda bu kişilere farklı serbest zaman değerlendirme olanakları sunulması, karşılıklı paylaşımlar üzerinden etkileşim kurmalarının temin edilmesi ve sosyal ilişkiler yolu ile sosyalleşmelerine fırsat tanınması hedeflenmektedir. Evde yardım hizmeti kapsamında kişinin öz

bakımının yapılması, ev temizliği, çamaşırların yıkanması ve ütülenmesi, alışverişin yapılması, faturaların yatırılması, ev ekonomisinin takip edilmesi, ulaşım, ev içi düzenlemeler ve onarım hizmeti, protez, ortez, işitme cihazı ve yürüteç gibi medikal malzemelerin temin edilmesi gibi çeşitli destek ve yardımlar yer almaktadır (WMO, 2013, (CİZ, 2013c, (Danış 2005b: 445-450; Danış 2008, 230-235, Sağır 2013, 493-494).

Bireylerin, tercihlerine göre evde bakım hizmetlerinden, ayni ya da nakdi yardım şeklinde yararlanabildikleri ülkede, evde bakım hizmetlerinden yararlanma süresi farklı dönemlerde, “Bakım ve Değerlendirme Merkezi”nce yapılan inceleme ve değerlendirme sonucunda belirlenmektedir.

Yapılan değerlendirme sonucunda, evde bakım hizmeti almayı hak eden kişi, tercihinine göre, gereksinim duyduğu hizmeti ayni ya da nakdi yardım biçiminde alabilir. Eğer kişi evde bakım hizmetini, “Ayni Bakım” (Zorg İn Natura) biçiminde almayı tercih ederse; ihtiyacı olan hizmetleri alabilmek için, bu bakım hizmetlerini, özel sektörde faaliyet gösteren, diledikleri “Evde Bakım Kurumu”ndan temin edebilirler, almış oldukları bu hizmet karşılığında, yapılması gerekli ödemeler bakıma muhtaçlık sigortası kapsamında, sosyal güvenlik kurumu tarafından, ilgili merkeze her ay sonunda, fatura karşılığında, düzenli bir biçimde ödenmektedir (Danış ve Solak, 2014, 62, Zorgkantoer, 2013a, CİZ, 2013d).

Birey, gereksinim duyduğu evde bakım hizmetlerini, sosyal güvenlik kurumundan nakdi yardım sağlayarak, kendisi serbest piyasadan tedarik etme hakkına da sahiptir. “Nakdi Bakım” türünde, evde bakım hizmetlerini almayı talep eden bireylere ise “Kişiye Bağlı Bütçe” uygulaması kapsamında, yararlanmış oldukları evde bakım hizmetlerinin tür ve yoğunluğuna göre; yıllık yirmi ile kırk beş bin avro arasında değişen rakamlarla özel bakım bütçesi tahsis edilmektedir. Birey, kendisine tahsis edilen bütçe ile; kişi, evde bakım alanında en az bir yıllık eğitim sertifikasına sahip, kendi seçeceği herhangi bir kişiden (örneğin; arkadaşı, akrabası, komşusu) ya da bu alanda çalışan herhangi bir profesyonelden gereksinim duyduğu hizmetleri kendi satın alma hakkına sahiptir (Danış ve Solak, 2014, 67-69, Zorgkantoer, 2013b).

Hollanda’da sağlık ve bakım hizmetleri, ağırlıklı olarak kamu ve özel sigorta sistemi tarafından ve ortaklaşa ödeme şeklinde finanse edilmektedir. Sağlık

Bakanlığı tarafından yıllık olarak belirlenmekte olan ortaklaşa ödeme, bakımın türüne ve kişinin gelir düzeyine göre belirlenmektedir. Yıllık ödeme oranları. Sosyal bütçe kaynaklarının yalnızca % 4,4'ü vergiye dayanmaktadır. Geri kalan % 74,8 ise sigorta primlerine dayanmaktadır (Seyyar ve Oğlak, http://www.sosyalsiyaset.net/documents/danimarka_hollanda.htm Erişim Tarihi; 11/01/2019).

Bugün, evde bakım hizmetlerinin kurumsallaştığı ve dünya örneğinde önemli bir model olarak kabul gören Hollanda'da, yüz binlerce yaşlı, özürlü, kronik hastalıklı bireye ek olarak hamileler, lohusalar ve terminal dönemindeki hastalar, bakıma muhtaçlık sigortası kapsamında evde bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır. Hollanda'da, evde bakım hizmetleri kapsamında; bakıma gereksinim duyan bireylerin gerek tıbbi ve araçsal, gerekse psiko-sosyal ihtiyaçlarının ev ortamında karşılanması büyük önem taşımaktadır. Evde bakım hizmeti uygulamalarında, yaklaşık yüz yılı aşkın bir tecrübesi ve birikimi olan Hollanda'da, bu zaman zarfında, bakım hizmetleri gelişmiş ve daha iyi bir noktaya ulaşmıştır. İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası'nın yürürlüğe girmesiyle birlikte, bu ülkede yaşayan herkes, uzun süreli bakım sigortası kapsamında bakıma muhtaçlık riskine karşı koruma altına alınmıştır (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson ve Saltman 2012). Bununla beraber, sunulan bakım giderek profesyonelleşmiştir.

Sonuç olarak Hollanda'da, farklı alanlarda evde bakım hizmeti sunulmaktadır. Bakım hizmet sunumu için, tüm bakıma muhtaçları kapsayacak şekilde bakım güvence modelleri geliştirilmiştir. Yani gelir düzeyine bakılmaksızın, bütün yaşları kapsayan herkesin yararlanabileceği sosyal bakım programları ve uygulamaları geliştirilmiştir. Sunulan hizmetlere ulaşılabilirliği kolaylaştırmak ve arttırmak için kar amaçlı kuruluşlarında bu pazarda yer almalarını teşvik etmektedir. Bu şekilde rekabet ortamı oluşturarak sunulan hizmetin kalitesini arttırmayı amaçlamıştır.

Hollanda'da tüketici yönlendirme sistemine uygun olarak sosyal bakım hizmeti alanlar evde bakım için ayrılmış fonlardan yararlanmak zorundadırlar. Bunun dışında bakıma muhtaç bireylerin günlük yaşam aktivitelerine (ADL) yardımcı olacak hizmetleri satın alabilmeleri için nakit ödeme (bakım parası) uygulamaları ile kişilere seçim yapma hakkı tanımaktadır. Bu şekilde sosyal bakım

kuruluşlarını hak sahipleri seçebilmekte ve rekabet ortamı oluşturmaktadır. Bu da hizmet kalitesini arttırmaktadır ve kişilerin ihtiyaçlarına göre alacağı hizmetleri değerlendirebilme olanağı sağlamaktadır.

3.8.1.2. İsveç'te Evde Bakım Hizmetleri

Avrupa ülkeleri arasında evde bakım konusunda öncü olan bir diğer ülke İsveç'tir. Yaşlı ve düşkünler için 1960'larda başlayan sistematik evde bakım uygulamaları bulunmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinden belediyeler sorumludur. Hasta için gereken hizmetlerin saptanması belediyeler tarafından yapıldığı gibi, kaynak ve personel de belediyeler tarafından karşılanır. İsveç hükümeti düzenleyici bir rol oynar, standartları belirler ve belediyelerin evde bakım hizmetlerini vermesi için gerekli önlemleri alır. Sosyal hizmetler yasası; belediyeleri, yaşlı ve düşkünlere araştırarak saptamak ve gerekli hizmetleri sağlamakla görevlendirmiştir. Kamunun bakım sektöründeki bu hakimiyetine karşın, son yıllarda harcamalardaki aşırı artış nedeniyle İsveç, yavaş yavaş özel şirketlerden hizmet almaya başlamıştır. Ulusal ölçekte standart hizmetler getirilmediğinden hangi hizmetlerin verileceği belediyeler tarafından belirlenmekle birlikte ev işleri, günlük yaşam etkinliklerinde sosyal destek başlıca hizmet biçimidir (Turan, 2008, 23-31).

İsveç İstatistik Kurumu'nun 2009-2060 yılları arasını kapsayan nüfus projeksiyonu çalışmasına göre 9,8 milyon olan İsveç nüfusunun % 20'sini oluşturan 65 yaş ve üzeri kimselerin oranının 2040 yılında % 23'e, 2060 yılında ise % 25'e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yaşam süresinin hızla yükseldiği İsveç'te erkekler için 79 yıl olan ortalama ömrün 2060 yılında 85 yıla, kadınlar için 83 yıl olan ortalama ömrün ise 87 yıla yükseleceği öngörülmektedir (Statistics Sweden, 2009, 11-12). Ayrıca İsveç'in Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde 80 yaş ve üstü nüfusu İsveç toplam nüfusun % 5.2'sini, AB ortalamasının %5,1'ini oluşturmaktadır ve ortalama yaşam süresi dünyanın en yüksekleri arasındadır (<https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/> Erişim Tarihi; 01/03/2018).

İsveç'te evde bakım hizmetleri tarihsel olarak 1918 yılında gönüllü organizasyonların yoksullara yardım uygulamaları ile başlamıştır. Orta yaşlı, tecrübeli, gönüllü ev kadınları bu hizmetlerin sunulmasında önemli rol

oynamışlardır. Bu gönüllü hareket evde bakım hizmetlerinde bir dönüm noktası olmuş ve 1950 yılında belediyeler tarafından uygulanmaya başlamıştır (Edebalk, 2008, 2).

İskandinav refah devleti modeli sadece sosyal sigortalar sistemi üzerine değil aynı zamanda sosyal hizmetler sistemi üzerine inşa edilmiştir. Dolayısıyla İsveç'te sosyal hizmetler çok gelişmiştir ve sosyal hizmetlerin uygulanmasından belediyeler sorumludur. Sosyal hizmetler çerçevesinde yaşlı, engelli ve kronik hastalığı olan insanların gerek evde gerekse de kurumda bakımı belediyeler tarafından sağlanmaktadır (Selek Öz content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/.../ue-sos.hiz._11_hollanda_ve_isveç'te_bakım_hizmetleri içinde, Trydegård, 2003, 1).

İsveç'te bakıma muhtaç insanların çoğu ömürlerinin sonuna kadar kendi evlerinde kalmayı ve bakılmayı tercih etmektedirler. Belediyelerin sunduğu evde bakım hizmetlerinin amacı yaşlı, engelli ve kronik hastalığı olan insanların kendi evlerinde mümkün olduğunca bağımsız ve normal bir şekilde yaşamalarını sağlamaktır. Bu bağlamda belediyeler evde bakım hizmetleri içerisinde sağlık hizmetleri, güvenlik alarmı sistemi, alışveriş, ev temizliği, yemek, çamaşır yıkama, kişisel bakım hizmetleri sunmaktadırlar (Sweden Ministry of Health and Social Affairs, 2007, 3).

İsveç'te toplu taşıma araçlarını kullanamayan insanlar belediyelerin taksi ya da özel olarak tasarlanmış araçları ile ulaşım hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptirler. Belediyeler ayrıca ev içinde bakıma muhtaç kişinin yaşamını kolaylaştıracak olan gerekli tadilatları da yapmaktadırlar (<https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/> Erişim Tarihi; 01/03/2018). İsveç'te bakıma muhtaçlar bakım hizmetlerini özel bir şirketten ya da devletten/belediyeden alma tercihi konusunda özgürdürler İskandinav ülkelerinde olduğu gibi İsveç'te de bakıma muhtaçların çoğu evde bakım hizmetlerini ailelerinden, özel şirketlerden ya da sivil toplum örgütlerinden almak yerine belediyelerden almayı tercih etmektedirler (Trydegård, 2003, 2).

İsveç kamu yönetimi belediyeler, il meclisleri ve merkezi yönetim olmak üzere üçlü bir yapı şeklinde örgütlenmiştir. İsveç'te 290 tane belediye, 21 tane il meclisi bulunmaktadır (Edmark, 2007, 6). Günümüzde tüm sağlık hizmetleri demokratik yollarla seçilen bölgesel il meclisleri ve belediyeler tarafından

yürütülmektedir. Ulusal hükümet sadece adli tıp, hapishanelerdeki sağlık hizmetleri ve henüz bir belediye tarafından kabul edilmemiş olan mülteciler ile göçmenlerin sağlık hizmetlerinden sorumludur (Andersson and Karlberg, 2000, 1, 2).

İsveç güçlü bir yerel yönetim geleneğine sahip bir ülkedir. Yerel yönetimler güçlü bir özerkliğe sahiptirler. Bakım hizmetlerinde uygunluk derecesini ve sunacakları hizmetlerin kapsamını ve kalitesini kendileri belirlemektedirler. Buna göre toplayacakları vergi miktarını ve hizmetten faydalananların ödeyecekleri katılım bedellerini de kendileri tespit etmektedirler. Vergiler, İsveç'te kişisel gelirin yaklaşık % 30'unu oluşturmaktadır. Bunun üçte biri ise tamamen sağlık hizmetleri içindir (Andersson and Karlberg, 2000, 2).

Gerek evde gerekse de kurumda bakım hizmetleri vergi gelirleri, hizmeti alanların ödedikleri katkı payları ve merkezi yönetimin desteklerinden finanse edilmektedir. Yerel gelir vergisi bakım hizmetleri için belediyelerin en temel gelir kaynağıdır. Hizmeti alanların ödedikleri katkı payları ise toplam bakım hizmetleri maliyetinin % 5'ini oluşturmaktadır (Edebalk, 2008, 2).

İsveç'te aile bireylerinin evde sağlık ve sosyal bakım konusundaki oranı 1990'ların ikinci yarısından itibaren artmaya başlamıştır. 1990'ların başında gerçekleşen kamu yönetiminde yerelleşme reformu çerçevesinde eğitim, çocuk ve yaşlı bakımı hizmetleri belediyelerin temel görevlerinden sayılmaya başlanmıştır (Edmark, 2007, 7). Belediyeler bakım veren aile üyelerine hem aynı hem de nakdi (bakım parası) hizmet desteği vermektedirler. Merkezi hükümet belediyelere bakım veren aile üyelerini desteklemeleri için kaynak aktarmaktadır (Sweden Ministry of Health and Social Affairs, 2007, 4). 1992 yılında yaşlıların bakımına yönelik kapsamlı bir organizasyonel değişimi öngören toplum bakımı reformu (ÄDEL-reformu) uygulamaya konulmuştur.

Bu reform ile ilk olarak bütün kamusal yaşlı bakım hizmetlerini tek bir çatı altında toplamak amaçlanmıştır. Bu doğrultuda doktorlar tarafından yapılan ev ziyaretleri hariç tıbbi bakım hizmetlerinin tüm sorumluluğu il meclislerinden alınarak belediyelere verilmiştir. Bunun yanı sıra, sosyal hizmet kültürünü güçlendirmek ve yaşlı bakımı hizmetlerini tıbbi bakımdan ziyade sosyal bakım hizmetlerine doğru yöneltme, taburculuk sonrası evde bakım hizmetlerinin verilmesinin yaygınlaştırılarak hastaneden erken taburcu olmayı sağlayarak, hastanede kalış

sürelerini kısaltmak ve böylece maliyetleri azaltmak hedeflenmiştir (Andersson and Karlberg, 2000, 2-4; Trydegård, 2003, 3).

1998 yılında ise “Yaşlı İnsanların Bakımına Yönelik Ulusal Aksiyon Planı” meclisten geçmiş ve daha önceki yasal belgelerde öngörülen genel amaçlar doğrultusunda, yaşlıların bakımının devlete ait kamusal bir sorumluluk olduğu temel ilkesi vurgulanmıştır. Plan, yaşlı bakımı hizmetlerinin demokratik esaslara uygun bir şekilde organize edilmesi, devlet tarafından finanse edilmesi ve kişinin ödeme gücüne bakılmaksızın ihtiyaç duyan herkes için erişilebilir olmasının altını çizmiştir. Plana göre, yaşlı insanlar kendi ihtiyaçlarına uygun, kaliteli bakım hizmetlerinden yararlanarak, bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürüp güven içerisinde yaşlanma hakkına sahiptirler.

2001 yılında ise 1982 tarihli Sosyal Hizmetler Yasası yeniden düzenlenerek, yardım ve desteğe ihtiyaç duyan herkes bu kapsam altına almıştır. Yerel yönetimler bakıma muhtaç insanlara bakım hizmetlerinin yanı sıra ihtiyaç duydukları tüm hizmetleri sunmakla yükümlü tutulmuştur. Bakıma muhtaç insanların gerek insani gerekse de ekonomik nedenlerle kurumsal bakım hizmetlerinden ziyade kendi evlerinde bakım hizmeti almaları öncelikli ilke olarak belirlenmiştir (Trydegård, 2003, 2).

İsveç’te son yıllarda belediyelerin evde bakım hizmetlerinden yararlanan insanlardan aldıkları katılım paylarının çok yükseldiğini, dolayısıyla hizmetleri alacak durumu olmayan insanların mağdur olduklarını ifade etmekte, ayrıca belediyelerin sundukları evde bakım hizmetlerinin kapsamı, hizmetler için aldıkları katkı payları ve hizmetlerden yararlanan kişi sayısı arasında çok büyük farklılıklar bulunduğu dikkat çekmektedir. Tüm bu sorunları çözmek için merkezi hükümet 2002 yılında belediyelerin katkı payı belirleme özgürlüklerini sınırlandırarak en yüksek katkı paylarını belirleyen ulusal bir karar çıkartarak, belediyeler arasında belli bir standart sağlamayı amaçlamıştır (Trydegård (2003, 7-9).

Ayrıca İsveç’te bakım maliyetlerinin kamu bütçesi üzerindeki hızla artan yükü nedeniyle, İsveç Sigorta Federasyonu tarafından yayınlanan bir raporda 45 yaşından itibaren herkese kendi seçtiği bir sigorta şirketinden uzun dönemli bakım sigortası yaptırma zorunluluğunun getirilmesi savunulmaktadır. Uzun dönemli sağlık sigortasına alternatif olarak, ihtiyaç duyulan bakımı sağlayacak bir sigorta, bu bakım

için ücret ödeyecek bir sigorta ve bu alanda duyulabilecek tüm ihtiyaçları karşılayan üçüncü bir sigorta türü üzerinde de tartışılmaktadır

3.8.1.3. Almanya’da Evde Bakım Hizmetleri

Avrupa ülkeleri içinde yaşlı nüfusun en fazla olduğu ikinci ülkesi Almanya’da 2017 verilerine göre 65 yaş üstü nüfus oranı %28’dir. Doğurganlık oranının azalması ve beklenen ortalama yaşam süresinin artması, 2060 yılında her üç kişiden birisi yaşlı kategorisine dahil olacağı ve bu oranın %40’ı geçmesi beklenmektedir. (<https://www.ntv.com.tr> Dünya Haberleri Erişim Tarihi; 10/02/2019). Bu demografik tablo Almanya’daki bakım hizmetlerinin önemini daha da arttırmaktadır.

Almanya’nın en fazla nüfusa sahip olması yanında, yaşlı bağımlılık oranının da yüksek olması bakım hizmetlerinde sürekli yenilenme içerisinde olması bakım hizmeti sunumu açısından incelenmesi gereken temel bir ilke olarak değerlendirilmesine yol açmaktadır. Ayrıca Almanya’nın araştırdığı yeni yaklaşımların da uzun dönem bakım güvenlik ağı bulunmayan ülkeler bir model olarak sunulabilme olasılığı bulunmaktadır (Çoban, 2015, 27 içinde WHO, 2012).

Almanya’da hangi model ve uygulamaların var olduğunu anlayabilmek için öncelikle Alman yönetim yapı ve sosyal devlet anlayışına, sosyal devlet anlayışının temellerini oluşturan yapılanmalara ve buradan hareketle sosyal güvenlik sisteminin temel yapısına bakmak gerekir. Alman anayasasına (temel yasa) göre Almanya Federal Cumhuriyeti, demokratik ve sosyal bir hukuk devletidir. “Sosyal devlet ilkesi” anayasanın değiştirilemeyecek hükümleri arasında yer almaktadır. Daha açık bir ifadeyle anayasaya göre temel haklar, federal devlet yapısı, demokratik yönetim biçimi ve sosyal devlet ilkesi hiçbir şekilde değiştirilemez. Gücünü anayasadan alan sosyal devlet ilkesi, devlete, insan onuruna yaraşır asgari düzeyde yaşam şartları oluşturulması ve ayrıca da bireyin özgürlüğüne vurgu yapılması konusunda bir baskı unsuru oluşturmaktadır. Böyle bir ortamın yaratılmasında kuşkusuzdur ki demokratik devlet yapısının önemli bir etkisi olduğunu vurgulamak gerekmektedir. Başarılı bir devlet yapısının ancak demokratik bir yönetimle sağlanabileceği düşüncesi Almanya’daki devlet anlayışını şekillendirmiş olup, bunun etkilerini her alanda

görmek olanaklıdır. Demokrasi kültürü içerisinde gelişim gösteren sosyal devlet ilkesi, devleti yardıma gereksinimi olan bireyleri korumak ve sosyal adaleti sağlamakla yükümlü kılmaktadır (Çağlar, 2015, 67-68).

Alman sağlık sisteminin kökenleri tüm ulusu kapsayan zorunlu sağlık sigortasının oluşturulduğu tarih olan 1883 yılına kadar uzanmaktadır (WHO, 2006. 30). Bakım sigortası Almanya’da 01.01.1995 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Sosyal sigortalar sistemi içinde hastalık sandığı çatısı altında oluşturulan sosyal bakım sigortası, hastalık sigortasına dahil olan herkesi otomatik olarak kapsamaktadır (<http://www.deta-med.eu/faydali-bilgiler/?lang=tr> Erişim Tarihi; 10/03/2019). Almanya’da bakım sigortası, bakıma muhtaçlık riskinden doğan bedenî, maddî ve manevî zararların telâfisine yönelik sosyal sigorta sistemi içinde tesis edilen bir sigorta türüdür.

Bakım sigortası hizmetlerinden faydalanabilmek için, son 10 yıl içerisinde en az 5 yıl sigorta aidatı ödemiş olmanız gerekir. Aynı sigorta üzerinden aileniz (örneğin eşiniz veya çocuklarınız) bakıma muhtaç olduğunda, sizinle birlikte sigortalıdır. Eğer bir bakım sigortasında sigortalı değilseniz bile, bakıma muhtaç olduğunuz vakit yardım alabilirsiniz. Sizin ve akrabalarınızın maddi imkanları, bakım masraflarını karşılamaya yeterli değil ise, masrafları “Sosyal Hizmetler Dairesi” üstlenir

(https://www.gesundheitsamt.bremen.de/.../2_nb_Migration_Pflegeversicherung_tuerki.. Erişim Tarihi; 10/03/2019)

Alman refah sisteminin temeli, Alman Anayasası’nda yer alan onurlu yaşam hakkına dayanır (Heinicke ve Thomsen, 2010, 2) ve günümüzdeki sosyal güvenlik sistemi kişinin onurlu yaşamını sağlayan temel araçlardan biri olarak kabul edilmektedir. Almanya’da bakım hizmetleri, sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan uzun dönem bakım sigortası yasalaşmadan önce bakım hizmetleri ile ilgili fonlar eyaletler ve hayır kurumları arasında paylaştırılmıştır. Bakım hizmetlerinde yoğun olarak kurumda ve evde bakım hizmet modelleri uygulanmakta olup, hizmet sunumu kamu kurumları ve hayır kurumlarına bağlı kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır ve gönüllülük esaslı hayır işi olarak görülmektedir (Theobald, 2012, 65 <https://onlinelibrary.wiley.com> Erişim Tarihi; 10/03/2019).

Almanya sosyal güvenlik sisteminin temel taşıyıcısı Almanya Sosyal Kod

Kitabı, (Sosyal Güvenlik Kanunu - Sozialgesetzbuch) (SGB), 12 bölümden oluşmaktadır (<http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php> Erişim Tarihi; 10/03/2019) ve literatürde bakım sigortası veya uzun dönem bakım sigortası olarak ifade edilen “zorunlu uzun dönem bakım sigortası” bu yasanın içerisindeki bir bölümdür ve kısaca SGB XI olarak adlandırılmaktadır. Almanya sosyal güvenlik sistemi büyük bir bölümü işsizlik sigortası, sağlık sigortası, emeklilik sigortası, kaza sigortası ve zorunlu uzun dönem bakım sigortası olmak üzere beş temel sigortadan oluşmaktadır (Heinicke ve Thomsen, 2010, 4).

Evde bakım hizmetlerinin finansman kaynağı temel olarak SGB XI’dir. Almanya Sosyal Güvenlik Kanunu içinde yer alan ve SGB V diye kısaltılan zorunlu sağlık sigortası, daha çok tedavi hizmetlerini finanse etmektedir. Evde bakım hizmetleri kapsamındaki tedaviye yönelik bazı uygulamaların finansmanı da bu kalemden karşılanmaktadır. Ayrıca sosyal yardım gereksinimi olan kişilere destek olmak için oluşturulmuş SGB XII olarak kısaltılan sosyal yardım sigortası, gerektiği durumlarda yoksullar ve yardıma muhtaç kişiler için evde bakım hizmetlerinin finansmanında tamamlayıcı ve destek unsuru olarak da yer almaktadır. Bunun yanında SGB XII psikiyatrik hastalara sunulan bazı evde bakım hizmeti uygulamalarının finansmanını da sağlamaktadır (<http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php> Erişim Tarihi; 10/10/2018) .

Almanya uzun dönem bakım sigortasında 2002 ve 2008 yılında olmak üzere iki defa önemli değişiklik olmuştur (Deutsches Zentrum für Altersfragen [DZA], 2011, 6). Bakım sigortası kapsamında kurumda bakım ve evde bakım hizmetlerinden yararlanma aşamalı olarak gerçekleşmiştir. Kişiler evde bakım hizmetlerinden 1 Nisan 1995’ten itibaren, kurumda bakım hizmetlerinden ise 1 Temmuz 1996’dan itibaren yararlanabilmişlerdir. Bakım sigortasının uygulamaya geçtiği ilk yıllarda, özellikle 1996’da, yoğun talepten dolayı ödemelerde karışıklıklar yaşanmıştır (Çoban, 2015, 27 içinde Wiener ve Cuellar, 1999, 417-444).

Günümüzde, Almanya’daki bakım sigortası tüm nüfusun büyük bir kısmını kapsamaktadır. Sadece evsizler ve kaçaklardan oluşan % 0,5’lik bir oran herhangi bir bakım sigortası kapsamında değildir (Arntz ve Thomsen, 2010: 381). Bakım sigortası kişilerin mali durumlarını göz önünde bulundurmaksızın yetersizliği olan genç ve yaşlı kişileri ayırt etmeden kişilerin geniş çaplı bakım merkezlerinden ve evde bakım

hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamayı hedeflemektedir (Çoban, 2015, 27 içinde Wiener ve Cuellar,1999; Zuchandke, Reddemann, Krummaker ve Schulenburg, 2010, 629).

Almanya’da bakım sigortası kapsamında hizmet sunulurken kuruluşlar “uzun dönem bakım taahhütnamesi’nde belirtilen ilkeleri dikkate almak zorundadırlar. Bu ilkeler;

Almanya Uzun Dönem Bakım Hizmetleri Taahhütnamesi

- Uzun dönem bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkes destek hakkına sahiptir.
- Uzun dönem bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkesin fiziksel ve ruhsal tehditlere karşı korunma hakkı vardır.
- Uzun dönem bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkesin özel alanının ve mahremiyetinin korunmasını isteme hakkı bulunmaktadır.
- Uzun dönem bakıma ve yardıma ihtiyacı olan kendi kişisel ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş sağlığı geliştirici nitelikli bakım hakkına sahiptir.
- Uzun dönem bakım ve yardım ihtiyacına sahip herkes danışmanlık, bakım ve tedavi için mevcut olanaklar ve fırsatlar hakkında tam bir bilgilendirme hakkına sahiptir.
- Uzun dönem bakım ihtiyacına sahip herkes saygın bir şekilde diğerleri ile etkileşim ve toplumsal yaşama katılım hakkına sahiptir.
- Uzun dönem bakım ihtiyacına sahip herkes kendi kültürüne ve inançlarına göre hizmet alma hakkına ve dini vecibelerini yerine getirme hakkına sahiptir.
- Uzun dönem bakım ihtiyacına sahip herkes onurlu bir şekilde ölme hakkına sahiptir.

Almanya’da kuruluşlar yukarıda belirtilen “uzun dönem bakım hizmetleri taahhütnamesi” dışında bakım sigortasının temel ilke ve değerlerini de dikkate almaktadırlar (Döhner, Lüdecke ve Eickhoff, 2008, 4). Bu ilkeler aşağıda yer almaktadır.

Almanya Uzun Dönem Bakım Sigortası Temel İlkeleri

- Bakım hizmetinin kapsamı, bakım hizmetini alan kişinin fonksiyonel

yetersizliğine ve değerlendirme prosedürüne bağlı olarak belirlenmelidir.

- Evde bakım hizmetlerinde kişi, evde bakım kuruluşları tarafından verilen profesyonel bakımı ya da aile fertleri tarafından verilen bakım hizmetini ya da bunların her ikisinin birleşimini seçebilmelidir.
- Kısmi hizmet sunulabilme olanağı sağlanabilmelidir.
- Bakım hizmeti kapsamında belirlenen ekonomik tahsis, ailede bakım verene değil, bakıma muhtaç kişiye yapılmalıdır.
- Bakım hizmetlerinde koruyucu ve rehabilite edici hizmetlere daha fazla öncelik verilmelidir.
- Kişiler evde bakımda, kurumsal hizmetten ziyade aile fertleri tarafından verilen bakımı tercih etmektedir.

3.8.1.3.1. Almanya’da evde bakım hizmetlerinde hizmet sunumu

Almanya’da kişilerin, bakım gereksinimleri, bakım olanakları ölçüsünde temel düzeyde kurumda bakım veya evde bakım hizmetlerinden birini seçim hakları söz konusudur. Kişi evde bakım hizmetleri içinde ise, informal evde bakımı veya evde bakım kuruluşlarından profesyonel hizmet ya da profesyonel evde bakım kuruluşlarının danışmanlığında aile fertlerinin sunduğu hizmetlerden birini seçebilir. Genellikle aile üyeleri tarafından verilen informal evde bakım hizmeti tercih edilmektedir (Statistisches Bundesamt, 2011a, 4). Kişilerin aile tarafından verilen informal bakım hizmetlerini tercih etmelerinde, aile üyelerine çalışma olanağı sağlaması, aile için bir gelir olarak görülmesi ve bakım hizmeti alan bireyin mahremiyetinin daha iyi korunabilmesine olanak sağlaması gibi nedenlerin rol oynadığı düşünülmektedir.

Almanya’da bakım hizmet türü seçimini, tıbbi endikasyonlar dışında ekonomik durumlar da etkilemektedir. Almanya’da üst seviye gelir düzeyindekiler profesyonel evde bakım hizmetlerini ya da bakım gereksinimine göre kurumda bakımı, orta düzey gelir düzeyinde olanlar ise dışarıdan özellikle kayıt dışı pazardan hizmet almak için parasal yardım talep etmektedirler. En alt gelir düzeyindekiler ise isteksiz olarak kurumda bakımı kabul etmektedirler. Almanya’da uzun dönem bakım yasasına göre hizmet vermek isteyen kuruluşlar bölgesel düzeyde kayıtlı olmak

zorundadırlar (Theobald, 2012 <https://onlinelibrary.wiley.com>).

3.8.1.3.2. Bakım kapsamı ve Bakım Sigortası

Özgürlükleri veya yetenekleri sağlıklarından dolayı kısıtlanmış ve bu yüzden başkalarının yardımına muhtaç olan kişiler bakıma muhtaçtır. Bunların bedensel, bilişsel, ruhsal veya sağlık yükünü kendi başlarına sağlayamayan kişiler kabul edilmektedir. Bakım yardım hizmeti“, yardıma muhtaç bir kişiyi örn. vücut bakımı, beslenme ve hareketlilik gibi günlük işlerinde desteklemek, yol göstermek veya gözetmek anlamına gelmektedir. Aynı zamanda gerekirse bu yardımları kısmen ya da tamamen üstlenmeyi de kapsamaktadır. Bu esnada bakıma muhtaç kişinin özgürlüğü mümkün olduğunca korunmalıdır (<https://www.faziletbozkurt.com/almanyada-2017-yilinda-yeni-bakim-sigortasi-kanunu-yueruerluege-girdi> Erişim Tarihi: 12/03/2019).

Bir kişinin kanun anlamında bakıma muhtaç olup olmadığını Sağlık Sigortası Tıbbi Hizmet Birimi (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)) kontrol etmektedir. Bu kurum söz konusu kişinin beş bakım kademesinden hangisine girdiğini tespit eder.

Gerekli olan bakımın tespit edilmesi

Altı yaşam alanına (modül) bakılmakta ve bunlar değerlendirilmektedir.

- **Hareketlilik:** Bir yerden başka yere hareket ederken bağımsız olmak ve beden pozisyonunu değiştirmek, örn. merdiven çıkmak veya ayağa kalkmak/yatağa yatmak. Bu alanda alınabilecek en fazla puan yüzde 10’dur.
- **Bilişsel ve iletişim yetenekleri:** Bağımsız bir şekilde günlük hayatta alışmak ve kendi gereksinimlerini bildirmek
- **Davranış biçimleri ve ruhsal sorunlar:** Davranışını kontrol etme kabiliyeti, örn. korkular ve depresyonlar. 2 ve 3 alanların toplam puan oranı yüzde 15 olarak tespit edilmiştir.
- **Kendi kendine bakabilme:** Günlük hayatta kendi kendine bakabilme, örn. vücut bakımı, yeme/içme, tualete gitme, bu alanda alınabilecek en fazla puan ise yüzde 40’tır.
- **Hastalık ve tedavi ile başa çıkmak:** örn. ilaç almak, yardımcı araçları

kullanmak, doktor randevuları. Burada elde edilebilecek en fazla puan miktarı ise yüzde 20 olarak tespit edilmiştir.

- **Günlük hayatı tasarlamak ve sosyal ilişkiler:** örn. okumak, örgü örmek, komşuları ziyaret etmek

Bu altı yaşam alanına bakılmasıyla bakım kademesi elde edilmektedir. Bu bakım alanı için ise en fazla yüzde 15 puan alanı ön görülmüştür.

Beş adet bakım kademesi (PG) bakım ihtiyacının kapsamını belirlemektedir

- PG1 Bağımsızlığın veya yeteneklerin düşük derecede kısıtlı olması – 12,5 ila 26,5 puanları arasında
- PG2 Bağımsızlığın veya yeteneklerin oldukça kısıtlı olması – 27 ila 47 puanları arasında
- PG3 Bağımsızlığın veya yeteneklerin ciddi derecede kısıtlı olması – 47,5 ila 69,5 puanları arasında
- PG4 Bağımsızlığın veya yeteneklerin ağır derecede kısıtlı olması – 70 ila 89,5 puanları arasında
- PG5 Bağımsızlığın veya yeteneklerin ağır derecede kısıtlı olması ve bakım için özel gereksinimler – 90 ila 100 puanları arasında

Çocuklarda özel durum; Bir çocuğun bakım ihtiyacı için bir kademe belirlenirken, yaşıtı olan sağlıklı bir çocukla kıyasla ne ölçüde bakıma ihtiyaç duyduğu esas alınmaktadır. (<https://www.faziletbozkurt.com/almanyada-2017-yilinda-yeni-bakim-sigortasi-kanunu-yueruerluege-girdi> Erişim Tarihi: 12/03/2019)

Almanya’da bakım sigortası kapsamındaki unsurlar: informal bakım sağlayan kişiye verilen bakım parası, profesyoneller tarafından kişiye sunulan hizmetlerin sağlanması, kısmen ayakta bakım hizmetleri, engellilik bakımı, kısa süreli bakım hizmetleri, yatılı bakım kurumlarında sağlanan tam yataklı bakım hizmetleri, bakım kursları, bakım hizmetleri için gerekli araç ve gereçler, yaşanılan mekân ve çevresini iyileştirici düzenlemeler olmak üzere dokuz temel başlıkta incelenmektedir.

3.8.1.3.3. Bakım Parası

İnformal bakım personeli tarafından sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Informal bakım personeli kavramı içerisine aile üyeleri, arkadaşlar veya tanıdıklar

girmektedir. Kişilerin aile tarafından verilen informal bakım hizmetlerini tercih etmelerinde, aile üyelerine çalışma olanağı sağlaması, aile için bir gelir olarak görülmesi ve bakım hizmeti alan bireyin mahremiyetinin daha iyi korunabilmesine olanak sağlaması gibi nedenlerin rol oynadığı düşünülmektedir (Bundesministerium für Gesundheit, 2014a). İnfomal bakım sunanlara verilen ücretler, bakım derecesine göre değişmektedir. Birinci ve ikinci derece bakım derecesinden yararlananların altı ayda en az bir defa, üçüncü derece bakım hizmetlerinden yararlananların ise üç ayda en az bir defa olmak üzere bakım hizmetlerinin uygun verilip verilmediği ve bakım derecelerinde olası değişiklik olup olmadığını belirlemek amacıyla bakım sigortası tarafından onaylı kuruluşlar tarafından yerinde denetim yapılma zorunluluğu bulunmaktadır (Heinicke ve Thomsen, 2010, 11).

Evde yapılan bakımı aile üyelerinden biri, komşular, arkadaşlar veya tanıdıklar tarafından üstlenildiğinde tabloda belirtilen ilgili miktardaki bakım parasını ödemektedir <https://www.faziletbozkurt.com/almanyada-2017-yilinda-yeni-bakim-sigortasi-kanunu-yueruerluege-girdi> Erişim Tarihi: 12/03/2019).

Tablo 7 : Almanya’da Ödenen Bakım Parası

Bakım kademesi	
Bakım kademesi 1	0 Euro
Bakım kademesi 2	316 Euro
Bakım kademesi 3	545 Euro
Bakım kademesi 4	728 Euro
Bakım kademesi 5	901 Euro

Evdeki bakımın kalitesini sağlayabilmek için onaylı bakım servislerinin bakım uzmanları tarafından düzenli aralıklarda danışmanlık ziyaretleri gerekmektedir. Bakım konusunda profesyonel olan uzman, danışmanlık hizmeti verir ve özel duruma göre yardım eder. 2. ve 3. bakım kademelerinde danışmanlık ziyaretleri altı ayda bir, 4. ve 5. bakım kademelerinden üç ayda bir gerçekleşir. (https://hessen.aok.de/fileadmin/user_upload/AOK-Hessen/05-Content-

3.8.1.3.4. Bakımı yapan kişinin sosyal güvenliği

Evde bakımı teşvik etmek amacıyla bakımı yapan kişiler için sosyal güvence başlatılmıştır. Örneğin bakımı yapan aile fertleri için belirli şartlar altında yasal emeklilik ve işsizlik sigortası primlerini ödemektedir. Bu sırada primlerin miktarı bakım kademesine ve seçilen hizmete göre belirlenir. Bakımı birden fazla kişi birlikte üstlendiğinde, primler orantılı ödenir. Prim ödemeleriyle bakımı yapan kişiler emeklilik hakkı elde edebilirler veya emeklilik haklarını arttırabilirler ve de işsizlik sigortasından haklar talep edebilirler. Ayrıca prim ödemeksizin kaza sigortasına sahiptirler.

3.8.1.3.5. Bakım süresi

Bakımı yapan kişi, yakını olan bir aile ferdinin bakımı için yasal olarak bakım süresi kullanma hakkına sahiptir. Bu, işyerinden en fazla altı ay süreyle ücretsiz olarak muaf tutulması ve sonra işyerine geri dönme hakkının olması demektir. Bakım izni, personel sayısı 16'nın altında olan işverenlerden talep edilemez. Bakımı yapan kişi için, bakım süresi boyunca sağlık ve bakım sigortasının primleri için katkı payları ödemektedir.

3.8.1.3.6. Bakım destek parası

Çalışanlar, akut oluşan bir bakım durumunda, bakıma muhtaç bir aile ferdinin gereksinimine uygun bir bakım organize etmek veya kendilerinin yapacakları bakım için on iş gününe kadar parasız izin alabilirler. AOK kazanç kaybını üstlenir ve işten muaf olduğu sreler için bakım destek parası der. Bu meblağ genelde kaybedilen net iş ücretinin %90'ı tutarında olup, bundan sosyal sigorta primi payları kesilmektedir. Bakım destek parası hakkı, bakıma muhtaç kişi başına on iş günü ile sınırlıdır.

3.8.1.3.7. Profesyonel Evde Bakım Hizmetleri

Bakım hizmeti, profesyonel evde bakım kuruluğu tarafından verilmektedir. Ödemeler, doğrudan evde bakım kuruluşuna yapılmaktadır (Bundesministerium für Gesundheit, 2014c). Evde bakım kuruluşlarının lisanslı ve her akredite olma zorunluluğu bulunmaktadır (Heinicke ve Thomsen, 2010, s:10). Profesyonel evde bakım kuruluşlarına yapılan ödemeler bakım derecelerine göre değişmektedir. (https://www.faziletbozkurt.com/almanyada-2017-yilinda-yeni-bakim-sigortasi-kanunu-yueruerluege-girdi_Erişim Tarihi: 12/03/2019).

3.8.1.3.8. Kısmen Ayakta Bakım

Evde bakım hizmetleri verilemediği durumlarda ya da kişi evde bakımı istemediği durumlarda, günün belli bir bölümünü kapsayacak biçimde (gündüz veya gece) kurumda sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Gündüz bakım merkezleri, buna örnek olarak verilebilir (Bundesministerium für Gesundheit, 2014d). Uzun dönem bakım sigortası kapsamında bakım derecelerine göre ödeme yapılmaktadır.

Bakım personelinin hastalık veya tatil nedeniyle bakım işini yapamadığı durumlarda hizmeti sürdüren yedek bakım sağlayıcı için engellilik bakım parası ödenir (Bundesministerium für Gesundheit, 2014e). Bakım derecelerine göre ödemeler değişmektedir.

Bakıma muhtaç kişilere vasıflı uzman personel tarafından temel bakım, ev işlerinde yardım ve evde refakat hizmeti verilir. Bakım gereksiniminin kademesine bağlı olarak evde bakım hizmetlerinin ve sosyal yardım kuruluşlarının evde bakım hizmetlerinin görev masrafları aşağıdaki meblağlara kadar karşılanır. Bu meblağlar bakıma muhtaçlık kademesine bağlıdır:

Tablo 8 : Almanya’da Kısmi Ayakda Bakım Hizmetlerinde Ödenen Bakım Parası

Bakım kademesi	Meblağ
Bakım kademesi 1	0 Euro
Bakım kademesi 2	689 Euro
Bakım kademesi 3	1.298 Euro
Bakım kademesi 4	1.612 Euro
Bakım kademesi 5	1.995 Euro

Kaynak;<https://www.faziletbozkurt.com/almanyada-2017-yilinda-yeni-bakim-sigortasi-kanunu-yueruerluege-girdi> Erişim Tarihi: 12/03/2019).

Kısmi yataklı bakım hizmetlerinden, aynı bakım hizmetleri veya bakım parası ile birlikte yararlanılabilir hem de tam kapsamda ve birbirleriyle mahsup edilmeden.

3.8.1.3.9. Kısa Süreli Bakım Parası

Bakım hizmetinin kişinin evinde yapılmasının geçici olarak mümkün olmadığı veya yeterli seviyede yapılmasının mümkün olmadığı durumlarda, profesyonel hizmet sağlayıcılara kısa süreli bakım ücreti ödemesi yapılmaktadır (Bundesministerium für Gesundheit, 2014f). Bakım sigortası, kısa süreli bakım parası kapsamında en fazla dört haftalık süre için hizmet sağlamaktadır. Evde bakım gündüzleri veya geceleri yeteri kadar sağlanamadığında, sözleşmeli bir kurumda gündüz veya gece bakımı masraflarını üstlenmektedir. Anlaşmaya varılan bakım oranlarında kurumun araçla getirme götürme hizmetlerinin masrafları da dâhildir (<https://www.faziletbozkurt.com/almanyada-2017-yilinda-yeni-bakim-sigortasi-kanunu-yueruerluege-girdi> Erişim Tarihi: 12/03/2019).

Bakım ve tıbbi bakım masraflarını ve de sosyal refakat masraflarını belirli azami meblağlara kadar üstlenilmektedir. Bu meblağlar bakıma muhtaçlık kademesine bağlıdır: Kısmi yataklı bakım hizmetlerinden, aynı bakım hizmetleri veya bakım parası ile birlikte yararlanılabilir – hem de tam kapsamda ve birbirleriyle mahsup edilmeden (<https://www.faziletbozkurt.com/almanyada-2017-yilinda-yeni-bakim-sigortasi-kanunu-yueruerluege-girdi> Erişim Tarihi: 12/03/2019).

Tablo 9 : Almanya’da Kısa Süreli Bakım Hizmetlerinde Ödenen Bakım Parası

Bakım kademesi	Meblağ
Bakım kademesi 1	0 Euro
Bakım kademesi 2	689 Euro
Bakım kademesi 3	1.298 Euro
Bakım kademesi 4	1.612 Euro
Bakım kademesi 5	1.995 Euro

3.8.1.3.10. Engellilik Bakım Yardımı

Bakım personelinin hastalık veya tatil nedeniyle bakım işini yapamadığı durumlarda hizmeti sürdüren yedek bakım sağlayıcı için engellilik bakım parası ödenir. Bakım derecelerine göre ödemeler değişmektedir

3.8.1.3.11. Tam Yataklı Bakım

Evde veya kısmi yataklı bakım mümkün olmadığında, tam yataklı kurumlardaki bakım desteği, tıbbi tedavi bakımı ve sosyal refakat hizmetlerini kapsamaktadır. Bakım sigortası kapsamında bakım derecelerine göre ödemeler yapılmaktadır.

Tablo 10 : Almanya’da Tam Yataklı Bakım Hizmetlerinde Ödenen Bakım Parası

Bakım kademesi	Meblağ
Bakım kademesi 1	ayda 125 Euro
Bakım kademesi 2	ayda 770 Euro
Bakım kademesi 3	ayda 1.262 Euro
Bakım kademesi 4	ayda 1.775 Euro
Bakım kademesi 5	ayda 2.005 Euro

Kaynak:<https://www.faziletbozkurt.com/almanyada-2017-yilinda-yeni-bakim-sigortasi-kanunu-yueruerluege-girdi> Erişim Tarihi: 12/03/2019

3.8.1.3.12. Bakım Kursları

Bakım sigortası kapsamında bakım yapan aile üyeleri için bakım kursları düzenlenmektedir ve finansmanı bakım sigortası tarafından karşılanmaktadır. Kurs kapsamında sadece teorik ve pratik bilgi değil, aynı zamanda danışmanlık ve çeşitli destekler de sunulmaktadır. Eğitim, hastanın ev ortamında da gerçekleşmektedir. Kurs ayrıca kişilerin sosyalleşmesi ve başkalarıyla etkileşim içerisinde olmalarını da olanak sağlamaktadır (Bundesministerium für Gesundheit, 2014h).

3.8.1.3.13. Bakım Hizmetleri İçin Gerekli Araç ve Gereçlerinin Sağlanması

Bakım araç ve gereçleri, evde yapılan bakımı kolaylaştırdığı ve bakımı yapılan kişilerin durumunu iyileştirdiği takdirde bakım sigortası tarafından ödenir. Tekerlekli sandalye ya da koltuk değnekleri bir doktor tarafından reçete edildiği zaman, sağlık sigortası tarafından ödeme yapılır (Bundesministerium für Gesundheit, 2014i).

3.8.1.3.14. Yaşanılan Mekân ve Yakın Çevresini İyileştirici Önlemler

Yaşanılan mekân ve yakın çevresini iyileştirici önlemler için en fazla 4000 Euro ek ödeme yapılır. Eğer birden fazla yararlanıcı var ise 16000 eurodur. Bu ödemenin yapılması için,

- Evdeki bakım sadece bunlarla mümkün olduğunda,
- Daha bağımsız bir yaşam sağladıklarında,
- Evdeki bakımı ciddi ölçüde kolaylaştırdıklarında maddi olarak desteklemektedir (https://hessen.aok.de/fileadmin/user_upload/AOK-Hessen/05-Content-PDF/Pflege_tuerkisch_1-18_b_online.pdf Erişim Tarihi; 11/04/2019)

Yani bakıma muhtaç kişinin evinde yaşayabilmesi veya düzenlemelerin bakım hizmetleri kolaylaştırıcı nitelikte olması gerekmektedir

Bakım derecelerine göre ödeme miktarlarında değişiklik bulunmaktadır.

Oturulan çevrenin daha uygun hale getirilmesine yönelik önlemleri; yapısal önlemler arasında örneğin tekerlekli sandalye için kapıların genişletilmesi, sabit rampa yapımı veya banyonun bakıma uygun şekilde yapısal olarak değiştirilmesi sayılmaktadır (https://hessen.aok.de/fileadmin/user_upload/AOK-Hessen/05-Content-PDF/Pflege_tuerkisch_1-18_b_online.pdf Erişim Tarihi; 11/04/2019).

Sosyal bakım sigortası hizmetleri dilekçenin verildiği tarihten itibaren tahsis edilmektedir. Bakım hizmetlerinden yararlanma hakkı sadece, bakım ihtiyacı tespit edildiğinde ve sigortalının başvuruda bulunmadan önceki son on yılda en az iki yıl süreyle bakım sigortası olduğunda (kendisi veya bir aile ferdi üzerinden) söz konusudur.

3.8.1.4. ABD’de Evde Bakım Hizmetleri

Amerika Birleşik Devletleri’nde evde bakım hizmetleri 1700’lerin sonunda dini sorumluluklarla yoksul hastaların evlerine düzenlenen hemşire ziyaretleri şeklinde başlamıştır. 1796 yılında kurulan Boston Dispanseri, ABD’de evde bakım hizmeti sunan ilk kuruluş olmuştur. 1898 yılında Los Angeles Sağlık Departmanı’nın yoksul hastaları evlerinde ziyaret etmeleri amacıyla diplomalı hemşireleri ücretli olarak istihdam etmeye başlamasıyla devletin ücretlendirdiği ilk evde bakım hizmetinin temelleri atılmıştır (Selek Öz; content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/.../ue-sos.hiz._10_abd'de_ve_israil'de_bakim_hizmetl Erişim Tarihi;05/04/2019).

ABD’de profesyonel evde bakım hizmetleri, gönüllü varlıklı kadınlar kilise ile birlikte, 1813 yıllarında Charleston’da yoksul ailelere, ev işlerinde ve bakım hizmetlerinde destek sunma çalışmalarıyla başlatmıştır. Bakım hizmetlerinin sunumu esnasında; bakım hizmetlerinden kim sorumludur?, bakım hizmetini kimler almayı hak ediyor?, ne tür bir bakım ne kadar süre ile verilmelidir? profesyonel hizmetlerinin gerekliliğini önceleyen bir takım sorulara yanıt vermekte zorlanmış ve bu sorulara yanıt arama çabası olarak profesyonel evde bakım hizmetleri ortaya çıkmıştır (Bulher –Wilkerson, 2012, 446)

ABD’de 1960’lardan itibaren önem kazanan evde bakım hizmetleri kişilere evlerinde sağlık hizmeti sağlamak ve onları hastanelerdeki yüksek maliyetlerden korumak için hizmet sunan işletmeleridir. ABD’de yaşlı nüfusun,

kronik hastalığı olan insanların ve engellilerinin sayılarının giderek artması sebebiyle, sağlık hizmetlerine ulaşmayı kolaylaştırıcı bir sigorta sisteminin kurulması yönünde toplumsal bir baskı oluşmuştur. Bu baskıya yanıt olarak 1965’de Medicare ve Medicaid yasalaştırılmıştır. Sonrasında ise ABD’de evde bakım hizmeti veren kuruluş sayısı da hızla bir artış gözlenmiştir (Selek Öz; content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/.../ue-sos.hiz._10_abd'de_ve_israil'de_bakim_hizmeti Erişim Tarihi;05/04/2019).

İnsanların daha iyi şartlarda ve daha uzun yaşamaları için yaşamlarını tehdit edici engelleri ortadan kaldıran teknoloji ve doğuşta beklenen yaşam süresindeki artış ABD sağlık sistemi içerisinde uzun süreli bakım hizmetlerini ön plana çıkarmıştır.

ABD’de uzun dönem bakım hizmetleri, geniş bir hizmet yelpazesi içermektedir. Bu hizmetler günlük yaşam aktivitelerini destekleyen hizmetler, kişisel bakım hizmetlerini ve tıbbi bakım hizmetlerini içermektedir. ABD’de uzun dönem bakım hizmetleri yatılı bakım kurumları (huzurevi ve bakımevi vb.), evde bakım kuruluşları ve gündüzlü bakım merkezleri tarafından sağlanmaktadır (Harris-Kojetin, Sengupta ve diğerleri, 2013, 2-28).

ABD’de temel olarak üç bakım sigorta poliçe türü bulunmaktadır. Bunlar (Çoban, 2015, 24-25 içinde Fevurly, 2012, 61-68);

- Kurumda bakımı kapsayan bakım poliçeleri.
- Evde bakımı kapsayan bakım poliçeleri.
- Her ikisini de kapsayan poliçeler (hem kurum hem de evde bakımı)

ABD’de uzun dönem bakım sigortaları kapsamında yedi farklı hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Bunlar (Çoban, 2015, 24-25 içinde Fevurly, 2012, 61-68);

- **Nitelikli Hemşire Bakımı:** Genel olarak bakım merkezlerinde ve profesyonellerce sunulan üst düzey tıbbi bakım hizmetlerini içermektedir. Aynı zamanda acil durumlar sonrası oluşan bakım hizmetlerini de kapsar (Örnek: inme sonrası gelişen durumlar gibi) (Çoban, 2015, 24-25 içinde Fevurly, 2012, 61-68 ve U.S. Department of Health and Human Services, 2014a).
- **Orta Düzey Hemşirelik Bakımı:** Nitelikli hemşirelik bakımına benzerdir. Ancak bu hizmet hergün değil ara sıra verilen hizmet türüdür.

- **Kişisel Bakım:** Profesyonel beceri gerektirmeyen genel olarak kişisel bakım hizmetlerini içermektedir. Örneğin banyo yaptıırma, yemek yedirme, evin düzeni, tuvalet kullanma gibi hizmetler.
- **Yaşam Yardımı:** Örneğin apartman tipi bir yapıda yaşamını sürdüren bireylerin, kişisel ihtiyaçlarını karşılamak (sıklıkla yemek hizmetleri) ve günlük yaşam aktivitelerine destek olmak için aralıklı olarak verilen hizmet türüdür (Çoban, 2015, 24-25 içinde Fevurly, 2012, 61-68 ve U.S. Department of Health and Human Services, 2014a)
- **Evde Bakım:** Hastanın yaşadığı mekânda nitelikli hemşirelik bakımı ve rehabilite edici faaliyetleri kapsamaktadır.
- **Hospis Hizmetleri:** Terminal (nekahet) dönem hastalar için uygulanan bir bakım türü olup, beklenen yaşam süresi altı ay ve daha az olan kişiler için verilen hizmetleri kapsamaktadır. Hospis bakımı genelde hasta ve ailesi için ağrı yönetimi, duygusal, dini ve fiziksel desteklere odaklanmaktadır. Bu bakım hizmeti aynı zamanda hastanede, bakım merkezlerinde, evde veya hospis merkezlerinde de sunulabilmektedir (Çoban, 2015, 24-25 içinde Fevurly, 2012, 61-68 ve U.S. Department of Health and Human Services, 2014a).
- **Yetişkin Günlük Bakımı:** Aile bireylerinin ev dışında çalıştığı durumlarda, evde, gün boyunca yardım ve gözetim ihtiyacı olan bireyler için sağlanan hizmetleri kapsamaktadır (Çoban, 2015, 24-25 içinde Fevurly, 2012, 61-68).

ABD’de sunulan evde bakım hizmetlerinin finansmanında bakım sigorta poliçeleri ödeme yapmak için bazı koşulları kriter olarak belirlemiştir. Bakıma muhtaç bireyin kronik bir hastalığının olması halinde günlük yaşam aktivitelerinden (öz bakımını yapma, yemek yeme, banyo yapma, soyunup giyinebilme vb) en az iki tanesini 90 gün süresince kendi başına yerine getirememesi ve Alzheimer gibi ciddi bir hastalık durumunun olması belirlenen ön koşullardır. Ancak son dönemlerde demans belirtilerini bakım sigortaları kabul etmemeye başlamıştır (Çoban, 2015, 24-25 içinde Fevurly, 2012, 62).

ABD’de evde bakım hizmetlerinin finansmanında;

- Medicare tarafından finansmanı sağlanan evde bakım hizmetleri,

- Medicaid tarafından finansmanı sağlanan evde bakım hizmetleri,
- Özel sigortalar tarafından finansmanı sağlanan evde bakım hizmetleri
- Cepten ödemeler

olmak üzere temel düzeyde dört tür yapılanma mevcuttur.

Evde bakım kuruluşlarının organizasyonu ve hizmet sunum şekli finans kaynağına göre değişiklik göstermektedir. Ayrıca evde bakım hizmet içerikleri eyaletlere göre de değişiklik göstermektedir. ABD’de evde bakım kuruluşlarının %77,5’i Medicare, %98,6’sı Medicaid tarafından akredite edilmektedir. Evde bakım kuruluşları Medicare ve Medicaid tarafından akredite edilmedikleri sürece, Medicaid ve Medicare tarafından finansmanları sağlanmamaktadır (Harris-Kojetin ve diğerleri, 2013, s; 12 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26158640>).

Bugün ABD’de evde bakım hizmetlerinin finansmanı, Medicare, Medicaid ve özel sağlık sigortaları aracılığıyla sağlanmaktadır. Medicare, 65 yaş ve üstü yaşlılar ile her yaştan engelli insanın bakımına yönelik federal hükümetin sağlık sigortası programıdır. Medicare kapsamında evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmek için evden dışarı çıkamayacak kadar bakıma muhtaç olmak gerekmektedir (Feder, Komisar ve diğerleri 2000, 44). Medicare’in yasalaşmasındaki temel amaç, evde sağlık bakımının yaygınlaştırılarak hastanede yatış sürelerinin kısaltılmasıdır (Hartman, Jarosek ve diğerleri, 2007, 254, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.2007.00098.x/pdf>).

Medicare hospis hizmetleri kapsamında; Sürekli veya belirli sürelerde sunulan evde bakım hizmetleri, uzun süreli veya süreli olarak hastanede yatan hasta bakımı hizmetleri olmak üzere dört bakım türü yer almaktadır. Medicare daha çok tıbbi hizmetleri içeren bir hizmet sunumu yaklaşımıyla; nitelikli hemşire bakımı, fiziksel terapi, uğraş terapisi, tıbbi sosyal hizmetler karşılanmaktadır. Medicare, evde bakım hizmetlerini sınırlı derecede karşılamakla beraber Evde 24 saat bakım hizmeti, eve yemek hizmetleri, ev işleri ve kişisel bakım gibi hizmetleri kapsamamaktadır (Medicare, 2014b <https://www.medicare.gov/coverage/home-health-services.html>, MEDPAC, 2013, 189). Ancak, belirli zamanlarda sağlanan evde bakım hizmetleri kapsamında geniş bir hizmet içeriği bulunmaktadır. Aynı zamanda son dönem hastalara sağlanan evde bakım hizmetleri amacıyla hastanın evine her gün ziyaret edip edilmediğine bakılmaksızın, her bir gün için ödeme

yapmaktadır (MEDPAC, 2013, 263)

Medicare dört bölümden oluşmaktadır:

A Bölümü (hastane sigortası); hastanede yatarak tedavi görmesi gereken kimseler için hastane, 6 ay ya da daha az ömrü kalan terminal dönemdeki hastalar için hospis ve evden dışarı çıkamayacak durumdaki bakıma muhtaç kimseler için evde bakım hizmetlerini kapsamaktadır. A bölümü hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişi ya da eşi çalıştığı süre boyunca Medicare primlerini ödemişse, bu hizmetler için ayrıca bir prim ödemeyecektir. Çalıştığı süre boyunca prim ödememiş kişilerin ise belirli şartlarda Medicare'in A Bölümü hizmetlerinden yararlanabilmeleri mümkün olmaktadır (<https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/index.html>). Medicare kapsamındaki evde bakım hizmetleri, yarı zamanlı ya da aralıklı hemşire ziyaretlerini, tıbbi sosyal hizmetleri, fizik tedavi, mesleki terapi ya da konuşma terapilerini ve dayanıklı tıbbi ekipmanların teminini kapsamaktadır. Evde sağlık hizmetleri kurumsal sağlık hizmetlerine göre daha düşük maliyetli olmakla beraber, insanlar tarafından da daha çok tercih edilmektedir (Hartman ve diğerleri, 2007, 254 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.2007.00098.x/pdf>).

B Bölümü (medikal/tıbbi sigorta); bireyin hastalığının teşhis ve tedavi edilmesi için gerekli hizmetler ve malzemeler ile bazı önleyici sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. B bölümü hizmetlerinden yararlanabilmek için bireylerin gelirlerine göre değişen primi her ay düzenli olarak ödemeleri gerekmektedir. B bölümündeki hizmetlerin bazıları, örneğin doktor ziyaretleri için, ayrıca ücret ödenmesi gerekmektedir.

C Bölümü; Medicare avantaj planlarından oluşmakta olup, Medicare tarafından onaylanmış özel şirketler tarafından sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Medicare onaylı özel sağlık şirketleri, Medicare'in hem A, hem de B bölümlerindeki sağlık hizmetlerinin tümünün yanı sıra planın türüne göre farklı sağlık hizmetleri de sunmaktadırlar.

D Bölümü, reçeteli ilaçlarla ilgili olup, Medicare'e sahip herkesin çeşitli reçeteli ilacı kapsayan planlardan birini seçmesi gerekmektedir (<https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/index.html>).

Evde bakım hizmetlerini Medicare'in karşılaması için hizmet sunumunun

belirlenmiş bir plan kapsamında sunulması ve hizmetlerin bir hekim tarafından takip edilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda tüm evde bakım kuruluşları bünyesinde sürekli veya part-time, hekim çalıştırmak zorundadırlar. (Medicare, 2014a <http://www.medicare.gov/glossary/m.html>, MEDPAC 2014, 215).

ABD’de evde bakım hizmet sağlayıcı Medicaid kapsamında 21 yaş ve üzeri kişileri kapsayan, düşük gelirli vatandaşların uzun dönemli bakım masraflarını üstlenen ortak bir devlet programıdır. Medicaid’den yararlanabilmek için ya yoksul ya da uzun dönemli tıbbi bakım harcamaları yüzünden yoksul duruma düşmüş olmak gerekmektedir (Feder, Komisar ve diğerleri, 2000, 44). Medicaid programlarını eyaletler uygulamaktadır ve her eyaletin belirlediği Medicaid programlardan yararlanabilmek için belirlediği uygunluk kriterleri ile hizmet türleri farklıdır. Hak sahibi olma kuralları karışıktır ve sürekli değişmektedir (Metropolitan Life Insurance Company, 2004, 5). Yine sağlanan hizmetlerin kapsamı ve ödeme türleri de eyaletler arasında farklılık göstermektedir. Ancak, huzurevlerindeki uzun süreli kalış maliyetlerini karşılamakla yükümlüdür. Genel olarak Medicaid, kişisel bakım, yemek yapma, çamaşır yıkama gibi ev işlerine yönelik hizmetleri karşılamaktadır. Ev kirası, faturalar, ev ile ilgili rutin alışveriş giderleri gibi hizmetleri kapsam dışı bırakmıştır, yani karşılamamaktadır (U.S. Department of Health and Human Services, 2014b <http://longtermcare.gov/medicare-medicaidmore/medicaid/medicaid-long-term-care-services/> Erişim Tarihi: 19/04/2019)

ABD’de Medicaid tarafından evde bakım hizmetleri kapsamında hizmet alabilmek için temel bazı kriterler tanımlanmıştır. Söz konusu bu kriterler içerisinde, öncelikle gelir durumunun düşük olması gerekmektedir. Bu durum, Eyaletlere göre farklılık göstermesine rağmen aylık geliri ortalama 931\$’dan daha düşük olanlar uygun grup içerisinde yer almaktadır. Ayrıca 65 yaş ve üzeri olanlar, sosyal güvenlik sistemi tarafından belirlenen derecede kalıcı engellilik durumu olanlar, gebeler, bakıma muhtaç çocuklar bu hizmetten yararlanabilmektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2014c <http://longtermcare.gov/medicare-medicaidmore/medicaid/medicaid-ligibility/general-medicaid-requirements/>).

ABD’de, özel sağlık sigortaları evde bakım hizmetleri kapsamında genellikle günlük işler, banyo, giyinme gibi kişisel bakım hizmetleri ve kişisel yardımlar gibi günlük yaşam aktivitelerini desteklemektedir. ABD’de özel sigortalar bu kapsamda

Medicare tarafından sunulmayan evde bakım hizmetlerini karşılama işlevini yerine getirerek tamamlayıcı sigorta görevini üstlenmişlerdir (Çoban, 2015, 27 içinde Hooyman ve Kiyak, 2005, 407).

ABD’de bakıma muhtaç kadınların oranı erkeklere oranla daha fazladır (Katz vd. 2000, 3027), bunun nedenini kadınların erkeklere oranla daha çok yalnız yaşamak zorunda kalmalarına bağlamaktadırlar. Ayrıca kadınlar evli bile olsalar, eşleriyle birlikte yaşasalar bile geleneksel bakıcı rolü kadına biçildiğinden bakım almaktan ziyade bakım verme rolüne sahip olmaktadır.

Medicare evde sağlık bakımı hizmetlerinde, Medicaid uzun dönemli kurumsal bakım hizmetlerinde egemen olmaya devam etmektedir. Eyaletler bir yandan huzurevi bakımına sınırlar koyarak huzurevlerinin kullanımını azaltmak için, diğer yandan da evde bakımı yaygınlaştırmak için yıllardır mücadele vermektedirler. Ancak birçok eyaletin huzurevleri ile evde bakım hizmetleri arasındaki kaynak dağılımına yönelik politika girişimleri çok da başarılı olmamıştır (Feder ve Ark., 2000, 49).

ABD’de 1970’lerin başından itibaren özel uzun dönemli bakım sigortası kullanılmaya başlamıştır (Chen, 2003, 23). Günümüzde evde bakım hizmetleri sunmak için kurulmuş çok sayıda özel sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının evde bakım sektöründe faaliyet gösterebilmeleri için Medicare’den lisans almaları gerekmektedir. Medicare lisansı alabilmek için evde bakım kurumlarının bazı özerk teftiş kurumlarının değerlendirmesinden geçmesi gereklidir. Bu teftiş kurullarının başında Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) gelmektedir. Bu teftiş kurullarının belirlediği birçok kılavuz ve el kitabı, evde bakım organizasyonlarının teftişe hazırlanmalarına yardımcı olmaktadır (Selek Öz, [content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/.../ue-sos.hiz._10_abd'de_ve_israil'de_bakim_hizmet içinde](http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/.../ue-sos.hiz._10_abd'de_ve_israil'de_bakim_hizmet_içinde) Tanlı, 1998, 306).

Özel sigorta kuruluşlarının evde bakım hizmetlerine yönelik çeşitli poliçeleri bulunmaktadır. Evde sağlık bakımı hizmet poliçeleri, farklı hizmet içeriği, hizmet süresi ve destek araç gereçlerini kapsamına göre, farklı aylık ödemelerle satın alınabilmektedir (Cimete, 1998, 14) ve ABD’de özel sağlık sigortası yaptıran insanların sayısı hızla artmaktadır.

Sonuç olarak ABD’de evde bakım hizmetleri kamusal bir yükümlülük olarak

nitelendirilmemekle beraber, bakım hizmetleri uygulamaları eyaletlere göre farklılık göstermektedir ve örnek bir uygulama bulunmamaktadır. Evde bakım hizmet sunucuları özel sektördür. Evde bakım hizmetlerinin finansmanı Medicare, Medicaid, özel sigortalar ve cepten ödeme biçimindedir. Her bir fon kaynağı evde bakım hizmetlerinin bir bölümünü karşılamaktadır ve özel sigortalar büyük oranda evde tıbbi uygulamaları karşılamaktadır.

Tablo 11: Amerika Birleşik Devletleri’nde evde bakım hizmetlerinde hizmet sınıflandırmaları

Hizmet Türü Kapsamı	Kapsamı
24 Saat Hizmet	Konutlarda toplu yaşam desteği, Ruh sağlığı servislerinde toplu yaşam desteği, Diğer yapılarda toplu yaşam desteği, Konutlarda paylaşılmış yaşam desteği, Ruh sağlığı servislerinde paylaşılmış yaşam desteği, Diğer yapılarda toplu yaşam desteği,
İstihdam Desteği	Mesleki gelişim, Bireysel istihdam desteği, Toplu olarak istihdam desteği, Kariyer planlama,
Günlük Hizmetler	Günlük Hizmetler Ön destek hizmetleri, Günlük yaşam alanları, Eğitim hizmetleri, Günlük tedavi-kısmi hastane desteği, Yetişkin sağlığı, Yetişkin günlük hizmetler, Toplumla entegrasyon, Çocuklar için medikal günlük bakım
Hemşirelik Hizmetleri	Özel bakım, Nitelikli bakım,
Eve Yemek Sağlama Hizmetleri Eveyemek sağlama hizmetleri	Eve Yemek Sağlama Hizmetleri Eve yemek sağlama hizmetleri
Bakım Hizmeti Veren İçin Kira ve Gıda Harcamaları	Bakım Hizmeti Veren İçin Kira ve Gıda Harcamaları
Ev Temelli Hizmetler	Ev yaşam alanının düzenlenmesi, Evde sağlık yardımı, Kişisel bakım, Refakatçi hizmetleri, Ev temizliği desteği, Günlük ev işleri desteği
Bakım Personeli Desteği	Ev dışında dinlenme, Ev içinde dinlenme, Bakım personeli danışmanlığı ve/veya eğitimi,
Diğer Mental Sağlık ve Psikolojik Hizmetler	Ruh sağlığı değerlendirmesi, Toplum tedavisi,

	Krize müdahale, Davranışsal destek, Akran uzmanı/desteği, Danışmanlık, Psikolojik rehabilitasyon, Klinik hizmetler, Diğer hizmetler,
Diğer Sağlık ve Terapötik Hizmetler	Sağlık durumu izleme, Sağlık durumu değerlendirme, Tıbbi değerlendirme/yönetim, Beslenme desteği, Hekim hizmetleri, Reçetelendirme, Ağız ve diş sağlığı hizmetleri, Uğraş terapisi, Fiziksel terapi, Konuşma, işitme ve dil terapisi, Solunum terapisi, Bilişsel rehabilitasyon ve terapi, Diğer terapiler,
Katılımcı Yönlü HizmetleriDesteklemek	Finansal yönetim hizmetleri, Bilgi desteği,
Katılımcı Eğitimi	Katılımcı Eğitimi
Ekipman, Teknoloji ve Uyarlama Hizmetleri	Kişisel acil çağrı sistemi, Ev ve/ veya araç- ulaşım uyum, Ekipman ve teknoloji, Kaynaklar,
Tıbbi Olmayan Taşıma	Tıbbi Olmayan Taşıma
Toplum Geçiş Hizmetleri	Toplum Geçiş Hizmetleri

Kaynak: Peebles VİCTORİA and Alex BOHL; “The HCBS Taxonomy: A New Language for Classifying Home- and Community-Based Services”, Medicare & Medicaid Research Review 2014: Volume 4, Number 3, E5 –E6

3.8.1.5. Japonya’da Evde Bakım Hizmetleri

Japonya, dünyanın en hızlı yaşlanan ve ortalama yaşam beklentisi en yüksek olan ülkesidir. Japonya’da teknolojinin gelişmesi sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmış, ancak buna paralel olarak beklenen yaşam süresi uzamıştır. **(Japan Fact Sheet, 2012b, 2).**

Toplumun yaşlanması ile beraber toplam nüfus da gittikçe azalmaya başlamıştır. Mevcut verilere göre, şu anda 126 milyon olan Japon nüfusunun 2100 yılında 60 milyona düşeceği varsayılmaktadır. 1995 yılının verilerine göre 65 yaş ve üstündeki yaşlı nüfus oranı % 15 iken, 1999 yılında % 16.5’e , 2010 yılında ise bu

oran % 21.5'e yükselmiş ve 2025'de % 27'ye yükseleceği öngörülmektedir (Seyyar ve Oğlak www.academia.edu/.../Almanya_ve_Japonya Ulaşım Tarihi; 22/05/2018) içinde; İbe Hideo; 2000, Brodsky; 2000, 75, Miyatake, 2000 ve Commonwelath of Australia; 2003, 123-137).

Japonya'da da diğer ülkelerde olduğu gibi hastalık sigortası kapsamındaki hizmetler ücretsiz sunulmaktadır.. Ancak, yaşlıların bakım hizmeti aldıkları huzurevi ve bakım yurdu sayısının yetersiz olması nedeniyle, hastaneye yatan bakıma muhtaç yaşlı hasta sayısını artırmıştır. Bugün, devletin toplam bütçesi içinde, sosyal sigorta harcamaları, ikinci büyük kalemi oluşturmaktadır. Bunun yanısıra hastaneler yaşlı hastalara sağlık hizmeti yerine sosyal bakım hizmeti (sosyal hospitilizasyon) sunmaya yönelmişlerdir ve bu da sağlık harcamalarını fazlasıyla arttırmıştır (Commonwelath of Australia; 2003, 123- 137).

Demografik yapı içindeki yaşlı nüfusun inanılmaz artışı, aile içi sorumlulukları arttırdığı gibi sorumluluğun niteliğini de değiştirmiştir. Artan sorumlulukla beraber, evde yalnız veya aile fertleri ile birlikte yaşayan büyüklerin ileri yaşlılıktan kaynaklanan bakıma muhtaçlık sorunu ile mücadele etmeyi gerektirmiştir. Bu sorun, aile fertlerini hem maddi hem de birçok psiko-sosyal faktörlerden ötürü olumsuz yönde etkilemiştir.

Yaşlılara yönelik bakım maliyetlerinin artmaya başlaması, Japon ekonomisini ve Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi'ni tehdit etmeye başlamıştır. Bu yüzden Japon hükümeti, artan bakım maliyetlerini frenlemek ve kontrol altında tutabilmek için, başka çözüm yolları aramaya gitmiştir (Crumo; 1997, 5).

1988'den önce bakım hizmetleri, "Yaşlılar İçin Özel Bakım Evleri" adındaki sosyal hizmet kurumlarınca ve özel geriatrik hastaneleri ve/veya klinikler tarafından sağlanmıştır. Sunulan bakım hizmetlerinden gelir düzeyi düşük ve ailesi olmayan yaşlılarla sınırlandırılmıştır. Artan bakım ihtiyacının harcamaları "Yaşlılar için Sağlık Hizmeti İmkânları" sigortası tarafından finanse edilmiştir. Yaşlılar için Sağlık Hizmeti İmkânları tarafından finanse edilen kronik hastalıklı, yoğun bakım ve rehabilitasyon alması gereken yaşlılara yönelik hizmetler hastanede değil kişinin evinde sunulmuştur. Sağlık harcamalarının azaltmak amacıyla, 1989 yılında uygulamaya "Altın Plân" konulmuştur ve bu plan 1994 yılında revize edilmiş, ancak, sağlık harcamalarının azaltılmasında başarılı sonuç vermemiştir (Seyyar ve

Oğlak www.academia.edu/.../Almanya_ve_Japonyada Ulaşım Tarihi; 22/05/2018) içinde; Ihara, 2000). Japonya’da 1990’dan beri yaşlıların sosyal güvenliği ve sağlık ve sürekli bakım hizmetlerinin sağlanabilmesi için, sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması eğilimi göstermiştir (Erol, 2013, 54-55 içinde, Masuda Masanobu; Kojima Katsuhisa, 2001, 37-45).

Japonya’da hastalık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetleri, diğer ülkelerde olduğu gibi ücretsizdir. Ancak, yaşlılar için bakım alabilecekleri huzurevi ve bakım yurdu sayısındaki yetersizlikler, hastaneye yatan bakıma muhtaç yaşlı hasta sayısını artırmıştır. 1963’ den 1993 yılına kadar hastane yataklarının hemen hemen yarısı uzun süre yaşlılar tarafından işgal edilmeye başlanmıştır. Bugün devletin toplam bütçesi içindeki sosyal sigorta harcamaları, ikinci büyük kalemi oluşturmuştur. Diğer taraftan hastaneler, yaşlı hastalara sağlık hizmeti vermek yerine daha çok “sosyal hospitilizasyon”, yani huzurevi veya bakım yurdunda verilen sosyal bakım hizmetleri sunmaya yönelmiş ve bu da sağlık harcamalarını oldukça artırmıştır. (Commonwelath of Australia; 2003, 123- 137).

Yaşanan bu sorunlar ve buna benzer diğer sosyal sorunlara karşı bir çözüm olarak sunulan Alman bakım sigortası uygulamaları, Japon hükümetinin yoğun ilgisini çekmiştir. Japonya, nüfusunun demografik özelliklerinin yanında sosyoekonomik göstergelerinin Almanya’dakine benzemesi sebebiyle, sosyal sigorta kapsamında olan bakıma muhtaçlara yönelik bakım hizmetlerini ve sosyal sigorta kapsamında olmayan bakıma muhtaç yaşlıların bakım hizmetlerini sosyo-ekonomik kriterler çerçevesinde daha rasyonel bir biçimde belirleme ve sosyal güvenlik boyutuyla yeniden yapılandırmak için Alman bakım sigortasını benimsemişlerdir. Yeniden yapılandırılan bu düzenlemeler ile, sosyal güvenlik sistemini daha etkin kılmak, çalışanlar üzerindeki yükü azaltmak, yükümlülük ve hakları âdil ve güvenli bir şekilde sağlamak ve yaşlılara yönelik bakım hizmetlerindeki kaliteyi arttırmak amaçlanmıştır (Erol, 2013, 54-55 içinde, Masuda Masanobu; Kojima Katsuhisa, 2001, 37-45) Bu amaçlar doğrultusunda yeni bir çıkış olarak kabul edilen Japon bakım sigortası sistemini bazı temel ilkeler benimsenmiştir. Bu ilkeler (Erol, 2013, 50 içinde, Fukawa, 2002, 24-28-32);

1. Bakım hizmetlerinin, diğer sağlık hizmetlerinden ayrılması ve bunun için sosyal sigortalar sistemi içinde bakım sigortasının oluşturulması gerekli

görülmüştür. Bakım sigortası uygulamaları ile yaşlı genç tüm nüfus arasında sağlık masraflarının bazı sınırlandırılmalar getirilerek, eşit ve adil olmasının sağlanması, hastanelerin yaşlılara sosyal bakım hizmeti yerine daha çok sağlık hizmeti sunması amaçlamıştır.

2. Bakım hizmetlerinin finansmanı için yeni mali kaynaklar oluşturulması
3. Bakım güvencesi ile ilgili tüm uygulamaların bakım sigortası kapsamında değerlendirilerek bu hizmetlerin yönetim sorumluluğunun yerel yönetimlere bırakılması amaçlanmıştır.

Uzun süreli bakım sigortası programın altında yatan ilkelerde, kapsam bakımından evrensellik vardır. Programın temel amacı hem yaşlıların bakım yükünü aile bakıcıları üzerinden alarak toplumun tüm üyeleri arasında paylaşılmasını sağlamak, hem de yaşlıların yaptıkları sağlık harcamaları nedeniyle bütçeleri üzerindeki mali baskıların bir kısmını gidermektir (Erol, 2013, 54 içinde, Fukawa, 2002, 27-28).

Bakım sigortası öncesinde Japonya’da sosyal sigortalar sistemi içinde, bakıma muhtaçlar için özel bir uygulama bulunmamakla beraber yaşlının bakımı, aile üyelerince evde yapılmıştır. Çok yaşlı veya kronik hasta olanlar ise, sıklıkla uzun süreli bakım hizmetleri veren hastanelerde bakılmışlardır. Eğer bakıma gereksinim duyan kişiye aileden bakım verecek kimse yok ise hizmet dışarıdan hizmet satın alınma yöntemiyle sunulmuştur. Ve kişi bakımın maliyetini kendisi yüklenmiştir. (Commonwealth of Australia; 2003, 123- 137).

Japonya’da yardıma muhtaç özürllüler için kamusal sosyal yardım programları, aynı zamanda muhtaç durumunda olan birçok yaşlı için de uygulanmaktadır. Bu kamusal sosyal yardım ve hizmetlerden yararlananların %54’ü, 65 yaş ve üstündekilerden oluşmaktadır. Diğer taraftan 70 yaşın üstünde olan her on Japon’dan biri, fiziksel özürllü kişilerden oluşmaktadır. Bir başka ifadeyle, yaşlılık ve özürllülük, bazen birbirini takip eden veya birlikte görülen, içinde bazen birden fazla tehlike unsuru taşıyan ve dolayısıyla mutlak anlamda sosyal güvenlik kapsamında değerlendirilmesi gereken bir sosyal risk türüdür. Bu yüzden, sosyal yardım programlarını veya bakım hizmetlerini özürllü veya yaşlı olmak üzere ikiye ayırmak, bu anlayış çerçevesinde sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler sistemini oluşturmak ve yönetmek, etkinlik ve kalite kriterleri açısından pek faydalı ve rasyonel

olmamaktadır. Bu tespitler doğrultusunda Japonya’da yaşlı özürliülerin sosyal güvenliğini, sosyal bakım hizmetleri ile birlikte sağlayan bir anlayış gelişmiştir (Erol, 2013, 54-55 içinde, Masuda Masanobu; Kojima Katsuhisa, 45- 54, 2001)

Japonya’da nüfusun yaşlanması ile birlikte bakıma muhtaç yaşlılara yönelik sosyal bakım hizmetlerinin önemi de artmıştır. 2000 yılı verilerine göre; Japonya’da bakıma muhtaçların sayısı, nüfusun %13’ünü oluşturmaktadır. Evde bakım hizmeti alan 65 yaş ve üstünde olanların toplam nüfus içindeki oranı ise %9’dur. Japon gelenek ve değerlerine göre yaşlı bakımının sağlanmasıdaki birincil sorumluluk ailenin üzerinde olmaktadır. Dolayısıyla Japonya’da bakıma muhtaç yaşlılar, evlerinde aile fertleri tarafından bakılmaktadır. Kurumsal bakım hizmetleri ise daha çok kimsesiz yaşlıların bakımına yöneliktir. İster evde, isterse kurumsal bakım altında olsun 70 yaş üstündeki her yaşlı için, Japonya’da ücretsiz tıbbi hizmetler de verilmektedir (Aksoy, Kahveci ve diğerleri, 121 https://www.journalagent.com/ttd/pdfs/TTD_7_1_118_123.pdf içinde Campbell John Creighton 1997, 5).

3.8.1.5.1. Bakıma Muhtaçlığı Tespit Etmekle Yetkili Birim veya Kişi

Bakıma muhtaçlık tespiti ve değerlendirmesi, bakım yöneticiler tarafından yapılmaktadır. Bakım yöneticisi, aynı zamanda bakım hizmetleri sunan herhangi bir kuruluşun çalışanlarından biri olabilmektedir. Bakım yöneticisi olabilmek için; 5 yıllık deneyimli uzman (hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, fizyoterapist) olmak gerekmektedir. En az 10 yıl deneyimi olan amatör bakıcılar ise, profesyonel anlamda bakım yöneticisi olabilmek için, yeterlilik sınavına tâbi tutulmaktadır. Amatör bakıcılar, sertifika alabilmeleri için, 32 saat yoğun bakım uygulama eğitimlerinden başarılı olarak geçmeleri gerekmektedir (Brodsky, 2000, 79).

Bakım yöneticisinin herhangi bir kişinin bakıma muhtaç olup olmadığını tespit edebilmesi, tartışmalara yol açmaktadır. Bakıma muhtaçlığın tanımlanmasında ve kişinin bakım hizmetlerine ihtiyaç duyduğunu gösteren raporların düzenlenmesinde bakım yöneticisine bu kadar geniş bir yetki verilmesi, uygunluk, objektiflik ve gereklilik gibi ölçütlerin dışında rekabetçi bir ortamda menfaat çatışmalarına yol açabilecek niteliktedir. Onaylayan kuruluş olarak; uygunluğun

tanımlanmasında çıkar çatışması olabileceği ve uygunluk sürecinin belirlenmesinde bir ön yargı oluşabileceği konuları ileri sürüldüğü için, uygunlukla ilgili son karar, bir uzman heyet tarafından verilmektedir (Brodsky, 2000, 79).

Bakımın plânlanması, hizmetin koordineli olarak sağlanması ve hizmetlerin denetlenmesi sorumluluğu, hastanın önereceği kişiye (ailesi, kendisi veya care manager) ait olmaktadır. Yasa, sigortalının bakım gerekliliğinin koordinasyonunu sağlamak için, bakım yöneticisi uygulamasını teşvik ettiği için, uygulamada bu kişi, genelde “care manager” olmaktadır. Bakım sigortası, bakım yöneticilere her ay, her sigortalı başına, bakım yönetimi (care management) ücreti olarak 50-65 \$ ödemektedir (Shinoda; 2002).

3.8.1.5.2. Bakıma Muhtaçlık Kriterleri ve Tespiti

Bakıma muhtaçlık tespiti, kişilerin fonksiyonları ve bilişsel (anlama - kavrama) yeteneğinin değerlendirilmesi yoluyla yapılmaktadır. Ancak, Japon bakım sigortası, 40 yaş ve üstündekileri kapsamaktadır. 40-64 yaş arasındakiler ise, bu kanundan yararlanabilmeleri için, mutlaka yaşa veya yaşlılığa bağlı bir hastalığa yakalanması gerekmektedir. Örn: Demans, Kardiyo Vasküler, Parkinson, Romatoid Artrit, Damar Sertliği, Beyin Omurilik Dejenerasyonu vb.

65 yaş üstündekilerde aranan bakıma muhtaçlık şartları ise yine bu doğrultudadır. Bakıma muhtaçlık kapsamına genelde en az 6 ay bakıma gereksinimi olanlar kabul edilmektedir. Bakım hizmetleri vermeye başladığında hizmeti alan bakıma muhtaçlar, her 3-6 ayda yeniden değerlendirilmeye tâbi tutulmaktadır. Eşit ve adaletli bir değerlendirmeyi sağlamak için, bir ulusal uygunluk standardı geliştirilmiştir. Değerlendirmede, ADLS (günlük yaşam aktiviteleri) yanında anlama, hissetme (görsel ve dokunsal) ve fonksiyonel yeteneklerin belirlendiği performans kriterlerinden oluşan 85 maddelik formlar kullanılmaktadır. Uygun olduğu belirlendikten sonra kişilerin bakıma muhtaçlık düzeyinden birinde ne tür hizmetler ve haklardan yararlanabileceği tanımlanmaktadır.

3.8.1.5.3. Bakım Modelinin Finansmanı

Japon bakım sigortası, finansman açısından, Alman bakım sigortası ve diğer ülkelerde uygulanan modellerin karışımından oluşturulduğu görülmektedir. Yarısı genel vergi, yarısı da çalışanlardan zorunlu olarak kesilen primlerle finanse edilen Japon bakım sigortası, aslında sosyal sigorta sistemi olarak tam bir sigorta temeline dayanmamaktadır (Commonwealth of Australia; 2003, 123-137).

Finansman sistemi, prim ödeme esasına dayanmaktadır. 40 yaş ve üstünde olan her çalışan, bakım sigortası primi ödemek zorundadır. Ücretli çalışanlar, işverenle birlikte ve kendi hesabına çalışanlar da kendi adına sigortası primi ödemek mecburiyetindedir. Emeklilerde de ise, emekli maaşlarından belirli bir oranda kesinti yapılmaktadır. Prim miktarları, yaşa (40- 65 grubu veya 65 üstü yaş grubu) ve gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir. 40-64 yaş arasında ödenecek prim miktarı, aylık maaşın % 0.9'dur. Bu oran, işçi ve işveren tarafından ortaklaşa eşit miktarlarda paylaşarak ödenmektedir. 65 yaş ve üzerinde olanların emekli maaşlarından da değişik oranlarda kesinti yapılmaktadır ki bu da yaklaşık olarak ayda 26 dolara tekabül etmektedir. Kesilen sigorta primleri, "Sosyal Sigorta Tıbbî Ücret Ödeme Fonu" (the social insurance medical free payment fund) ismi altında ulusal bir havuzda biriktirilmekte ve belediyelere aktarılmaktadır. Buradaki temel amaç, belediyeler arasındaki malî güç dengesizliklerini ortadan kaldırmak ve âdil bir şekilde kaynakları dağıtmaktır.

Prim ve kesintilerden elde edilen bu kaynaklar, esasen toplam bakım giderlerinin ancak yarısını oluşturmaktadır. Diğer yarısı ise, hükümet ve belediyelerin katkılarıyla karışık bir paylaşım sistemi çerçevesinde tamamlanmaktadır. Daha somut bir ifadeyle, ulusal hükümet, belediye ve diğer mahallî idarelerin fona katkıları, 2:1:1 oranı şeklinde gerçekleşmektedir, şöyle ki, finansmanın % 25'i ulusal hükümet, % 12.5'i yerel yönetimler (belediyeler) ve % 12.5'i de diğer bölge yönetimleri tarafından karşılanmaktadır (Introduction of a Long-Term Care Insurance System, 2004). Özetle ifade edilmesi gerekirse, bakım hizmetlerinin finansmanı, primler, devlet-belediye katkıları ve hizmetin alınması hâlinde % 10'luk bir katkı payı ile karşılanmaktadır. Japonya'da kamusal bakım hizmetlerinin yaklaşık olarak % 55'i primlerle ve % 45'i de, kamu fonlarıyla finanse

edilmektedir (Brodsky; 2000, 80-81).

3.8.1.5.4. Bakım Güvence Modelinin Yapısı

Bakım güvencesi, sadece bakım hizmetlerinden ibarettir. Bir başka ifadeyle, bakım hizmetlerinden yararlananlara ayrıca nakit para ödemesi yapılmamaktadır. Ancak, bakım kalitesini yükseltmek amacıyla ileride nakdîn yardımın da yapılması düşünülmektedir. Japon bakım sigortası çerçevesinde oluşturulan bakım güvencesi sistemi, hem eve yönelik, hem de kurumsal bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Bir başka ifadeyle, bu kanun kapsamında bakıma muhtaçlara yönelik çeşitli hizmetler, yaşadığı yerde ya da kurumda sunulmaktadır. Evde bakımın hizmetlerinin kapsamına, hemşirelik ziyaretleri, kişisel bakım ve evin yönetimine ilişkin hizmetler, evde rehabilitasyon hizmetleri, gündüz bakım merkezlerinde bakım; tıbbî hizmetler yönetimi, geriatri hastaneleri veya genel hastanenin geriatri kliniğinde geçici bakım, demanslı hastalara ev hizmetleri, bakımı destekleyen araç ve cihazlar gibi hizmetler ve yardımlar girmektedir.

Evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmek için, genelde bakıma muhtaç kişilerin cüzî bir katkı payı ödemesi gerekmektedir. Kurumsal bakım hizmetleri, huzurevleri, bakım yurtları ve geriatrik bakım hastanelerinde verilmektedir. Kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanan bakıma muhtaçlar, genelde bakım giderlerinin %10'unu karşılamak zorundadırlar. Bakım sigortasının uygulanmasıyla birlikte 1.9 milyon hak sahibinin % 32'si kurumsal bakım, % 68'i ise yaşadığı yerde bakım hizmeti almaktadır (Shinoda, 2002, 31).

Japon sisteminde aile fertleri bakım sigorta sistemi içinde yer almamaktadır. Ancak, bakıma muhtaç hâle gelen aile fertleri, bakım sigortası yerine ulusal sağlık sigortası kapsamında sunulan bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. Japon bakım sigortası, gerek bakıma muhtaçların, gerekse bakıcı aile fertlerinin kişisel ihtiyaçlarını dikkate alan ev tamiratları ve bakım izni gibi, buna benzer uygulamaları hizmet programlarına almamıştır. Japonya'da sadece çalışan aile fertleri, yakınlarının bakımı için, yılda azamî olarak 3 ay izin alabilmektedir (Commonwealth of Australia; 200, 123-137).

3.8.1.5.5. Bakım Hizmetlerinin İçeriği

Evde bakım için yapılan masrafların büyük bir ekseriyeti sigorta tarafından karşılanmaktadır. Evde bakım için öngörülen aylık azamî parasal sınırlar, bakıma muhtaçlık düzeyine göre değişmektedir. Örneğin en alt bakıma muhtaçlık düzeyi için ayda 560 USD ve bakıma muhtaçlık derecesinin en yüksek 6. düzeyinde ise 3.263 USD öngörülmektedir.

Her ay yaklaşık 560 dolara karşılık gelen birinci basamaktaki bakım hizmetleri kapsamına giren azamî yardımlar şunlardır:

- Her hafta 2 kez ev temizliği, ev işleri.
- Haftada 1 kez hemşire ziyareti.
- Haftada 2 kez gündüz bakım.
- Her yıl 2 kez, 1 hafta geçici bakım.

Her ay yaklaşık 3.236 dolara karşılık gelen altıncı basamaktaki bakım hizmetleri kapsamına giren azamî yardımlar ise şunlardır:

- Haftada 7 kez kişisel bakım, ev hizmetleri.
- Haftada 2 kez hemşire ziyareti.
- Haftada 3 kez gündüz bakım hizmeti.
- Her ayda 1 hafta geçici bakım.

Bu alanlarda hizmeti alanlar, evde bakım ve kurumsal bakım hizmetleri arasında uygulanmakta olan çeşitli düzenlemeleri serbestçe tercih edebilmektedir. Kanun plânlanma aşamasındayken en çok tartışılan konulardan biri, aile bakıcılarına nakit para verilip verilmeyeceği olmuştur. Halkın talebine rağmen, nakit para uygulaması yerine bakım hizmetlerinin ücretsiz veya kısmî paylaşımlı olarak sunulması modeli kabul edilmemiştir.

3.8.1.5.6 Bakım Hizmetlerini Uygulamaya Yetkili Birimler

Japon bakım sigortası programı, yerel yönetimler tarafından yürütülmektedir. Hizmet sunumu ve kalite güvenliği açısından belediyeler, hem kâr maksatlı, hem de kâr gütmeyen sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içinde çalışmaktadır. Belediyeler, sivil ve özel bakım hizmetlerini etkili bir şekilde desteklemekte ve finanse

etmektedir. Serbest rekabet ortamı mevcuttur. Bu durum bakım hizmet sunumun kaliteli olup olmadığı yönünde endişelere yol açmıştır. Bundan dolayı Japonya’da, hizmetin kalitesini denetleyen bakım yöneticilerinin sürekli eğitime tabi tutulması ve standart bakım modellerinin oluşturulması yönünde görüşler ortaya çıkmıştır.

Japonya, bakım güvencesi kapsamını, gerek potansiyel bakıma muhtaç kişiler, gerekse kapsamına girebilen belirli kesimi maddî destekten mahrum etmesi açısından çok dar tutmasına rağmen, belirtilen sebeplerden dolayı prim sisteminden yeterince yararlanmamaktadır. Belki de bu yöntemle özellikle genç işgücü maliyetlerini bilinçli olarak düşük tutmak istemektedir. Ancak, bakım hizmetlerinde ortaya çıkan finansman açığı da, genel ve yerel vergilerden elde edilen gelirlerin bir kısmından karşılanmaktadır. Bir başka ifadeyle, merkezî ve yerel iktidarlar, bakım sistemine önemli derecede malî katkılarda bulunmaktadır.

Japonya bakım güvencesi kapsamını çok dar tutarak, bakıma muhtaçlara sadece profesyonel bakım hizmetleri hakkı vermektedir. Üstelik Japonya’da evde bakım hizmetleri de ücretsiz değildir. Tıbbî bakım hariç, genel bakım giderlerinin %10’u, hizmeti kullananlar tarafından karşılanmaktadır. Kalıcı ve tam gün kurumsal bakım hizmetlerinde belirli oranlarda masraf paylaşımı söz konusudur. Japonya’da sürekli ve tam gün kurum bakım hizmetleri için, bakıma muhtaç kişiden masraf paylaşımı olarak %10 (% 25) talep edilmektedir (Gibson; 2003, 15-16).

3.9. SOSYAL DEVLET – SOSYAL HAK - SOSYAL GÜVENLİK VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bireylerin doğumdan ölüme kadar olan süreç içerisinde insan onuruna yaraşır şekilde yaşaması, hayatı boyunca karşılaştığı veya karşılaşabileceği sosyal risklerin ortadan kaldırılması ile mümkün olmaktadır. Bireylerin refah içinde yaşamalarında ise eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, konut, çalışma ve sendika hakkı gibi temel sosyal haklar, başrol de oynamaktadır. Bu haklar, temel insan hakları arasındadır ve insan olmaktan kaynaklanan nedenle tüm yaşam boyunca bireyin ayrılmaz birer parçasıdır.

Sosyal hakların gelişmesi devletin sosyal niteliğinin gücüne yani sosyal devletin gelişmesiyle mümkün olmaktadır. Eğer bir devlet kendini sosyal devlet olarak tanımlıyorsa “sosyal, siyasal, medeni hakları” vatandaşlarına sağlayarak herkesin insan onuruna yaraşan asgari bir yaşam düzeyi sağlamamalıdır. Sosyal hakların olmaması ya da var olan haklara erişilememesi sosyal dışlanmaya neden olmaktadır. Sosyal hakların sınırları Anayasa, uluslararası sözleşmeler ve yasalarla belirlenmiş, nesnel uygulamalara dayandırılmıştır. Ancak sosyal haklara ilişkin yasal düzenlemeler ne kadar mükemmel olurlarsa olsunlar ancak uygulanabildikleri ölçüde anlam ifade etmektedirler. Bu noktada, mevcut hakların kullanılmamasının önündeki engeller kaldırılarak haklara erişimin kolaylaştırılması gerekmektedir.

Sosyal refah devleti olmanın gerekliliği olarak devletin, toplumu oluşturan bireylerin, insan şeref ve haysiyetine yakışır maddi, manevi ve kültürel ihtiyaçların karşılanması devletin asgari refah olanaklarının sağlanması, sosyal adalet ve dengenin sağlanması, güçsüzleri güçlülere karşı koruması ve hukuka uygun davranması yükümlülüklerini üstlenesi gerekmektedir. Bu hizmetler devletin millete sunduğu bir lütuf değildir en önemli görevidir. Yine insanca yaşama, eşitlik, sosyal adalet, sosyal denge, sosyal barış, sosyal refah, sosyal güvenlik, adil gelir, fırsat eşitliği, istihdam vb.” hizmetlerde devletin yükümlülüğündedir ve tüm bu hizmetlerini devlet sosyal sigorta, sosyal yardım, sosyal hizmet ve sosyal tazminle gerçekleştirmektedir. Devlet bu uygulamalarını hayata geçirmek için bireyin sosyal ihtiyaçlarını merkeze alan, tüm sosyal riskleri göz önünde bulunduran bir sosyal güvenlik mekanizması oluşturması ve hayata geçirmelidir. Sosyal güvenlik sistemi ile devlet tüm herkesi, sosyal hayatta karşı karşıya kalabilecekleri kaza, işsizlik,

hastalık, sakatlık, yaşlılık, engellilik gibi başkalarının desteğine ihtiyaç duyabileceği durumlara karşı sosyal güvenlik mekanizmasıyla korumak ve geleceğe güvenle bakma olağanı sağlamaktadır.

Sosyal güvenlik evrensel bir ihtiyaçtır ve temel insan haklarından birisidir. Bu nedendir ki yaşı, cinsiyeti, ırkı, ekonomik durumu ne olursa olsun, ayırt etmeksizin, bireylerin ve ailelerin hastalık, analık, iş kazası, meslek hastalığı, malullük, yaşlılık, ölüm, işsizlik ve aile sahibi olma durumunda karşılaşacakları gelir kaybı ve gider artışlarının karşılanması için sosyal güvenlik sistemlerinin kurulması ve yaşatılması sosyal refah devletinin temel görevidir.

Sosyal güvenlik sistemi konusunda birçok ülke; sosyal sigorta ve sosyal yardımlara dayalı bir model geliştirmişlerdir. Ülkeler, vatandaşlarını, ekonomik güvenceye kavuşturmak, sosyal korumada asgari ölçü tespit etmek ve devletin belirli bir düzeyde de olsa sosyal güvenliğin finansmanına katkı sağlaması gibi ortak bazı ilkeleri benimsemişlerdir. Ancak ülkeler, içinde bulunduğu ekonomik duruma göre toplumun öncelikli subjektif kriterlerini vurgulayarak mali kaynaklarının yeterliliği doğrultusunda bu sorumluluklarını yerine getirme yükümlülüğünü sınırlandırmışlardır.

Sosyal güvenlik kavramının temelini sosyal riskler oluşturmaktadır. Özellikle, yaşlılık, hastalık, bakıma muhtaç engellilik, gibi insanın yaşamı süresince karşılaşabileceği, sağlık ve sosyal bakım ihtiyacındaki sosyal risklerde ciddi bir artışa neden olmuştur. Yaşlı kronik hastalıklı ve özürlü nüfusun tedavi ve bakım masraflarının sağlık ve sosyal hizmet harcamaları içerisindeki payının artması, sosyal güvenlik sistemlerinde etkinlik problemi, yeterince işlev icra edememelerine ve sürekli genişleme dinamizmi içerisinde olmasına yol açmıştır. Bu durumda büyük harcamalara, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artmasına neden olmuştur ve olmaya devam etmektedir. Özellikle dünya ülkelerinin demografik bilgiler ve rakamsal öngörülerden yola çıkarak gelecek planlamalarını yapmaya ve bakım modelleri geliştirmeye yöneltmiştir. Bu durum gelişmiş ülkeleri kurumsal ve yatılı düzenlemelerden; müracaatçı memnuniyetine dayalı, süreli, etkili ve düşük maliyetli sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine yönelmelerine neden olmuş ve artan sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında evde bakım en etkin model olarak benimsenmiştir.

3.10 TÜRKİYE’DEKİ EVDE BAKIM MODELİNİN ÜLKE ÖRNEKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMALI DEĞERLENDİRİLMESİ

Toplum temelli bakım olarak adlandırılan, sosyal hizmet odaklı bu yaklaşım; bakıma gereksinim duyan bireye, bağımsızlığını koruması ve kendi ayakları üzerinde durabilmesi için gerekli bilgi ve sosyal yaşam becerileri kazandırma, yaşamını kendi evinde sürdürebilmesi için gereksinim duyduğu destek ve yardımları sunma ve sosyal işlevselliğini yerine getirebilmesi için çalışma, rekreasyon ve diğer olanaklardan yararlanmasını sağlama amacına yönelik olup ekip çalışmasını gerektiren bir hizmet modelidir.

Ülkelerde gelişen temel inancın kaliteden ödün vermeksizin sunulan hizmetlere ulaşılabilirliği artırmaktır. Söz konusu yaklaşımla maliyetlerin kontrol altına alınabileceği düşünülmüştür.

Evde bakım hizmetleri ilk olarak hasta bakımı olarak benimsenmiş olsa da günümüzde kavramın çok farklı boyutları ortaya çıkmış ve hizmet kapsamının ve içeriği genişlemiştir. Evde bakım hizmetinin kapsamının genişlemesinde, arz ve talebin birlikte artması, tıp teknolojisinin evde hizmet sunumunu kolaylaştırıcı uygulamalar geliştirmesinin yanı sıra kişinin kendisine evde hizmet sunulmasını istemesi, kadının rolünün değişmesi ve finans kuruluşu açısından evde bakım maliyetlerinin kurumda bakım hizmetlerine göre daha düşük olması gibi nedenler etkin rol oynamıştır.

Evde bakım çeşitli hedefleri, içeriği ve beklenen sonuçları ile heterojen ve dinamik bir kavramdır. Hizmetin verimliliği ve uygulanabilirliği açısından, tıbbi hizmetleri kapsayan sağlık bakımı hizmetleri, sosyal hizmetlerle bütünleşen sosyal bakım hizmetleri ve toplumun değerleriyle örtüşen manevi bakım hizmetlerinin üçünü de kapsamı büyük önem taşımaktadır.

Son derece demokratik ve modern bir yaklaşım olmakla birlikte toplum temelli bu hizmet sunumunu gerçekleştiren gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere birçok avantaj sağlamıştır. Günümüzde gelişmiş ülkeler mevcut evde bakım hizmet sunumunu daha da geliştirmeye yönelik çalışmalar içinde iken, ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkeler halen evde bakım hizmetlerinin nasıl ve ne şekilde

uygulanabilirliği konusunda ülkelerin uyguladıkları modelleri kendi toplumunda uygulamaya çalışmaktadır.

Daha nceki bölümlerde sosyal devlet anlayışının getirdiği hizmet sunumu olan evde bakımın çıkış noktası nedir, anlamı nedir, toplum için sosyal bir hak olan bu hizmetin içeriği nedir, kimler nasıl faydalanmaktadır, sunum şekilleri nedir, niçin ülkeler yeni bir model arayışına girmişlerdir, hedeflenen nedir, toplum temelli bu anlayışın avantajı – dezavantajları nelerdir, sosyal güvenlik sistemi içerisindeki yeri ve finansman kaynakları nelerdir, denetimi nasıl sağlanmaktadır, gibi bu temel konular üzerinde gerekli açıklamalara yer vermiştik.

Evde bakım hizmet sunumu dünyada, bakım süreleri, bakım standartları, hizmetin sunumu, denetim ve verdiği hizmetlerde ödeme düzenlemeleri açısından oldukça farklı çeşitlilik göstermektedir. Bu nedenledir ki Türkiye’deki evde bakım hizmet sunumuna yer verirken dünyadaki gelişmiş ülkelerdeki uygulama biçimlerini Hollanda, Almanya, İsveç, ABD ve Japonya rnekleri ile anlatmaya çalıştım. Türkiye, Hollanda, Almanya, İsveç, ABD ve Japonya’da sunulan evde bakım hizmetlerinin başlangıcı, ülkelerdeki tanımı, gerekli kılan sebepleri, hizmet sunumunda belirlenen hedefler, hizmet sağlayan kurum ve kuruluşlar, hizmetten yararlanan gruplar ve yararlanma ltleri, hizmet sunumunun içeriği, hizmetin finansman kaynağı, hizmetin denetimi ve evde bakım hizmetlerinin ülkelerde yarattığı dezavantajlarını karşılaştırmalı olarak değerlendirmek ve ülkemizde sunulan evde bakım hizmet sunumundaki eksikliklerin daha iyi tespit edilmesi adına daha önceki bölümlerde yer vermiş olduğum bilgiler doğrultusunda konuyu özetleyerek tabloladırdım.

3.10.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Başlangıcı

Evde bakım hizmetinin 1800’lerde Amerika’da başlaması ve giderek organize bir hizmet şeklinde devam etmesinden sonra evde bakım hizmeti yayınladıştır. Endüstrileşme, savaşlar, ekonomik krizler gibi sosyal faktörler evde bakım hizmetlerinin gelişmesini hızlandırmıştır

Kronik hastalıklar ve yaşlı nüfusun hızla artması, hastane hizmetlerinin maliyetlerinin yükselmesi, evde bakım hizmetinin daha düşük maliyetli daha uygun

bakım ortamı sunması, 1950’lerin ikinci yarısında hızla yaygınlaşmaya başlamasına yol açmıştır. 1982 yılında Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuştur. Birliğin günümüzde de geçerliliğini koruyan misyonu; evde bakım ve hospis hastaları için bakım kalitesini geliştirmek, bakım vericilerin haklarını korumak, tüm evde ve hospislerdeki bakım veren bakıcı personeli etkili şekilde temsil etmek ve evde sağlık bakımının merkezine yerleştirmektir (Selek Öz, 2010, 67).

Tablo 12 : Örnek Ülkelerde Evde Bakım Hizmetlerinin Başlangıcı

ÜLKELER	Evde bakımın Başlangıcı
HOLLANDA	Hollanda’da, sağlık ve sosyal güvenlik mevzuatında yapılan değişiklikler sonucunda, 1968 yılında yürürlüğe giren, “İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası” ile tüm vatandaşlara bakıma muhtaçlık riskine karşı, bakım sigortası hakkı tanınmıştır
İSVEÇ	İsveç’te evde bakım hizmetleri tarihsel olarak 1918 yılında gönüllü organizasyonların yoksullara yardım uygulamaları ile başlamıştır. Orta yaşlı, tecrübeli, gönüllü ev kadınları bu hizmetlerin sunulmasında önemli rol oynamışlardır. Bu gönüllü hareket evde bakım hizmetlerinde bir dönüm noktası olmuş ve 1950 yılında belediyeler tarafından uygulanmaya başlamıştır. Yaşlı ve düşkünler için 1960’larda başlayan sistematik evde bakım uygulamaları bulunmaktadır.
ALMANYA	Kişiler evde bakım hizmetlerinden 1 Nisan 1995’ten itibaren, kurumda bakım hizmetlerinden ise 1 Temmuz 1996’dan itibaren yararlanabilmişlerdir.
ABD	ABD’de profesyonel evde bakım hizmetlerinin başlangıcı olarak 1813 yıllarında Charleston’da varlıklı kadınlar kilise ile birlikte yoksul ailelere, ev işlerinde ve bakım hizmetlerinde destek sunma çalışmalarını başlatmıştır. 1965’de Medicare ve Medicaid yasalaştırılmıştır. Medicare ve Medicaid yasalaştıktan sonra ABD’de evde bakım hizmeti veren kuruluş sayısı da hızla artmıştır
JAPONYA	Yaşlılara yönelik bakım maliyetlerinin artmaya başlamasıyla kamu emeklilik sistemi 1985’de yaşlı nüfusun gereksinimini karşılamak için, yapılandırılmış ve emeklilik hakları makul hâle getirilmiştir. 1988’den önce bakım hizmetleri, “Yaşlılar İçin Özel Bakım Evleri” olarak bilinen sosyal hizmet kurumlarınca ve özel geriatrik hastaneleri-klinikler tarafından sağlanmıştır. 1997’de meclisten geçen, Nisan 2000’de uygulanmaya konulan bakım sigortası ile Japonya’da sosyal sigortalar sistemi içinde, bakıma muhtaçlar için özel bir uygulama geliştirilmiştir.
TÜRKİYE	Ülkemizde ilk defa 1994 yılında Ankara Büyükşehir Belediyesi tarafından sosyal bakım ağırlıklı olarak evde bakım hizmetleri uygulanmaya başlamıştır. 10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ve bu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilmesine ilişkin “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 1 Şubat 2010 tarihinde yürürlüğe konularak evde sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağına dair yasal çerçevesi düzenlenmiştir. 01.07.2005 tarihli ve 5378 sayılı “Özürlüler Yasası” ile ilk kez bakıma muhtaç engelli bireylerin bakım hizmetlerine yeni bir boyut kazandırılarak evde bakım hizmeti olanağı sağlanmıştır. 07.08.2008 tarih 26960 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik ile huzurevi bakımını tercih etmeyen yaşlılar için gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetlerinin niteliği ve bu hizmetleri yerine getiren birim ve personele ilişkin usul ve esasların belirlenmiştir.

Kaynak: Danış ve Solak, 2014, 67-68, Edebalk, 2008, 2; <http://www.deta-med.eu/faydali-bilgiler/?lang=tr> Erişim Tarihi; 10/03/2019; Selek Öz; content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/.../ue-sos.hiz._10_abd'de_ve_israil'de_bakim_hizmeti Erişim Tarihi;05/04/2019; Seyyar ve Oğlak www.academia.edu/.../Almanya_ve_Japonya Ulaşım Tarihi; 22/05/2018) içinde; Ihara, 2000; Çoban, 2015, 71-72 (Ülkelerdeki evde bakım hizmetleri hakkında literatür taraması sonucu ulaştığım kaynaklar doğrultusunda tablodaki bilgiler tarafımdan oluşturulmuştur).

3.10.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Gerekli Kılan Sebepler

Savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme, aile yapısındaki değişiklikler, demografik yapıdaki değişiklikler, kadınların iş hayatında yer alması, sağlık maliyetlerinin artması, insanların bilinçli yaşlanması, bulaşıcı olmayan hastalıkların artması vb. daha bir çok sosyal faktör, evde bakım hizmetlerinin dünya ülkelerinde gelişmesini hızlandıran önemli etkenler olmuştur. Yanısıra yaşlı nüfusun, toplam nüfusa göre oranının artışı ile yaşlılığa özgü fiziksel, duygusal, bilişsel ve fonksiyonel sorunların artması, kronik hastalıkların toplum sağlığında öneminin artması, sosyo-demografik değişim ve hareketlilik eğilimleri evde bakım ihtiyaçlarını etkilemiştir.

Tün dünyada özellikle demografik yapıdaki değişimler evde bakım hizmetine olan ihtiyacı giderek önem kazandırmıştır. Yaşlı ve çok yaşlı insanların oranının artması, buna paralel olarak doğurganlığın düşmesiyle çocuk, genç ve yetişkin insanların oranı ülkeden ülkeye farklılık gösterse de, yine de büyük oranda düşüşler gözlenmektedir. Türkiye ve diğer beş dünya ülkesindeki nüfusa baktığımızda yaşlı nüfusun henüz en az olduğu ülke Türkiye'dir. Diğer ülkelerde yaşlı nüfus oranının hızla arttığını aşağıdaki tabloda gözlemleyebiliriz.

Tablo 13 : Türkiye, Almanya, Japonya, Hollanda, İsveç ve ABD’ de OECD verilerine göre 2000-2014 yılları arasında genç ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ALMANYA	Topla m Nüfus	82.16	82.28	82.16	82.28	82.16	82.28	82.16	82.28	82.16	82.28	82.16	82.28	82.16	82.28	82.16
	Genç nüfus (%)	15.29	15.13	14.95	14.68	14.33	13.92	13.66	13.45	13.29	13.15	13.06	13.44	13.31	13.17	13.07
	Yaşlı nüfus (%)	17.24	17.64	18.07	18.58	19.27	19.23	19.74	20.24	20.48	20.80	20.98	20.99	21.10	21.27	21.45
JAPONYA	Topla m Nüfus	126.9 3	127.2 9	127.4 4	127.6 2	127.6 9	127.7 7	127.7 7	127.7 7	127.6 9	127.5 1	128.0 6	127.8 0	127.5 2	127.3 0	-----
	Genç nüfus (%)	14.58	14.36	14.20	14.03	13.89	13.76	13.65	13.53	13.45	13.34	13.15	13.07	12.98	12.88	-----
	Yaşlı nüfus (%)	17.37	17.97	18.54	19.05	19.48	20.16	20.82	21.49	22.10	22.75	23.02	23.28	24.15	25.06	-----
HOLLANDA	Topla m Nüfus	15.93	16.05	16.15	16.23	16.28	16.32	16.35	16.38	16.45	16.53	16.62	16.69	16.75	16.80	-----
	Genç nüfus (%)	18.60	18.62	18.60	18.57	18.50	18.36	18.18	17.99	17.81	17.65	17.51	17.38	17.23	17.04	----
	Yaşlı nüfus (%)	13.58	13.63	13.68	13.78	13.94	14.15	14.37	14.60	14.86	15.15	15.45	15.91	16.53	17.09	
İSVEÇ	Topla m Nüfus	8.87	8.90	8.92	8.96	8.99	9.03	9.08	9.15	9.22	9.30	9.38	9.45	9.52	9.61	
	Genç nüfus (%)	18.43	18.27	18.11	17.92	17.69	17.41	17.13	16.90	16.73	16.63	16.60	16.66	16.79	16.45	
	Yaşlı nüfus (%)	17.26	17.22	17.18	17.16	17.21	17.27	17.33	17.43	17.64	17.94	18.28	18.64	18.98	19.91	
TÜRKİYE	Topla m Nüfus	64.27	65.17	66.00	66.79	67.60	68.44	69.30	70.16	71.05	72.04	73.14	74.22	75.18	76.05	76.90
	Genç nüfus (%)	29.45	29.07	28.62	28.14	27.68	27.24	26.84	26.47	26.29	26.13	25.80	25.44	25.10	24.72	24.28
	Yaşlı nüfus (%)	6.74	6.71	6.68	6.68	6.69	6.72	6.78	6.85	6.87	6.92	7.12	7.29	7.43	7.60	7.84
ABD	Topla m Nüfus	282.1 6	284.9 7	287.6 3	290.1 1	292.8 1	295.5 2	298.3 8	301.2 3	304.0 9	306.7 7	309.3 5	311.7 2	314.1 1	316.5 0	318.8 6
	Genç nüfus (%)	21.36	21.21	21.06	20.90	20.71	20.48	20.28	20.14	20.03	19.91	19.78	19.63	19.46	19.31	19.15
	Yaşlı nüfus (%)	12.43	12.38	12.35	12.36	12.36	12.40	12.46	12.56	12.75	12.92	13.09	13.27	13.74	14.13	14.50

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/young-population.htm#indicator-chart>,
<https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart>,

<https://data.oecd.org/pop/population.htm#indicator-chart> Erişim Tarihi: 15/06/2018 (OECD verileri kullanarak tarafımda toplam nüfus içindeki genç ve yaşlı nüfus oranına yönelik yeni bir tablo oluşturulmuştur).

Tablodaki veriler doğrultusunda toplumdaki yaşlı oranının her yıl artarak ilerlemiştir. Her geçen yıl yaşlı nüfus oranı artıyor olsa da, bu gelişmiş ülkeler arasında toplam nüfusu içerisindeki yaşlı oranı en düşük ülkedir diyebiliriz.. Yüz yüze kalınan bu sorun karşısında ülkeler sağlık sistemi ile bütünleşmiş ve oturmuş bir yaşlı ve uzun süreli bakım sistemi geliştirilmiştir. Bu nedenledir ki ülkemiz için bir gelecek kaygısı oluşturmaktadır ve acil olarak önlem alınması gereken çok önemli bir sorundur. Bu duruma yönelik evde bakım hizmetlerine yönelik modeller geliştirilmesi gerekmektedir.

Yine aşağıdaki tabloya baktığımızda genel olarak evde bakım hizmetlerinin ülkelerin alternatif bir hizmet sunumu olarak benimsemesini gerekli kılan sebepler arasında en başta demografik yapıdaki değişimin yer aldığını söyleyebiliriz. Örneklendirdiğim ülkelerin hizmetin gerekliliğindeki sebepler öncelikli olarak nüfusun hızla yaşlanmasıdır.

Tablo 14 : Örnek Ülkelerin Evde Bakım Hizmet Sunumunun Gerekli Kılan Sebepler

ÜLKELER	Hizmetin Gerekliliğinin Sebepleri
HOLLANDA	Nüfusun yaşlanması toplum için önemli pek çok sorunun başında gelmektedir. Teknolojik gelişmelerin yaşam koşullarına olumlu katkıları, sağlık hizmetlerindeki nitelikli gelişmeler, toplumun eğitim düzeyinin yükselmesinin olumlu etkileri ile yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı artmış, bu durum toplumlarda yeni sorunları ortaya çıkarmıştır.
İSVEÇ	Yaşam süresinin hızla yükselmesi, nüfustaki yaşlı oranının artması, kronik hastalıkların artması, maliyetlerin artması
ALMANYA	Savaşlar, demografik değişim ve yaşlı nüfusun artması, aile yapısının değişmesi, tıp teknolojisinin gelişmesi, uzun süreli kurum bakım hizmetlerinin yetersizliği, ve sağlık harcamalarındaki artan maliyetler
ABD	1900’lü yılların ortalarına gelindiğinde ABD’de yaşlı nüfusun, kronik hastalığı olan insanların ve engellilerinin sayılarının artması sebebiyle, sağlık hizmetlerine ulaşmayı kolaylaştırıcı bir sigorta sisteminin kurulması yönünde toplumsal baskının oluşması
JAPONYA	Yaşlılar için bakım alabilecekleri huzurevi ve bakım yurdu sayısındaki yetersizlikler, hastaneye yatan bakıma muhtaç yaşlı hasta sayısını artırmı, yaşlı hastalara sağlık hizmeti vermek yerine daha çok “sosyal hospitalizasyon”, yani huzurevi veya bakım yurdunda verilen sosyal bakım hizmetleri sunmaya yönelmiş
TÜRKİYE	Demografik değişim ve yaşlı nüfusun artması, aile yapısının değişmesi, tıp teknolojisinin gelişmesi, uzun süreli kurum bakım hizmetlerinin yetersizliği, ve sağlık harcamalarındaki artan maliyetler

Kaynak; Japan Fact Sheet, 2012b, 2; Selek Öz; content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/.../ue-sos.hiz._10_abd'de_ve_israil'de_bakim_hizmeti Erişim Tarihi;05/04/2019; http://www.geriatrihernegi.org.tr/pdf/geriatri_gazetesi.pdf Erişim Tarihi; 25/01/2019; Commonwealth of Australia; 2003, 123-137 (Ülkelerdeki evde bakım hizmetleri hakkında literatür taraması sonucu ulaştığım kaynaklar doğrultusunda tablodaki bilgiler tarafımda oluşturulmuştur).

3.10.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Ülkelerdeki Tanımları

Uluslararası düzeyde evde bakım hizmetlerinde anlaşmaya varılmış asgari veya temel bir hizmet listesi yoktur. Bu nedenle her ülke kendi olanakları ve sosyokültürel dinamikleri açısından aralıklı olarak yenileyebildiği bir hizmet listesi oluşturmuştur. Evde bakım hizmetlerinin kapsamı konusunda alınacak kararın çok dikkatli alınması ve topluma oldukça anlaşılır biçimde açıklanması gerekmektedir WHO; Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu'nun hazırladığı rapora göre evde bakım; var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaşlar ve komşular gibi geleneksel bakıcılar, gönüllüler ve asıl mesleği evde bakım olan kişiler ile bakıma yardımcı kişiler tarafından sağlanan bakım etkinlikleri olarak tanımlanmıştır.

Dünya ülkeleri WHO'nun tanımı doğrultusunda, kendi ekonomik ve sosyo-kültürel şartları çerçevesinde hizmet sunum etkinliklerini benimsemişlerdir. Özellikle gelişmiş ülkelerde evde bakım ve sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde ise yine bu tanımlama doğrultusunda yasal düzenleme ile öncelikle “evde bakım” ifadesinin yerini “evde sağlık” hizmeti olarak değiştirmiş ve tanımını yönetmelikte; “Evde sağlık hizmeti hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dâhil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması” şeklinde ifade edilmiştir (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete Tarihi: 10.03.2005, Sayısı: 25751)

3.10.4. Hizmet Sunumunda Belirlenen Hedefler;

Evde bakımın genel hedefi; “Kişilerin bağımsızlığa ulaşmaları ve yaşam kalitelerini geliştirmeleri veya devam ettirmeleri amacıyla hizmeti alanlar için en iyi alternatif olduğu görüşüne dayanmaktadır. Bu hizmetlerin hedefinde yaşam kalitesini artırmak, hizmeti alanların iyi olma durumunu en üst düzeyde korumak ve sürdürmek, hizmetten yararlanan bireylere kaliteli, ihtiyaca uygun ve düşük maliyetli bakım hizmetleri sunarak, onların bağımsızlıklarını sağlamak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve bakıma muhtaç bireyin ihtiyaçlarını karşılayarak aileyi desteklemek, ailenin ve aile üyelerinin işlevselliğine katkı sağlamaktır”. Hedeflerin bir kısmı bakım alanların, bir kısmı da toplumun ve sağlık bakım sisteminin yararınadır

Tablo 15 : Örnek Ülkelerin Evde Bakım Hizmet Sunumundaki Hedefleri

ÜLKELER	Hizmet Sunumunda belirlenen Hedefler
HOLLANDA	Sosyal bakım hizmeti ile motivasyonun artırılması, duygusal boşalmanın sağlanması, endişe ve kaygıların asgariye indirilmesi, psiko-sosyal danışmanlık ve rehberlik hizmeti verilmesi, aynı sorunu yaşayan bireylerle tedavi, serbest zaman değerlendirme vb. gruplar oluşturulması ve sosyal entegrasyonun sağlanması amaçlanmaktadır
İSVEÇ	Sosyal hizmet kültürünü güçlendirmek ve yaşlı bakımı hizmetlerini tıbbi bakımdan ziyade sosyal bakım hizmetlerine doğru yöneltme, taburculuk sonrası evde bakım hizmetlerinin verilmesinin yaygınlaştırılarak hastaneden erken taburcu olmayı sağlayarak, hastanede kalış sürelerini kısaltmak ve böylece maliyetleri azaltmak hedeflenmiştir Evde bakım hizmetlerinin amacı yaşlı, engelli ve kronik hastalığı olan insanların kendi evlerinde mümkün olduğunca bağımsız ve normal bir şekilde yaşamalarını sağlama, bakıma muhtaç insanların gerek insani gerekse de ekonomik nedenlerle kurumsal bakım hizmetlerinden ziyade kendi evlerinde bakım hizmeti almaları öncelikli ilke olarak belirlenmiştir
ALMANYA	Gücünü anayasadan alan sosyal devlet ilkesi, devlete, insan onuruna yaraşır asgari düzeyde yaşam şartları oluşturulması, yardıma gereksinimi olan bireyleri korumak ve sosyal adaleti sağlamak
ABD	Medicare ve Medicaid’ın yasalaşmasındaki temel amaç, evde sağlık bakımının yaygınlaştırılarak hastanede yatış sürelerinin kısaltılmasıdır
JAPONYA	Programın temel amacı hem yaşlıların bakım yükünü aile bakıcıları üzerinden alarak toplumun tüm üyeleri arasında paylaşılmasını sağlamak, hem de yaşlıların yaptıkları sağlık harcamaları nedeniyle bütçeleri üzerindeki mali baskıların bir kısmını gidermektir
TÜRKİYE	Korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç, çocuk, sakat ve yaşlıların tespiti, bunların korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonları, kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre koşullarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanması, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunması ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesi

Kaynak: WMO, 2013, Andersson and Karlberg, 2000, 2-4; Trydegård, 2003, 3; Erol, 2013, 54 içinde, Fukawa, 2002, 27-28; Subaşı ve Öztekin, 2006, 20, Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği, RG, 10/03/2005 Sayı;25751; Selek Öz; content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/.../ue-sos.hiz._10_abd'de_ve_israil'de_bakim_hizmeti Erişim Tarihi;05/04/2019 (Ülkelerdeki evde bakım hizmetleri hakkında literatür taraması sonucu ulaştığım kaynaklar doğrultusunda tablodaki bilgiler tarafımdan oluşturulmuştur).

3.10.5. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Gruplar ve Yararlanma

Ölçütleri

Evde bakım hizmetleri evde bakımı gereken kişinin saptanması ile başlar. Evde bakımın kapsadığı alanlar, yoğunluğu ve süresi değişebilir. Bazen sadece bir çeşit sağlık hizmeti, aralıklı olarak kısa bir süre için verilebilir. Bazen de birçok formdaki hizmet şekli çok uzun sürelerle verilebilir.

Tablo 16 : Örnek Ülkelerde Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Gruplar ve Yararlanma Ölçütleri

ÜLKELER	Hizmetten Yararlanan Gruplar ve Yararlanma Ölçütleri
HOLLANDA	Gelir düzeyine bakılmaksızın, bütün yaşları kapsayan herkesin yararlanabileceği sosyal bakım programları ve uygulamaları geliştirilmiştir. Evde bakım hizmetlerinin kurumsallaştığı ve dünya örneğinde önemli bir model olarak kabul gören Hollanda’da, yüz binlerce yaşlı, özürlü, kronik hastalıklı bireye ek olarak hamileler, lohusalar ve nekâhet dönemindeki hastalar, bakıma muhtaçlık sigortası kapsamında evde bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır. Hollanda’da bakım alacak kişinin ailesinde bakım için uygunluk ve sağlanacak aile desteğinin boyutu göz önünde bulundurulmaktadır. Ayrıca Hollanda’da psikososyal durum, evin ve çevresinin koşulları, sağlanacak formal bakımın tipi ve düzeyi de göz önüne alınmaktadır. Hollanda’da evde bakım hizmetleri Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı’na bağlı “Bakım Değerlendirme Merkezi” tarafından yapılan değerlendirme sürecine dayalı olarak yürütülmektedir. Bu değerlendirme sonucunda; evde bakıma gereksinim duyduğu ev ziyaretleri yoluyla saptanan bireyler, durumlarına uygun olarak “İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası” ve/veya “Sosyal Destek Yasası” kapsamında sunulan hizmetlerden faydalanabilmektedir. “Bakım ve Değerlendirme Merkezi” tarafından yapılan inceleme sonucunda, doktor raporuyla, evde bakıma gereksinim duyduğu tespit edilen bireylere; evde kişisel bakım, evde sağlık bakımı, evde sosyal bakım ve evde yardım başlıkları altında çeşitli yardım ve destek hizmetleri sunulmaktadır. Evde kişisel bakım hizmetinden yararlanabilmesi için kişinin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir biçimde yerine getirebilmeye ilişkin sınırlılıklarının

	olması, ya da kendi yaşamını bağımsız bir biçimde sürdürebilmeye ilişkin bilgi ve beceri eksikliğinin bulunması gerekmektedir Evde sağlık hizmetinden yararlanma ölçütlerine göre, bireyin; doktor raporuyla, ilaçların takibi, pansuman, enjeksiyon, yara bakımı gibi tıbbi desteğe gereksinimi olduğunun tespit edilmesi, yaşlılık, kronik hastalık, engellilik veya bir kaza sonucu sürekli tıbbi takip ve kontrole gereksinim duyduğunun heyet raporuyla onaylanmış olması, ya da, süregelen sağlık sorunları ile baş edebilecek temel bilgi ve becerilere sahip olmadığının belirlenmesi gerekmektedir Evde sosyal bakım hizmetinden yararlanabilmek için; temel kıstas yaşlılık, engellilik veya yeti kaybı sonucunda, depresyon, anksiyete, ölüm korkusu gibi psikolojik, ya da, sosyal ve duygusal izolasyon, yalnızlık gibi sosyal sorunların varlığıdır.
İSVEÇ	Yardım ve desteğe ihtiyaç duyan herkes bu kapsam altındadır. Yerel yönetimler bakıma muhtaç insanlara bakım hizmetlerinin yanı sıra ihtiyaç duydukları tüm hizmetleri sunmakla yükümlüdür. Yaşlı bakımı hizmetlerinin demokratik esaslara uygun bir şekilde organize edilmesi, devlet tarafından finanse edilmesi ve kişinin ödeme gücüne bakılmaksızın ihtiyaç duyan herkes erişilebilir
ALMANYA	Bakım sigortası kişilerin mali durumlarını göz önünde bulundurmaksızın yetersizliği olan genç ve yaşlı kişileri ayırt etmeden kişilerin geniş çaplı bakım merkezlerinden ve evde bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır. Uzun dönem bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkes destek hakkına sahiptir. Bir kişinin kanun anlamında bakıma muhtaç olup olmadığını Sağlık Sigortası Tıbbi Hizmet Birimi kontrol etmektedir. Çocuklarda özel durum; Bir çocuğun bakım ihtiyacı için bir kademe belirlenirken, yaşıtı olan sağlıklı bir çocukla kıyasla ne ölçüde bakıma ihtiyaç duyduğu esas alınmaktadır.
ABD	Medicaid tarafından evde bakım hizmetleri kapsamında hizmet alabilmek için gelir durumunun düşük olması gerekmektedir. Bu durum, Eyaletlere göre farklılık göstermesine rağmen aylık geliri ortalama 931\$'dan daha düşük olanlar uygun grup içerisinde yer almaktadır. Ayrıca 65 yaş ve üzeri olanlar, sosyal güvenlik sistemi tarafından belirlenen derecede kalıcı engellilik durumu olanlar, gebeler, bakıma muhtaç çocuklar bu hizmetten yararlanabilmektedir.
JAPONYA	Japon gelenek ve değerlerine göre yaşlı bakımının sağlanmasındaki birincil sorumluluk ailenin üzerinde olmaktadır. Dolayısıyla Japonya'da bakıma muhtaç yaşlılar, evlerinde aile fertleri tarafından bakılmaktadır. Kurumsal bakım hizmetleri ise daha çok kimsesiz yaşlıların bakımına yöneliktir. İster evde, isterse kurumsal bakım altında olsun 70 yaş üstündeki her yaşlı için, Japonya'da ücretsiz tıbbi hizmetler de verilmektedir Bakıma muhtaçlık tespiti, kişilerin fonksiyonları ve bilişsel (anlama - kavrama) yeteneğinin değerlendirilmesi yoluyla yapılmaktadır. Ancak, Japon bakım sigortası, 40 yaş ve üstündekileri kapsamaktadır. 40-64 yaş arasındakiler ise, bu kanundan yararlanabilmeleri için, mutlaka yaşa veya yaşlılığa bağlı bir hastalığa yakalanması gerekmektedir. Örn: Demans, Kardiyovasküler, Parkinson, Romatoid Artrit, Damar Sertliği, Beyin Omurilik Dejenerasyonu vb. 65 yaş üstündekilerde aranan bakıma muhtaçlık şartları ise yine bu doğrultudadır. Bakıma muhtaçlık kapsamına genelde en az 6 ay bakıma gereksinimi olanlar kabul edilmektedir. Bakım hizmetleri vermeye başladığında hizmeti alan bakıma muhtaçlar, her 3-6 ayda yeniden değerlendirilmeye tâbi tutulmaktadır
TÜRKİYE	İlgili yasalarda SB tarafından hizmet sunulacak grup hasta birey, ASPB tarafından hizmet sunulacak temel grup ise sağlıklı yaşlı ve bakıma muhtaç özürü olarak tanımlanmıştır Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinden, ekonomik yoksunluk içerisinde bulunan bireyler ve ağır özürüleri karşılıksız olarak yararlanabilmektedir. Evde bakım ücreti/evde bakıma destek yardımından yararlanabilmek için engel durumunun % 50 ve üzeri olup ağır engelli EVET- HAYIR bölümünde EVET ibaresi olması gerekmektedir

	Her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirler toplamı esas alınmak suretiyle; kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olunan birey sayısına göre kendisine düşen ortalama aylık gelir tutarının, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olduğunun bakım raporu ile tespit edilmesi gerekmektedir
--	--

Kaynak: Danış ve Solak, 2014, 64, CİZ, 2013a, CİZ, 2013d, CİZ, 2013c; Trydegård, 2003, 2; Çoban, 2015, 27 içinde Wiener ve Cuellar,1999; Zuchandke, Reddemann, Krummaker ve Schulenburg, 2010, 629; Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge: Evde bakım hizmetleri hakkında Yönetmelik, RG; 10.03.2005 Sayı: 25751. Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG; 23/10/2006 Sayı:26679); U.S. Department of Health and Human Services, 2014b <http://longtermcare.gov/medicare-medicaidmore/medicaid/medicaid-long-term-care-services/> Erişim Tarihi: 19/04/2019 (Ülkelerdeki evde bakım hizmetleri hakkında literatür taraması sonucu ulaştığım kaynaklar doğrultusunda tablodaki bilgiler tarafınca oluşturulmuştur).

3.10.6. Evde Bakım Hizmetini Sağlayan Kurum/ Kuruluşlar

Evde bakım hizmetleri değişik şekillerde örgütlenebilir. Tek başına hizmet veren evde bakım kuruluşu veya hastaneye bağlı evde bakım hizmetleri sunulabilmektedir. Aynı zamanda evde bakım hizmetinin kuruluş şeklinde organizasyonu, kar amaçlı veya kar amaçsız olabilir. Yani özel sektör veya kamu sektörü tarafından bakıma muhtaç bireylere hizmet sunumu sağlanabilmektedir

Tablo 17 : Örnek Ülkelerde Evde Bakım Hizmetlerini Birinci Derece Sağlayıcılar

ÜLKELER	Hizmet Sağlayıcılar
HOLLANDA	Hollanda’da uzun dönemli bakım hizmetleri, kurumda bakım hizmetlerinin yanı sıra evde informel bakım, evde formel bakım ve kurumda formel bakım şeklindedir. Hollanda’da Sosyal bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığının seçtiği ve denetlediği sağlık ve(ya) bakım şirketleri, sivil toplum kuruluşları ile serbest çalışan profesyonel bakıcılar tarafından yürütülmektedir ev hemşireliği, “Sosyal Bakım” ve halk sağlığı konusunda eğitim almış uzman bakıcılar tarafından sağlanmaktadır
İSVEÇ	İsveç’te sosyal hizmetler çok gelişmiştir ve sosyal hizmetlerin uygulanmasından belediyeler sorumludur. Sosyal hizmetler

	çerçevesinde yaşlı, engelli ve kronik hastalığı olan insanların gerek evde gerekse de kurumda bakımı belediyeler tarafından sağlanmaktadır Belediyeler, özel şirketler, sivil toplum örgütleri ve aile bireyleri hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir. İsveç'te de bakıma muhtaçların çoğu evde bakım hizmetlerini ailelerinden, özel şirketlerden ya da sivil toplum örgütlerinden almak yerine belediyelerden almayı tercih etmektedirler
ALMANYA	Almanya'da kişilerin, bakım gereksinimleri, bakım olanakları ölçüsünde temel düzeyde kurumda bakım veya evde bakım hizmetlerinden birini seçim hakları söz konusudur. Kişi evde bakım hizmetleri içinde ise, informal evde bakımı veya evde bakım kuruluşlarından profesyonel hizmet ya da profesyonel evde bakım kuruluşlarının danışmanlığında aile fertlerinin sunduğu hizmetlerden birini seçebilir. Genellikle aile üyeleri tarafından verilen informal evde bakım hizmeti tercih edilmektedir
ABD	Evde bakım hizmet sunucuları özel sektördür. Aile fertleri, profesyonel evde bakım kuruluşları, gündüz bakım merkezleri hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir.
JAPONYA	Kurumsal bakım hizmetleri, huzurevleri, bakım yurtları ve geriatrik bakım hastanelerinde verilmektedir.
TÜRKİYE	Kamu hastaneleri, aile hekimleri, aile sağlığı merkezleri, belediyeler ve aile bireyleri hizmet sunumu gerçekleştirmektedir. Ülkemizde yaşlılara yönelik hizmetler yaşlının bizzat yakınları tarafından sağlanmakta olup, bakım ihtiyacı olan bireylere bakım hizmeti kurumsal olarak, evde bakım hizmetleri, gündüzlü hizmetler, toplum temelli bakım hizmetleri şeklinde (umutevi/yaşamevi), huzurevi, bakım evi, yaşam destek merkezlerinde hizmet sunumu yapılmaktadır.

Kaynak: Seyyar ve Oğlak, http://www.sosyalsiyaset.net/documents/danimarka_hollanda.htm Erişim Tarihi; 11/01/2019; Selek Öz content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/.../ue-sos.hiz._11_hollanda_ve_isveç'te_bakım_hizmetleri içinde; Trydegård, 2003, 1; Statistisches Bundesamt, 2011a, 4; Genç ve Barış, 2015, 43; Seyyar ve Oğlak www.academia.edu/.../Almanya_ve_Japonyada Ulaşım Tarihi; 22/05/2018) içinde; Ihara, 2000 (Ülkelerdeki evde bakım hizmetleri hakkında literatür taraması sonucu ulaştığım kaynaklar doğrultusunda tablodaki bilgiler tarafımdan oluşturulmuştur).

3.10.7. Evde Sağlık Ve Bakım Hizmetlerinin İçeriği

Evde sağlık ve bakım hizmetleri, uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hasta ve yaşlılara, yeni doğum yapan annelerden tedavisi evde de sürdürülebilecek hastalara, kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyanlardan, aşılama ve laboratuvar tetkikleri gibi hizmetleri evinde veya işyerinde almak isteyenlere kadar çok geniş

hizmet içeriğine sahiptir. Bunların yanısıra Psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve meşguliyet tedavisi gibi destek hizmetler, bakıma muhtaç bireyin banyo yaptırılması, giyinmesine yardım vb. gibi kişisel bakım hizmetleri, evin temizlik, ütü, alışveriş banyo güvenliği oluşturmak gibi ev işlerine yardım ve düzenin yeniden oluşturulması hizmetleri, randevularına götürülmesi, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesi gibi sosyal destek hizmetleri, gıda ve beslenme hizmetleri, bireylerin hakları ve sorumlukları, istek ve şikayetleri gibi danışmanlık hizmetlerini ve evde bakımı üstlenen aile bireyleri için bakım destek hizmetlerini kapsamaktadır.

Evde bakım hizmetleri evde bakımı gereken kişinin saptanması ile başlar. Hasta evde bakımın merkez noktası olsa da bir bütün olarak hedeflenen sonuç, hasta ailesi ve yaşadığı ortamı da içine alan karmaşık bir yapıdadır.

Tablo 18 : Örnek Ülkelerde Sunulan Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

ÜLKELER	Hizmet Kapsamı
HOLLANDA	Hollanda’da uzun dönemli bakım hizmetleri, kurumda bakım hizmetlerinin yanı sıra evde informel bakım (amatör bakım/aile üyeleri tarafından sağlanan bakım), evde formel bakım (profesyonel bakım/bakıcı personel tarafından sağlanan bakım) ve kurumda formel bakım şeklindedir. Hollanda’da formel bakım ağırlıklı olarak verilmektedir. Evde formel bakım hizmetleri, hemşire ziyaretleri, kişisel bakım, ev işleri yardımı, gündüz bakımı, geçici bakım, gece bakımı, refakat hizmetleri ve yardımcı cihazların teminini içermektedir Sosyal Destek Yasası kapsamında ise ev işleri yardımı, yemek hazırlama, ev içinde yapılan gerekli düzeltmeler ve ev içi hareket sağlama hizmetleri sağlanmaktadır.
İSVEÇ	Evde bakım hizmetleri içerisinde sağlık hizmetleri, güvenlik alarmı sistemi, alışveriş, ev temizliği, yemek, çamaşır yıkama, kişisel bakım hizmetleri sunmak, İsveç’te toplu taşıma araçlarını kullanamayan insanlar belediyelerin taksi ya da özel olarak tasarlanmış araçları ile ulaşım hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptirler. Belediyeler ayrıca ev içinde bakıma muhtaç kişinin yaşamını kolaylaştıracak olan gerekli tadilatları da yapmaktadırlar
ALMANYA	Almanya’da bakım sigortası kapsamındaki unsurlar: informal bakım sağlayan kişiye verilen bakım parası, profesyoneller tarafından kişiye sunulan hizmetlerin sağlanması, kısmen ayakta bakım hizmetleri, engellilik bakımı, kısa süreli bakım hizmetleri, yatılı bakım kurumlarında sağlanan tam yataklı bakım hizmetleri, bakım kursları, bakım hizmetleri için gerekli araç ve gereçler, yaşanılan mekân ve çevresini iyileştirici düzenlemeler olmak üzere dokuz temel başlıkta incelenmektedir
ABD	ABD’de uzun dönem bakım sigortaları kapsamında nitelikli hemşire bakımı, orta düzey hemşire bakımı, kişisel bakım, yaşam yardımı, evde bakım hizmetleri, hospis hizmetleri, yetişkin günlük bakım hizmetleri olmak üzere yedi farklı hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir.
JAPONYA	Evde bakımın hizmetlerinin kapsamına, hemşirelik ziyaretleri, kişisel bakım ve evin yönetimine ilişkin hizmetler, evde rehabilitasyon hizmetleri, gündüz bakım merkezlerinde bakım; tıbbî hizmetler yönetimi, geriatri hastaneleri veya genel hastanenin geriatri kliniğinde geçici bakım, demanslı hastalara ev hizmetleri, bakımı destekleyen araç ve cihazlar gibi hizmetler ve yardımlar girmektedir
TÜRKİYE	Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek

Kaynak: Mot, 2010, 11; Sweden Ministry of Health and Social Affairs, 2007, 3; <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/> Erişim Tarihi; 01/03/2018; <https://www.faziletbozkurt.com/almanyada-2017-yilinda-yeni-bakim-sigortasi-kanunu-yueruerluege-girdi> Erişim Tarihi: 12/03/2019 (Ülkelerdeki evde bakım hizmetleri hakkında literatür taraması sonucu ulaştığım kaynaklar doğrultusunda tablodaki bilgiler tarafıma oluşturulmuştur).

3.10.8. Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

Evde bakım hizmetlerinin finansmanı tüm ülkeler için önemli bir konudur. Ülkeler, evde bakım hizmetlerinin finansmanında, gelişmişlik düzeylerine göre farklı yöntemler benimsemişlerdir. Geri kalmış ülkeler kamu finansmanını artıracak hemen hemen hiçbir olanağa sahip değildir. Bu ülkelerde, evde uzun süreli bakım, tümüyle profesyonel olmayan bakıcılar ya da aileler tarafından sağlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü evde uzun süreli bakımın finansmanı ile ilgili beş yaklaşıma yer vermektedir. Bunlar;

- Genel vergilendirme,
- Sosyal sağlık sigortası (primler yoluyla finanse edilmektedir, gereksinime ve prim oranına göre hizmet ya da bakım parası verilmektedir),
- Özel tasarruflar (değişebilen oranlardaki hizmet içeriğine göre cepten veya hizmet değişimi şeklinde ödeme, bireyin yükleneceği tam risk)
- Özel sigorta,
- Ücretsiz personel kullanımıdır (gönüllük temelinde bakım sigortası).

Bu yaklaşımların bir birleşimi kullanılabilir ya da farklı uzun süreli bakım hizmetleri için farklı finansman yöntemleri geliştirilebilir.

Tablo 19 : Örnek Ülkelerde Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

ÜLKELER	Evde bakım Hizmetlerinin Finansmanı
HOLLANDA	Hollanda’da sağlık ve bakım hizmetleri, ağırlıklı olarak kamu ve özel sigorta sistemi tarafından ve ortaklaşa ödeme şeklinde finanse edilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yıllık olarak belirlenmekte olan ortaklaşa ödeme, bakımın türüne ve kişinin gelir düzeyine göre belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı sosyal sigorta fonları ve genel vergilerle karşılanırken, sosyal hizmetlerin yönetim ve finansmanı yerel yönetimler ve/veya gönüllü kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Hollanda’da İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (AWBZ) sosyal güvenlik primleri, vergiler ve kullanıcıların ödedikleri ek katkı payları ile finanse edilmektedir. Hollanda’da sağlık ve bakım hizmetleri, ağırlıklı olarak kamu ve özel sigorta sistemi tarafından ve ortaklaşa ödeme şeklinde finanse edilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yıllık olarak belirlenmekte olan ortaklaşa ödeme, bakımın türüne ve kişinin gelir düzeyine göre belirlenmektedir. Yıllık ödeme oranları. Sosyal bütçe kaynaklarının yalnızca % 4,4’ü vergiye dayanmaktadır. Geri kalan % 74,8 ise sigorta primlerine dayanmaktadır
İSVEÇ	Gerek evde gerekse de kurumda bakım hizmetleri vergi gelirleri, hizmeti alanların ödedikleri katkı payları ve merkezi yönetimin desteklerinden finanse edilmektedir. Yerel gelir vergisi bakım hizmetleri için belediyelerin en temel gelir kaynağıdır. Hizmeti alanların ödedikleri katkı payları ise toplam bakım hizmetleri maliyetinin % 5’ini oluşturmaktadır
ALMANYA	Evde bakım hizmetlerinin finansman kaynağı temel olarak SGB XI’dır. Almanya Sosyal Güvenlik Kanunu içinde yer alan ve SGB V diye kısaltılan zorunlu sağlık sigortası, daha çok tedavi hizmetlerini finanse etmektedir. Evde bakım hizmetleri kapsamındaki tedaviye yönelik bazı uygulamaların finansmanı da bu kalemden karşılanmaktadır. Ayrıca sosyal yardım gereksinimi olan kişilere destek olmak için oluşturulmuş SGB XII olarak kısaltılan sosyal yardım sigortası, gerektiği durumlarda yoksullar ve yardıma muhtaç kişiler için evde bakım hizmetlerinin finansmanında tamamlayıcı ve destek unsuru olarak da yer almaktadır. Bunun yanında SGB XII psikiyatrik hastalara sunulan bazı evde bakım hizmeti uygulamalarının finansmanını da sağlamaktadır Bakım sigortası kişilerin mali durumlarını göz önünde bulundurmaksızın yetersizliği olan genç ve yaşlı kişileri ayırt etmeden kişilerin geniş çaplı bakım merkezlerinden ve evde bakım hizmetlerinden
ABD	Medicare tarafından finansmanı sağlanan evde bakım hizmetleri, Medicaid tarafından finansmanı sağlanan evde bakım hizmetleri, Özel sigortalar tarafından finansmanı sağlanan evde bakım hizmetleri Çeşitli ödemeler olmak üzere temel düzeyde dört tür yapılanma mevcuttur.
JAPONYA	Japon bakım sigortası, finansman açısından, Alman bakım sigortası ve diğer ülkelerde uygulanan modellerin karışımından oluşturulduğu görülmektedir. Yarıyı genel vergi, yarıyı da çalışanlardan zorunlu olarak kesilen primlerle finanse edilen Japon bakım sigortası, aslında sosyal sigorta sistemi olarak tam bir sigorta temeline dayanmamaktadır Finansman sistemi, prim ödeme esasına dayanmaktadır. 40 yaş ve üstünde olan her çalışan, bakım sigortası primi ödemek zorundadır. Ücretli çalışanlar, işverenle birlikte ve kendi hesabına çalışanlar da kendi adına sigortası primi ödemek mecburiyetindedir. Emeklilerde de ise, emekli maaşlarından belirli bir oranda kesinti yapılmaktadır. Prim miktarları, yaşa (40- 65 grubu veya 65 üstü yaş grubu) ve gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir. 40-64 yaş arasında ödenecek prim miktarı, aylık maaşın % 0.9’dur. Bu oran, işçi ve işveren tarafından ortaklaşa eşit miktarlarda paylaşılarak ödenmektedir Prim ve kesintilerden elde edilen bu kaynaklar, esasen toplam bakım giderlerinin ancak yarısını oluşturmaktadır. Diğer yarısı ise, hükümet ve belediyelerin katkılarıyla karışık bir paylaşım sistemi çerçevesinde tamamlanmaktadır. Finansmanın % 25’i ulusal hükümet, % 12.5’i yerel yönetimler (belediyeler) ve % 12.5’i de diğer bölge yönetimleri tarafından karşılanmaktadır
TÜRKİYE	Günümüzde Türkiye’de henüz sosyal sigortalar çatısı altında sunulan bir bakım güvence sistemi bulunmamaktadır Evde bakım hizmetleri Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlükleri, yerel yönetimler, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar tarafından primsiz model çerçevesinde verilmektedir Türkiye’de 1 Mart 2011 tarihinde Sağlık Uygulama Tebliği’nde (SUT) yapılan değişiklikle, Sağlık Bakanlığı birimlerince verilen evde bakım hizmetleri günlük tedavi kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenmeye başlanmıştır Kamuya ait evde sağlık birimleri tarafından verilen hizmetlerinin finansmanı yoğunlukla vergi gelirlerinden, Sağlık Uygulama Tebliği’nde (SUT) yer alan tıbbi malzemeleri ve ilaçlar çerçevesinde ise Genel Sağlık Sigortası (GSS) tarafından ücretlendirilmektedir

Kaynak; Mot, 2010, 18-21; Edebalk, 2008, 2; Seyyar ve Oğlak, http://www.sosyalsiyaset.net/documents/danimarka_hollanda.htm Erişim Tarihi; 11/01/2019; <http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetz/index.php> Erişim Tarihi; 10/10/2018; Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013) Kapsamında; Çoban, 2015, 24-25 içinde Fevurly, 2012, 62; Commonwealth

of Australia; 2003, 123-137; Brodsky; 2000, 80-81; Shinoda, 2002 (Ülkelerdeki evde bakım hizmetleri hakkında literatür taraması sonucu ulaştığım kaynaklar doğrultusunda tablodaki bilgiler tarafımda oluşturulmuştur).

3.10.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Denetimi

Ülkeler hizmet sunumunu gerçekleştirirken kaliteden ödün vermeksizin sunulan hizmetlere ulaşılabilirliği artırmak amacıyla, hizmetteki aksaklıkları tespit etmek, hizmet sunumunun kim tarafından, nasıl, ne şekilde ve hangi şartlar doğrultusunda, belirlenen standartlar doğrultusunda ne derece sunumun gerçekleştirdiğini kontrolünü belirledikleri kuruluşlarca denetlenmektedirler. Bu denetimlerde hizmetin verimliliğini, kalitesini ve uygulanabilirliğinin belirlenen eksiklikler ya da aksaklıkların giderilerek artırılması sağlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde gerek evde gerekse kurumda sunulan bakım hizmetlerinin denetimi son derece önem taşımaktadır.

Tablo 20 : Örnek Ülkelerdeki Evde Bakım Hizmetlerinin Denetim ve Kontrolü

ÜLKELER	Hizmetin Denetimi
HOLLANDA	Hollanda’da evde bakım hizmetlerinin standartlarının belirlenmesi ve denetiminden “Hollanda Sağlık Otoritesi” sorumludur. Yasalarca düzenlenen esaslar çerçevesinde, gerek evde, gerekse de kurumda sunulan, bakım hizmetlerinin kalitesi çok sıkı denetlenmektedir.
İSVEÇ	Bakım hizmetlerinde uygunluk derecesini ve sunacakları hizmetlerin kapsamını ve kalitesini yerel yönetimler belirlemektedir.
ALMANYA	Birinci ve ikinci derece bakım derecesinden yararlananların altı ayda en az bir defa, üçüncü derece bakım hizmetlerinden yararlananların ise üç ayda en az bir defa olmak üzere bakım hizmetlerinin uygun verilip verilmediği ve bakım derecelerinde olası değişiklik olup olmadığını belirlemek amacıyla bakım sigortası tarafından onaylı kuruluşlar tarafından yerinde denetim yapılma zorunluluğu bulunmaktadır
ABD	ABD’de evde bakım kuruluşlarının %77,5’i Medicare, %98,6’sı Medicaid tarafından akredite edilmiş durumdadır
JAPONYA	Bakımın plânlaması, hizmetin koordineli olarak sağlanması ve hizmetlerin denetlenmesi sorumluluğu, hastanın önereceği kişiye (ailesi, kendisi veya care manager) ait olmaktadır.. Bakım sigortası, bakım yöneticilere her ay, her sigortalı başına, bakım yönetimi (care management) ücreti olarak 50-65 \$ ödemektedir
TÜRKİYE	Sağlık Bakanlığı - Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığında denetim yapılmaktadır.

Kaynak: CİZ, 2013a, Turan, 2008, 23-31; Heinicke ve Thomsen, 2010, 11: Harris-Kojetin ve diğerleri, 2013, s; 12

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26158640>; Brodsky, 2000, 79; Shinoda; 2002 (Ülkelerdeki evde bakım hizmetleri hakkında literatür taraması sonucu ulaştığım kaynaklar doğrultusunda tablodaki bilgiler tarafımda oluşturulmuştur).

3.10.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Yetersizlikleri/Dezavantajları

Dünya’da sunulan evde bakım hizmetlerinin ülkelere sağladığı avantajların yanı sıra kısmi de olsa bazı yetersizlikler veya dezavantajlarda söz konusu olmaktadır. Özellikle ülkelerin yaşadığı en büyük sorun denetimsizlikten kaynaklanmaktadır diyebiliriz. Ailelerin bakım hizmeti konusundaki eğitim yetersizliği yanı sıra bakım yükünün aile fertleri üzerinde baskı oluşturması gibi bazı dezavantajları da beraberinde getirmektedir. Bakım hizmetlerinin sunumunda yeterli kaynağın sağlanamaması ise bakım ihtiyacı olan bireylerin gerektiği düzeyde hizmete ulaşılabilirliğini kısıtlamaktadır.

Tablo 21 : Örnek Ülkelerdeki Evde Bakım Hizmet Sunumunun Yetersizlikleri / Dezavantajları

ÜLKELER	Hizmet Sunumunun Yetersizlikleri/ dezavantajları
HOLLANDA	Hollanda’da uzun dönemli bakım hizmetleri ağırlıklı olarak tek bir sistem, yani AWBZ çatısı altında yer almaktadır. Bunun yanı sıra sağlık bakımı hizmetleri Sağlık Sigortası Yasası (ZVW), sosyal hizmetler ise Sosyal Destek Yasası (WMO) çatısı altında düzenlenmiştir Dolayısıyla uzun dönemli bakım hizmetleri karmaşık, dağınık ve bütünlükten uzak bir yapı arz etmektedir. Nitekim her birinin kendi işleyiş kuralları olan bu farklı sistemler arasında koordinasyon sorunu bulunmaktadır. Ayrıca bakım hizmeti almak isteyen bir kimsenin öncelikle hangi hizmetler için nereye başvurması gerektiği sorununun çözmesi gerekmektedir.
İSVEÇ	Belediyelerin evde bakım hizmetlerinden yararlanan insanlardan aldıkları katılım paylarının çok yükseldiğini, dolayısıyla hizmetleri alacak durumu olmayan insanların mağdur olduklarını ifade etmekte, ayrıca belediyelerin sundukları evde bakım hizmetlerinin kapsamı, hizmetler için aldıkları katkı payları ve hizmetlerden yararlanan kişi sayısı arasında çok büyük farklılıklar bulunması
ALMANYA	Yaşlı nüfusunun en yoğun olduğu Avrupa ülkelerinin başında gelen Almanya’da bu durumun gün geçtikçe daha da artıyor olması mevcut evde bakım hizmet sunumlarının sürekli yenilenme çalışmalarının olması
ABD	ABD’de evde bakım sistemi, eyaletlere göre farklılık göstermekte ve bir örnek bir uygulama bulunmamaktadır. ABD’de evde bakım hizmetleri kamusal bir yükümlük olarak görülmemektedir
JAPONYA	Japonya, bakım güvencesi kapsamını, gerek potansiyel bakıma muhtaç kişiler, gerekse kapsamına girebilen belirli kesimi maddî destekten mahrum etmesi açısından çok dar tutmasına rağmen, belirtilen sebeplerden dolayı prim sisteminden yeterince yararlanmaması, aile bireylerine bir bakım parasının ödenmemesi,
TÜRKİYE	Alanla ilgili tanımlamalarda eksiklik, farklılık ve karışıklıklar

	Bilinç eksikliği, algı yanlışlığı Multidisipliner yaklaşım eksikliği Mevzuat eksikliği ve karışıklığı Hizmet verecek personel eksikliği Hizmet standartlarının olmayışı Eğitim standartlarının olmaması Eğitim eksikliği Denetim eksikliği Farklı bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek farklı modellerin oluşmamış olması Bakımla ilgili politikaları, mevzuat ve düzenlemeleri üreten kamu kurumları arası koordinasyon ve ortak çalışma eksikliği. Kayıt dışı, izinsiz hizmet sunumu ve kaçak çalışmanın yaygınlığı ve bunların sebep olduğu problemler Evde bakımda kamu ya da özel finansman sistemlerinin olmayışı, sınırlı olarak gerçekleşen kamu finansmanı uygulamalarındaki eksiklikler Bakım sürecine dahil olan aile bireylerinin yalnız kalması, eğitimsiz olmaları ve yeterince destek alamamaları
--	---

KAYNAK: Mot, 2010, 26, Trydegård (2003, 7-9, <http://www.sdplatform.com/Dergi/519/Turkiyede-evde-bakim-hizmetleri-ve-ulke-modeli-icin-oneriler.aspx> Erişim Tarihi; 25/04/2019 (Ülkelerdeki evde bakım hizmetleri hakkında literatür taraması sonucu ulaştığım kaynaklar doğrultusunda tablodaki bilgiler tarafımdan oluşturulmuştur).

SONUÇ

Günümüzde, gelişmiş ülkeler sunumunu gerçekleştirdiği evde bakım sistemlerin daha verimli ve kaliteli hizmet sunumu için iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır. Yukarıda tablolarla anlatmaya çalışılan gelişmiş beş ülkenin sunduğu evde bakım hizmetlerinin öncelikli olarak alt yapısı inceliklerle hazırlanmış sistematik bir evde bakım hizmet sunumu gerçekleştirdiklerini söyleyebiliriz. Ancak, henüz bu konuda bir modele sahip olmayan ülkemizde henüz çok yeni bir model olsa da, birçok yasal düzenlemeler yapılmasına rağmen durum ve şartlara uygun bir evde bakım hizmet sunumu gerçekleştirilememektedir. Aile üyelerinin yanısıra birçok kurum ve kuruluşlarda sunulmaya çalışan evde bakım hizmetleri kaynak yetersizliği nedeniyle tam anlamıyla bir hizmet sunamamaktadır. Sosyal devlet olabilmenin ön önemli kriteri sosyal bir hak olan sosyal hizmetlerden sadece ekonomik yoksunluk içinde bulunan yaşlı, engelli veya hasta olan bireyler faydalanabilmektedir. Tüm herkesin yaşamı süresince karşılaşılabileceği sosyal risklere karşı, tüm toplumun bu hizmetlerden faydalanmasını sağlayan içine alan sosyal güvence sistemine entegre olmuş bir bakım sigortası mevcut değildir. Ekonomik açıdan yüksek düzeyde olan bireyler ise özel evde bakım kuruluşlarının hizmetlerini kendileri satın almaktadır. Bu nedendir ki birbirinden bağımsız uygulamalar söz konusu olmaktadır. En önemli bir diğer sorun ise bakımı üstlenen bakıcıların eğitim eksikliği ve sunulan bakımın denetlenmesinde büyük aksaklıkların olması yer almaktadır. Bakıma muhtaç bireylerin bakımını üstlenen aile bireylerinin üzerindeki yükü hafifletmek ve katkı sağlamak amacıyla devlet bakım parası vermektedir. Ancak bakım hizmetinin nasıl, ne şekilde ve hangi şartlarda bakım sununu gerçekleştirildiğinin denetimi tam olarak sağlanamamıştır. Bunun yanısıra hizmete ihtiyacı olan birçok birey sunulan hizmetlere ulaşmakta güçlük çekmektedir. Erişilebilirlik birçok prosedüre takılmaktadır diyebiliriz.

Ülkemizde evde bakım hizmetleri ile ilgili tüm bu problemlerin temelinde; bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında şimdi ve gelecekte nasıl karşılayabileceğimizle ilgili makro bir planın olmaması, alt yapının oluşturulmamış olması, sağlık ve sosyal hizmetlere ve sosyal güvence sistemine entegre olmuş bir ülke modeline sahip olmaması yatmaktadır.

Etkin bir evde bakım modeli gerçekleştirebilmek için; evde bakım hizmetine gereksinim duyan tüm grupların öncelikli olarak belirlenerek alt yapının oluşturulması, tedavi, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon açısından temel gereksinimlerinin tanımlanması, evde bakım hizmeti sunan kamu hastanesi, özel hastaneler ve özel kuruluşlar, yerel yönetimler ve diğer farklı yapılanmaların hizmet bütünündeki rollerinin belirlenmesi, birbirleriyle uyum içinde çalışmalarını sağlayacak uygun ve basit uygulamaların geliştirilmesi, evde bakım hizmetine gereksinim duyan kişilerin hizmete ulaşmasına engel olan faktörlerin belirlenmesi ve çözüm önerilerinin oluşturularak hizmete erişebilirliğin sağlanması evde bakım hizmet sunum süreç işleyişleri açısından en düşük kıstasların belirlenmesi, evde bakım hizmeti ile ilgili yasal düzenlemelerdeki eksikliklerin tanımlanması, bakım hizmetinin maliyetinin karşılanabilmesi için ülke kaynaklarının belirlenmesi ve gereksinimi giderebilecek bir ödeme modeli oluşturulabilmesi ile ilgili çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Yukarıda belirtilen problemlerin belirlenerek ülkemizdeki evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve bir evde bakım modeli geliştirilmesine yönelik Evde Bakım Derneği tarafından bir çalıştay gerçekleştirilmiştir (8-9 Nisan 2010'da Ankara'da düzenlenen "Ülkemiz için Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı"). Bu çalıştay, Sağlık Bakanlığı, SHÇEK, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Türkiye İş Kurumu, Devlet Planlama Teşkilatı, Hizmet sunanlar (Kamu, Yerel Yönetimler ve Özel), Sivil Toplum Kuruluşları (STK), ilgili meslek örgütlerinin temsilcileri olmak üzere toplam 68 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Böylece konuyla ilgili kurumlar ilk defa bu kadar geniş bir katılımı bir araya gelerek ülkemizde evde bakımla ilgili sorunlar tartışılmış ve çözüm önerileri geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu önerilerden bazıları şu şekildedir;

- Hizmet sunucuların ve diğer paydaşların rolleri ve birbirleriyle koordinasyonu için; devlet mevzuat oluşturmalı, hizmet ve kalite standartlarını belirlemeli, denetim yapmalıdır. Aynı zamanda hizmet sunumunda kamu, özel sektör ve kar amacı gütmeyen kurum ve kuruluşları, belediyeleri sosyal bakım ve destek hizmetler konusunda teşvik etmelidir.

- Tüm hizmet veren kurum ve kuruluşlar arasında ihtiyaç sahiplerini ve ihtiyacın niteliğinin belirlendiği ortak bir veri tabanı oluşturmalıdır: Bu veri tabanıyla; İhtiyaç sahiplerinin belirlense hizmetin etkinliğinin, verimliliğinin ve ulaşılabilirliğinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi yanısıra mükerrerliğin (yanlışlıkların) önlenmesi amaçlanmıştır.
- Hastaların evde bakım aldığı sorumlu hekimi veya aile hekimi dışında farklı kurumlara sevk edilmesi sağlanmalıdır. Yani evde bakıma çok kanallı başvuru olabilmeli ve verilecek hizmetin içeriği tanımlanacak olan bir “koordinasyon merkezi” tarafından belirlenmesi bir diğer öneri olarak kayıtlara geçmiştir.
- Hizmet içeriğini belirleyecek bir triyaj (başvuru esnasında öncelik belirleme) ekibi temelinde koordinasyon merkezinin sunulacak hizmeti takip etmesi gerektiği önerilmiştir. Aynı zamanda bu önerinin hedeflenen bakım modelindeki evde sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini kapsaması gerekmektedir.
- Koordinasyon merkezi hastaların sosyal bakıma ilişkin gereksinimlerini tespit etmeli, sosyal bakımı sağlamalı ve sunulan bakım hizmetlerini denetlemeli ve bireylerin ihtiyaçlarına göre danışmanlık hizmeti vermelidir. Bunun yanısıra ihtiyaç sahiplerinin koordinasyon merkezine kolay erişimini sağlamak için tüm ülke çapında geçerli bir ortak çağrı merkezi numarasının oluşturulmalı, hizmet gereksinimi olan kişilerin istediği merkez veya kurumda hizmet almasının sağlanmalı, koordinasyon merkezi tarafından ihtiyaç sahiplerine sunulacak bir hizmet planı belirlenerek bu plan doğrultusunda hizmet sunuculara yönlendirme yapılmalıdır.

Ülkemizde ki hizmet sunumunun birbirinden bağımsız uygulamalar içermesi nedeniyle, hizmet sunan kurum ve kuruluşlar arasında entejre olmuş uyum içinde bir hizmet sunumu gerçekleştirilmesi gerektiği tartışılan konular arasındadır. Bunun içinde bazı öneriler geliştirilmiştir. Bunlar;

1. Evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal hizmetlere entegrasyonu için;
- Koordinasyon merkezleri, SHÇEK İl Müdürlükleri ve İl Sağlık Müdürlüklerinin koordinasyonu ile oluşturulmalı, merkez bünyesinde STK ve yerel yönetim temsilcilerinin üyeleri de yer almalıdır.

- Uzun vadede sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu sorunu, koordinasyon merkezinin hangi kurum içinde yer alacağı, sağlık ve sosyal hizmetlerin tek bir bakanlık altında yeniden yapılandırılması ile daha kolay çözümlenebilir.
 - Kamuda tedavi edici ve temel sağlık hizmetlerinin evde bakım hizmetleri açısından entegrasyonu için;
 - Evde verilecek sağlık hizmetlerinin içeriği birinci basamağın alan ve uzmanlığının dışına çıkabileceğinden evde bakım hizmetlerinin sunumu bütünüyle “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri” içinde planlanmamalıdır.
 - Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin kapsamına girecek evde bakım hizmetleri tanımlanmalı, bu tanımlamaya uygun olarak Birinci Basamakta hizmet sunumu sağlanmalıdır.
 - Evde bakım hizmetleri koruyucu ve tedavi edici hizmetleri içerecek şekilde yürütülmelidir.
2. Evde bakım hizmet sunumuna başlama, sürdürme ve sonlandırma süreçlerinin işleyişleri açısından asgari standartların belirlenmesi için;
- “Taburculuk planlanması” evde bakım hizmetinin varlığı dikkate alınarak oluşturulmalıdır. Evde sunulacak hizmetlerin planlaması, hastanenin evde bakım birimi tarafından gerçekleştirilir. Evde bakım birimi, evde bakım planını koordinasyon merkezine bildirmelidir.
 - Evde bakım hizmeti sunulacak hastanın sosyal hizmet ihtiyacının değerlendirilmesinde koordinasyon merkezinin görevlendirdiği sosyal hizmet uzmanı görev alır.
 - Evde bakım gereksinimi bir görüşe göre her ne kadar çoğunlukla doktor tarafından belirleniyorsa da ideali vaka yönetimi modeli ve multidisipliner yaklaşım ile belirlenmesidir. Hastanın sosyal desteğe ve bakıma gereksinimi bu yaklaşım içinde mutlak yer almalıdır.
 - Bakım gereksinimlerini belirleyen multidisipliner ekip içinde doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist ve gerektiğinde diğer sağlık profesyonelleri de yer almalıdır. Bunun için belirlenen evde bakım hizmetinde ihtiyaca göre görev alması gereken meslek gruplarını, doktor, hemşire, fizyoterapist, konuşma terapisti, uğraşı terapisti, diyetisyen, sosyal

hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişim uzmanı, bakım destek personeli ve diğer gerekli sağlık disiplinleri oluşturmalıdır.

- Evde bakım hizmetinin belirlenmesi, hizmetin başlatılması, planlanması ve sonlandırılması aşamaları önceden belirlenen standartlar doğrultusunda yapılmalı ve bu standartlara tüm kurumların (kamu, özel, yerel yönetim ve STK) uyması sağlanmalıdır.
 - Evde bakım hizmetinin sonlandırılmasına hastaya hizmet veren multidisipliner ekip karar vermelidir, koordinasyon merkezi ve finansmanı sağlayan kurumlar aynı zamanda bilgilendirilmelidir.
 - Evde bakım hizmetinin denetlenmesi evde bakım hizmetinin finansmanını sağlayan kurum ve il/ilçe bünyesinde oluşturulan ilgili kuruluş ve STK temsilcilerinden oluşan bir komisyon tarafından yapılabilir. Bir diğer yol da denetimin sadece şikâyet ve kayıt formları üzerinden koordinasyon merkezi tarafından yapılmasıdır.
 - Evde bakım hizmetinin denetimi önceden belirlenen standartlar doğrultusunda yapılmalı ve hastanın evde bakım için uygun olup olmadığı, evde bakım gereksiniminin karşılanıp karşılanmadığı, hizmet veren personelin eğitiminin yeterliliği, doğru kriterlerle hizmetin sonlandırılması dikkate alınmalıdır.
 - Denetleme, geliştirilecek Ulusal Akreditasyon Sistemine göre yapılmalıdır.
3. Evde bakım hizmeti ile ilgili yasal düzenlemelerin tanımlanması, yasal düzenlemelerdeki eksiklerin giderilmesi için;
- Evde bakım, multidisipliner bir yaklaşımla sunulan bir hizmet modelidir. Bu nedenle evde bakım ekibinde yer alan sağlık profesyonellerinin birlikte çalışabilirliğini kısıtlayan mevzuat eksiklikleri giderilmelidir
 - Kamuda yapılandırılmış evde bakım ünitelerinde çalışan ekip elemanlarına özendirici nitelikte düzenlemeler yapılmalıdır. Hukuki altyapı düzenlemeleri multidisipliner anlayışı koruyucu ve geliştirici şekilde yapılmalıdır
 - Sağlık Bakanlığı'nın evde bakım hizmetleri sunumuna yönelik mevzuatı (özel ve kamu) birleştirilmeli ve tek tip mevzuat olmalıdır. Bu mevzuat, asgari gereksinime dayalı, organizasyon yapısını dikkate alan ve hizmet standartlarını içerecek şekilde oluşturulmalıdır. Bu mevzuatta farklı tipte evde

bakım hizmet sunucuları tanımlanmalıdır. Kamu/özel hizmet sunumu için asgari standartlar ihtiyaca göre belirlenmelidir. Branşlaşma için farklı ruhsatlandırma/onay süreci olmalıdır (sadece yara bakımı, sadece fizyoterapi, vb)

4. Evde bakım hizmetinin finansı için ülke kaynakları ile karşılanabilecek ve gereksinimi giderebilecek bir ödeme modelinin oluşturulabilmesi için:
 - Evde bakım hizmetlerinin finansman sorununun çözümüne yönelik ortaya çıkan görüşler çerçevesinde bir çok model geliştirilebilir, SGK kapsamında uzun dönem bakım gereksinimlerinin karşılandığı bir “Bakım Sigortası” oluşturulabilir veya evde sağlık hizmetleri ve uzun süreli bakım hizmetleri genel sağlık sigortası kapsamında ödemesi yapılabilir. Bu bakım sigortası hangi model olursa olsun bir bakım sigortası fonu oluşturularak bu fon ek prim ödemeleri ve vergilerle sağlanabilir.
 - Bakım sigortası teminatları belirlenmeli, herhangi bir gereksinim açıkta kalmamalıdır. Oluşturulacak modelde evde sağlık ve bakım için hastadan katkı payı alınabilir.
 - Evde bakım finansman sisteminin yapılandırılması için “Çalışma Komisyonu” oluşturulabilir. Komisyonda ilgili kurum, STK, meslek örgütleri ve üniversite temsilcileri bulunmalıdır.
 - Özel bakım sigortaları teşvik edilmelidir.
 - Birinci basamakta sunulan evde bakım hizmetinin ücretlendirilmesi; aile sağlığı merkezlerinin verdiği hizmetler içinde tanımlanmalı ve çeşitlendirilmiş paketler halinde ücretlendirilmelidir.
 - Evde bakım hizmetlerinin finansmanına özel modeller geliştirilene dek kamu hastanelerindeki evde bakım birimlerinin hizmetleri SGK tarafından ödenecek şekilde sistemde yer almalıdır. Evde bakım birimlerinde çalışanlar personel cetvelinde yer almalı, evde bakım birim personeli olduğu belirtilmelidir. Ücretlendirilme, bu cetvel üzerinden yapılmalıdır. Bu sisteme göre hizmet maliyetlerinin hesaplanması daha gerçekçi olacaktır.
 - Kamu hastanelerindeki evde bakım birimleri; döner sermaye ve performans yönetmeliğindeki özellikli birimler (acil, enfeksiyon komitesi vb.) arasında yer almalıdır.

- Mevcut ödeme uygulamalarındaki suistimaller ve verimsizlikler (ilaç, tıbbi cihaz vb. ödemeler) denetlenmeli; bu çalışma sonucunda elde edilecek olan kaynaklar da evde bakım sistemi için kullanılmalıdır (<http://www.sdplatform.com/Dergi/519/Turkiyede-evde-bakim-hizmetleri-ve-ulke-modeli-icin-oneriler.aspx> Erişim Tarihi; 25/04/2019).

Sonuç olarak ülkemizde son 15 yılda gelişen evde bakım hizmetlerinin ülke çapında, tüm ihtiyaç sahipleri açısından erişilebilir ve standartlar dahilinde sunulur hale gelmesi, evde bakım hizmet sunumuna başlama, sürdürme ve sonlandırma süreçlerinin işleyişleri açısından asgari standartların belirlenmesi için evde bakım derneğinin düzenlemiş olduğu, finansmanı için ülke kaynakları ile karşılanabilecek bir ödeme modelinin oluşturulabilmesi ve hizmet sunan kurum ve kuruluşlar arasında entegre olmuş uyum içinde bir hizmet sunumu gerçekleştirilmesi için Çalıştay'da belirlenen sorunlar ve geliştirilen çözüm önerileri üzerinde öncelikli olarak durularak ülke kaynakları ile karşılanabilecek bir evde bakım modelinin acilen oluşturulması gerekmektedir. Var olan sağlık ve sosyal hizmetlerle ayrıca sosyal güvence sistemi ile entegre bir model olabilmesi için mevcut uygulamaların iyi değerlendirilmesi, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının yapılması lazımdır. Bu süreçte gelişmiş ülkelerdeki Hollanda, Almanya, İsveç, ABD, Japonya gibi başarılı örneklerin incelenmesi, uygun olabileceklerin Türkiye'ye uyarlanması, var olan deneyimlerden fayda sağlanabilmesi açısından önemlidir. Evde bakım modelinin geliştirilmesi bu alana ayrılan ve ayrılacak kaynakların verimli kullanımı ve gelecekte artacak bakım ihtiyacını karşılayabilmek için hazırlıklı ve planlı olmak açısından da kaçınılmazdır.

KAYNAKÇA

AARP EUROPEAN LEADERSHIP STUDY (2006), European Experiences with Long-Term Care: France, The Netherlands, Norway and The United Kingdom, October, AARP, U.S.

AARP EUROPEAN LEADERSHIP STUDY; “European Experiences with Long Term Care: France, The Netherlands, Norway and The United Kingdom”, October, 2006, AARP, U.S.

ACAR İbrahim ve A. KİTAPÇI İsmail; “Sosyal güvenliğin Demografik Boyutu: Türkiye’deki Emeklilik Sistemindeki Değişim”

AĞGÖREN Veli; “Bakım Sigortası ve Türkiye İçin Model önerisi” Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği Sosyal Güvence Dergisi / Yıl: 6 / Sayı: 12 6 (1)

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB); “Bakım hizmeti uygulama Rehberi”, 2013, Ankara

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB); “ Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2012/24 nolu Evde Bakım Hizmetleri konulu ve 16 Ekim 2012 tarihli genelgesi” 2012, Ankara.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB); “2013 yılı kurumsal mali durum ve beklentiler raporu”, 2013, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Ankara.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB); “Bakım hizmeti uygulama Rehberi”, 2013, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Ankara

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB); “Engelli Bireylere ilişkin İstatistikî Bilgiler”, 2014, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

AKTAN C. Coskun; “Sosyal Devletin Araçları”,
<http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/araclar.htm> Ulaşım Tarihi:
11/12/2015) Maliye Dergisi, Sayı;154, Ocak-Haziran, 2008,

AKSOY Hilal, Rabia KAHVECİ, İrfan ŞENCAN, İsmail KASIM ve Adem
ÖZKARA:”Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış ve Türkiye’deki Mevcut Durum”,
Türk Med J., 2015,W;7(2); 162-168

AKYILDIZ Hüseyin; “Dünya’da Sosyal Güvenlikte Alternatif Reform Arayışları”,
Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt;14, Sayı;2,
1999

ALPER Yusuf; “Sosyal Güvenlik Teorisi”, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2014

AYDIN Dursun; “Evde Bakım Hizmetleri” Sağlık Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim
Yayınları, Ankara, 2005

AYDIN Ufuk; “Sosyal Güvenlik Sorunlarının Çözümünde Özel Sigortalar”, Anadolu
Üniversitesi Yayınları, 1999, Eskişehir

AYHAN Abdurrahman; “Sosyal Güvenlik Kavramı Ve Sosyal Güvenlik İlkeleri”,
SGD Sosyal Güvenlik Dergisi, Ocak 2012, Cilt 1, Sayı 1, Sayfa 41-55

AĞÖREN Veli; “Bakım Sigortası Ve Türkiye Uygulaması” T.C Sosyal Güvenlik
Kurumu Başkanlığı Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi, SGK, 2009

BAYAZIT İlhan ve Diğerleri; “Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Sağlık Emek ve
Meslek Örgütlerinin Görüş ve Yaklaşımları” Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2015,
Ankara

BAYHAN Vehbi; “Demokrasi Ve Sivil Toplum Örgütlerinin Engelleri Patronaj ve
Nepotizm”, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Mayıs 2002 Cilt : 26
No: 1 1-13

BAYRAKTAR Cahide; “Keynes ve Refah Devleti”, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:10, Sayı:2, Ekim 2012, s;253-255

BİLGE Uğur, Ömür ELÇİOĞLU, Murat ÜNALACAK ve İlhami ÜNLÜĞOLU; “Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri” Euras J. Fam Med ; 2014 3(1) : 1-8 (<http://ejfm.trakya.edu.tr/userfiles/2014/April/1-turkiye-de-yasli-evde-bakim-hizmetleri.pdf>) , 2014

BLACKMAN T. (2000); “Defining responsibility for care: Approaches to the care of older people in six European countries”, Journal of Social Welfare, 9, 181–190.

BODE Ingo and Oscar Firbank; “Barriers to co-governance: Examining the “chemistry” of home-care networks in Germany, England, and Quebec”, The Policy Studies Journal,37(2), 325-351, 2009 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1541-0072.2009.00316.x/abstract>).

BUHLER-WILKERSON Karen ; “No place like home, a history of nursing and homecare in the U.S. Home Healthcare Nurse, 30(8), 446-452, 2012

Buhler-Wilkerson, Karen ; “Public health nursing: In sickness or in health?” American Journal of Public Health, 75(10), 1155-1161, 1985

Buhler-Wilkerson, Karen; “Care of the chronically ill at home: An unresolved dilemma in health policy”, The Milbank Quarterly, 85 (4), 611–639, 2007

BULUT Nihat; “Küreselleşme: Sosyal Devletin Sonu Mu?”, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Yıl. 2003, Cilt. 52, Sayı. 2

Campbell John Creighton ; “Initiating Public LongTerm Care Insurance in Japan”, The Journal of The International Institute 1997, 5. (<http://hdl.handle.net/2027/spo.4750978.0005.104>)

CAMPBELL John Creighton, Ikegami Naoki ve Soonman Kwon; “Policy learning and crossnational diffusion in social long-term care insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea”, International Social Security Review, 62(4), 63-80, 2009

CHEN, Yung-Ping (2003), “Funding Long-Term Care: Applications of the Trade-Off Principle in Both Public and Private Sectors”, Journal of Aging and Health, Vol. 15 No. 1, February, p. 15-44.

CİZ, (2013a). Het Indicatie Besluit 2013, Kampen: Borrias.

CİZ, (2013b). Centrum voor Indicatiestelling Zorg, <http://www.ciz.nl> adresinden 21.10.2013 tarihinde alınmıştır.

CİZ, (2013c). Indicatiewijzer Toelichting op de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2013Versie 6.0, Kampen: Borrias.

CİZ, (2013d). Zorg Aanvragen; Hoe Doet U Dat, Kampen: Borrias

ÇOBAN Mustafa, Afsun Ezel ESATOĞLU, Mustafa Cumhur İZGİ; “Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat içindeki tarihsel değişimi”, Türkiye Biyoetik Dergisi, 2014 Vol. 1, No. 3, 154-176 Çoban et al. © 2014

ÇOBAN Mustafa ve Afsun Ezel ESATOĞLU; “ Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış”, Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2004;12(2):109-20

DANIŞ, M. Zafer; “Toplum Temelli Bakım Anlayışı”, Öz-Veri Dergisi, T. C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Yayını, 21 (2): 445-459, 2005a

DANIŞ, M. Zafer; “Yaşama Derinden Bir Kucak”, Ankara: Türk Geriatri Vakfı Yayınları, Gerontolojik Çalışmalar Dizisi I., 2005b

DANIŞ, M. Zafer; "Community Based Care Understanding and Social Services: A Care Model Proposal from Turkey", Turkish Journal of Geriatrics, 11 (2): 94-105, 2008

DANIŞ M. Zafer ve Yağmur SOLAK; "Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu: Hollanda Örneği" The Journal of Academic Social Science Studies International Journal of Social Science Doi number: <http://dx.doi.org/10.9761/JASSS2313> Number: 24 , p. 57-71, Spring 2014

DİLİK, Sait (a); "Sosyal Güvenlik ve Sosyal Hizmetler Arasındaki İlişkiler", Ankara Üniversitesi SBF Dergisi;1-4 Ocak-Aralık 1980, s;73-84, Ankara

DİLİK Sait (b); "Sosyal Yardımlar İki Anlamlı Terim", Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Yıl; 1-4 Ocak-Aralık 1980, Cilt;35 Sayı;1 (<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ausbf/article/view/5000054088/5000051403> Ulaşım Tarihi;05/12/2015)

DİLİK Sait (c);"Sosyal Güvenlikte Yeni Bir Sosyal Sigorta Kolu Bakım Sigortası" <http://www.kamu-is.org.tr/pdf/431.pdf> Ulaşım Tarihi;11/10/2015)

ELEVLİ Emel; "Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Tespit Edilmesi Konusunda Bir Araştırma", (Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2012.

EDEBALK, Gunnar (2008), "New Modes of Delivering Elderly Care in Sweden", Presentation at Nordic Day, July 1, Paris.

ESATOĞLU Ezel ve Ceyhun ÖZDEMİR; " Türkiye’de yerel yönetimler tarafından sunulan Evde Bakım Hizmetleri, 2014 (<http://slideplayer.biz.tr/slide/2656574/>)

ERSANLI, Kutman ve Melek KALKAN.; "Yaşlı Bakım Hizmetleri, Psikolojik,

Sosyal ve Bedensel Açıdan Yaşlılık”, Pegem Akademi, 2008, Ankara

GABRIELA Stefania and Fabrizio TEDİOSİ; “Welfare Innovations and Federalism: The Failure Of Reforming Long Term Care in Italy”, XXIII Conferenza, Pavia, Aule Storiche dell’Università, 19 - 20 Settembre 2011

GABRIELA Stefania and Fabrizio TEDİOSİ; “Intergovernmental relations and Long Term Care reforms: Lessons from the Italian case”, Health Policy, 116, 61–70, 2014

GENÇ Yusuf ve İsmail Barış; “Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım; Kurumsal Bakım yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi” Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 3, Sayı: 10, Mart 2015, s. 36-57

GENET Nadine, Winke BOERMA, Madelon KRONEMAN, Allen HUTCHINSON, ve Richard B. SALTMAN; “Home care across Europe, current structure and future challenges. Denmark”, World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), 9-83, 2012

GENET Nadine, Winke BOERMA, Madelon KRONEMAN, Allen HUTCHINSON, ve Richard B. SALTMAN; “Home Care Across Europe Current Structure and Future Challenges”, United Kingdom: M2M, , ISBN 978 92890 02882 978, 2012

GORİ Chiristiano; “Home care in Italy: A system on the move, in the opposite direction to what we except” Health and Social Care in the Community, 20(3), 255-266, 2012 (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2524.2011.01052.x/epdf?r3_referer)

GOUGH Iann, Refah Devleti (Çev: Kamil Güngör) <http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/turkce-kaynaklar.htm>

GÖKMEN Fatma, “Türkiye’de Özürlü Haklarının Gelişimi”, ÖZ-VERİ Dergisi,

Aralık, 2007, Cilt 4, Sayı 2, (<http://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/ozveri-dergisi/8sayi-2007-cilt-4-sayi-2>)

GÖREN Zafer; “ Sosyal Hukuk Devletinde Özgürlük ve Yükümlülük” İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Yıl:13 Sayı:26 Güz 2014/2 s.26-46

GÖZÜBÜYÜK A. Şeref; “Açıklamalı Türk Anayasaları (Yapılışları, Özellikleri ve Yapılan Değişiklikler” Turhan Kitapevi Ofset, 5. Bası, ISBN;975-7425-14-1, 2005 Ankara

GÜLMEZ Mesut; “İnsan Hakları Olarak Sosyal Haklar Ve Sosyal Haksızlıklar”, Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Ankara; Belediye-İş Sendikası Yayını, 2009, s;10-11

GÜNEŞ İsmail ve Soner YAKAR; “Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleri ve Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Yıl: 2004 Cilt: 13 Sayı: 2

GÜVERCİN Cemal Süreyya; “Sosyal Güvenlik Kavram Ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2004 s;92

FEDER, Judith, Harriet L. KOMISAR, and Marlene NIEFELD; “Long-Term Care in the United States: An Overview”, Health Affairs, Vol. 19, No. 3, p. 40-56.

ILO (2014a); World Social Protection Report:2014/15, 82

ILO (2001); Social Security: A New Consensus, Geneva: ILO.

ILO (2004a) “A Fair Globalization: Creating Opportunities For All”, The World Commission on the Social Dimension of Globalization, Geneva: ILO.

ILO (2004b); Financing Social Protection, Geneva: ILO.

ILO (2005); “Social Protection as a Productive Factor”, Committee on Employment and Social Policy, Geneva: ILO.

ILO (2011a); “Social Protection Floor: For a Fair and Inclusive Globalization”, Report of The Advisory Group, Geneva: ILO.

ILO (2011b); Social Security for Social Justice and a Fair Globalization, International Labour Conference, 100th Session, Geneva: ILO.

ILO (2012a); Social Security For All: Building Social Protection Floors and Comprehensive Social Security System, The Strategy of The International Labour Organization, Geneva: ILO.

ILO (2014a); World Social Protection Report 2014/15: Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice, Geneva: ILO.

ILO (2014b) “Social Protection Global Policy Trends 2010-2015”, Social Protection Policy Papers 12, Geneva: ILO.

ILO, (2010a) Extending Social Security to All: A Guide Through Challenges and Options, Geneva: ILO.

KARA Bülent; “Sosyal Haklar ve Özel Olarak Korunması Gereken Kişiler”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, Isparta, 2008

KARA Uğur ; “ Sosyal Devletin Yükselişi ve Düşüşü”, Ankara Özgür Üniversite Kitaplığı, 2004, s:45

KARABAĞ Hüseyin; “Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de

Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri Ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi” Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007

KARADAĞ Mevlüt; “Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri”, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006,

KAYALIDERE Gül; “Sosyal Devlet Anlayışı Çerçevesinde Türkiye’de Sosyal Koruma Harcamalarının Gelişimi ve Yoksulluk” Sakarya Üniversitesi İktisadi ve İdari bilimler Fakültesi Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi (SEYAD) Nisan / April 2014 Cilt / Volume: 2 Sayı / Issue: 2 ISSN: 2147-7035

KERSKTRA Ada. and Jack B. F HUTTEN; “Organization and financing of home nursing in the European Union. Journal of Advanced Nursing, 24, 1023-1032, 1996 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02939.x/pdf>).

KİTAPÇI İsmail; “Sosyal Devlet Işığında Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Reform Arayışları” Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2007

KOÇ Muzaffer; “Sosyal Güvenliğin Kökeni”, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 2004/ Cilt: 6 Sayı: 2 Sıra: 1 / No: 217 / DOI http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/goto.aspx?id=2208

KOÇ Filiz; “Evde Bakım Hizmeti ve Gelişimi”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2009.

KOÇ Gülten; “Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, 2005.

KOŞTU Nazan; “Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü” <http://www.dezavantaj.org/index.php/aratirmalar/9-yal/291-yal-stismar-ve-hmalinin-oenlenmesinde-halk-sal-hemiresinin-rolue->

Kozol, George; “The long term care conundrum”, Journal of Financial Service Professionals, 67(1), 30-35, 2012

LEFF, Bruce and John R. BURTON; “The Future History of Home Care and Physician House Calls in the United States”, Journal of Gerontology, Vol. 56A, No. 10, p. M603–M608, 2001

Masuda Masanobu and Kojima Katsuhisa; “Japanese Social Security for the Elderly from a Viewpoint of Life Cycles”, Review of Population and Social Policy, s; 45-54, 2001, No. 10

MEDPAC; Report to the congress: Medicare payment policy. Washington: The Medicare Payment Advisory Commission, 2013

MEDPAC (2014); Report to the congress: Medicare payment policy. Washington: The Medicare Payment Advisory Commission.

Medicare (2014a); Glossary, <http://www.medicare.gov/glossary/m.html>

Medicare (2014b); Home health services. How often is it covered? <http://www.medicare.gov/coverage/home-health-services.html>

MOT, Esther; “The Dutch System of Long-Term Care”, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis Document, No: 204, March, Netherlands, 2010

MUMCU Ahmet; “İnsan Hakları ve Kamu Özgürlükleri”, Ankara Savaş Yayınları, 1992 (Aktaran Bülent kara , s;44-45)

MULLİGAN Casey B. ve Xaiver Sala-i-Martin ; “Social Security in Theory and Practice (1): Facts and Political Theories”, NBER Working Papers, Working Paper no: 7118, 1999.

NACAK Zeynep Bilge; “Avusturya Sosyal Güvenlik Sistemi ve Vatandaşlarımızın Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri” Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yurtdışı İşçi Hizmetleri Uzmanlık Tezi, 2014, Ankara

OECD ; “Long-Term Care for Older People”, The OECD Health Project, OECD Publishing, Paris, 2005, (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en)

OECD; “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care”, 2011, Paris, www.oecd.org/health/longtermcare www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted

OĞLAK, Sema (a); “Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası”, İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları, No: 6, İskenderun, 2007

OĞLAK Sema(b): “Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası”, Turkish Journal of Geriatrics, 2007, Sayı;10(2), s;100-108

ÖNDER Tolga Önder ve Arkadaşları; “Evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi”, Dicle Tıp Dergisi, Cilt:42, S:3, 2015, s;342-345

ÖZDEMİR Süleyman (a) ; “Refah Devleti: Altın Çağdan Belirsiz Geleceğe”, <http://www.sosyalpolitikalar.com/index.php?id=122> (Ulaşım Tarihi; 23.05.2015)

ÖZDEMİR Süleyman (b) ; “Refah Devleti Ve Üstlendiği Temel Görevler Üzerine Bir İnceleme”

http://www.sosyalsiyaset.com/documents/refah_devleti_ustlendigi_gorvler.htm
Erişim Tarihi; 23.05.2015)

ÖZER Enver E. Ve Hale BALSEVEN; “Son Dönem Sosyal Devlet Anlayışı Ve sosyal Harcamaların Eleştirel Bir Analizi” VII. Sosyal İnsan Hakları Uluslararası Sempozyomu Bildirileri, Sosyal Güvenlik Denetmenleri Derneği Yayını, 1. Bası, Ankara, 2015,

ÖZER Özlem, Fatih ŞANTAŞ; “Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı”, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt No.3, Sayı No.2, Ankara, 2012, s;97.

PEKTAŞ Ethem Kadri; “Türkiye’de Sosyal Belediyecilik Uygulamaları ve Temel Sorunlar” Akademik İncelemeler Dergisi Cilt:5 Sayı:1 2010

PEEBLES Victoria and Alex BOHL; “The HCBS Taxonomy: A New Language for Classifying Home- and Community-Based Services”, Medicare & Medicaid Research Review 2014: Volume 4, Number 3, E5 –E6

Resmi Gazete (RG); “Aile hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik”, Resmi Gazete Tarihi; 06/07/2005, Sayı:25867

Resmi Gazete (RG); “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”, 25.01. 2013; Sayı: 28539, Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Ankara

Resmi Gazete (RG) (a); “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik”, 10 Mart 2005, Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı, 2005, Ankara

Resmi Gazete (RG); Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, 1964, s;1-10).

Resmi Gazete (RG);” Büyükşehir Belediyesi Kanunu” 23/7/2004 Sayı :25531

Resmi Gazete (RG)(b); “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ”, 13.09.2005; Sayı: 25935, Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı, 2005, Ankara

Resmi Gazete (RG); “Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine ilişkin Yönetmelik”, 30.07.2006, Sayı:26244. <https://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yururlukten-kaldirilan-mevzuat/bakima-muhtac-ozurlulerin-tespiti-ve-bakim-hizmeti-esaslarinin-belirlenmesine-iliskin-yonetmelik>

Resmi Gazete (RG); “Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”, 23.10.2007, Sayı: 26679. <https://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yururlukten-kaldirilan-mevzuat/bakima-muhtac-ozurlulerin-tespiti-ve-bakim-hizmeti-esaslarinin-belirlenmesine-iliskin-yonetmelik>

Resmi Gazete (RG); Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, 1964, s;1-10).

Resmi Gazete (RG); “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”, 10 Şubat 2007, Sayı:26430

Resmi Gazete (RG); “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik”, 07.08.2008, Sayı: 26960. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/08/20080807-5.htm>

Resmi Gazete (RG) (b); “Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık Ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik” 02.02.2008, Sayı:26775, 2008, Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Ankara

Resmi Gazete (RG); “Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlar Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik”, 27 Şubat 2015, Sayı; 29280

ROSTGAARD Tine; “Quality reforms in Danish home care – balancing between standardisation and individualisation”, Health and Social Care in the Community, 20(3), 247–254, 2012 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2524.2012.01066.x/pdf>).

Sağlık Bakanlığı (SB); “Sağlık Bakanlığı tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”, 1 Şubat 2010 tarih ve 3895 sayılı makam oluru, 2010, Ankara

Sağlık Bakanlığı (SB); “Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2011/8nolu Evde Sağlık Hizmeti Standart Dosya Formları konulu 18.02.2011 tarihli Genelgesi”, Ankara, 2011

Sağlık Bakanlığı (SB); “Mustafa ÇOBAN tarafından Bilgi Edinme Kanunu Kapsamında 28.10.2014 tarih ve 9493 nolu başvuruya 10.11.2014 tarihinde e-posta ile verilen yanıt, 2014”

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK). (2007b); “Mülga SHÇEK Genel Müdürlüğü’nün “Bireysel Bakım Planı” konulu 31.12.2007 tarihli görüşü.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)(a); “Görüş Talebi (Karşılaşılan Sorunlar)”, SHÇEK Genel Müdürlüğü’nün B.02.1.SÇE.013.00.03-320/543 sayı ve 21 Şubat 2008 tarihli yazısı, 2008

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)(b); “Mülga SHÇEK Genel Müdürlüğü’nün “Özürlü Evde Bakım” konulu 18.01.2008 tarihli görüşü, 2008

SCHARPF,Tanya. Pollack; “Functional status and quality in home health care”,

Yayınlanmamış Doktora Tezi, Department of Epidemiology and Biostatistics Case, Western Reserve University,2005, s;18

SEYYAR, Ali (a) : “Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorunlarına Çözüm Olarak Sosyal Politikalar”, http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yasliliga_bagli_bakim_s.htm

SEYYAR, Ali (b) : “Sosyal Bakım Hizmetleri ve Kalite”, http://www.sosyalsiyaset.net/documents/sosyal_b_h_kalite.htm ’den SGB (Sozialgesetzbuch: Sosyal Kanun Kitabı): XI; m. 14. 1.

SEYYAR Ali ve Sema OĞLAK; “Almanya ve Japonya’da bakım Sigortası Uygulamaları (Mukayeseli Bir Değerlendirme)”, Sakarya Üniversitesi, İİBF, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü ([www.academia.edu/.../Almanya_ve_Japonyada Ulaşım Tarihi](http://www.academia.edu/.../Almanya_ve_Japonyada_Ulasim_Tarihi); 22/04/2019)

SEYYAR Ali (c); “Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri: Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği” (<http://www.yerelsiyaset.com> Ulaşım Tarihi;22/04/2019)

SEYYAR, Ali (d); “Tarihî Süreç İçinde Bakıma Muhtaçların Toplumdaki Yeri”, (www.sosyalsiyaset.net Ulaşım Tarihi; 22/04/2019)

SEYYAR Ali (e); “Bakım Güvence Sistemleri ve Finansmanı Komisyon Raporu”, 2007, s;1-13, www.manevibakim.com/bilim_guvencesi/makale_01.asp Ulaşım Tarihi; 13/04/2019

STATISTICS SWEDEN (2010 ; “Demographic reports: The future population of Sweden 2009-2060”, Stockholm, (http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0401_2009I60_BR_BE51BR0901EN.pdf (Erişim Tarihi: 29.04.2019)

SUBAŞI Nüket ve Zafer ÖZTEK; “Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006, Cilt:5 Sayı:1

SUR Melda; “ Sosyal Hakların Uluslararası Alanda Korunma Sistemleri” İnsan Hakları Yıllığı, Cilt;19-20, 1997-1998

SWEDEN MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS; Care of the Elderly in Sweden, Fact Sheet, No: 18, September, Stockholm, 2007

ŞEN Murat; “Tanzimat Öncesi (Klasik Dönem) Osmanlı Devletinde Sosyal Güvenlik”, e-akademi, Mayıs 2002, Sayı; 3 (<http://www.e-akademi.org/makaleler/msen-1.htm> Ulaşım Tarihi 15.06.2015)

ŞENOCAK Hasan; “Sosyal Güvenlik Sistemini Oluşturan Bileşenlerin Tarihi Süreç Işığında Değerlendirilmesi”, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, Sayı;56, 2009.

TALAS Cahit; “ Sosyal Haklar ve Türk Anayasalarında Sosyal Hakların Evrimi”, TODAİE, İnsan Hakları Yıllığı, Cilt; 3-4, s; 38-75, 1981-1982.

TANLI, Sarper (1998), ”ABD’de Evde Bakım Hizmetleri”, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, 24-26 Eylül, Marmara Üniversitesi, İstanbul, s. 304-311.

TAŞKIRAN Şule; “Türkiye’de Yurttaşlık: Ekonomik ve Sosyal Haklar (1961-2008)”, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2010, MUĞLA.

T.C Kalkınma Bakanlığı; “2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtias Komsiyon Raporu”, 2014, ISBN 978-605-9041-00-3 YAYIN NO: KB: 2900 - ÖİK: 740, Ankara.

TOMOKO Shinoda Tagawa ve Soichi KOİKE “Long-Term Care: Lessons from the United Kingdom, Germany, and Japan”, Harvard Health Ppolicy Review, Spring 2002; Volume;3, Number;1, S;31 In Focus (https://issuu.com/harvardhealthpolicyreview/docs/2002_spring_clinicalres Erişim

Tarihi; 25/05/2019).

TARRICONE Rosanna and Agis TSOUROS; “Home Care in Europe. The Solid Facts. World Health Organization Europe”, Universita Commerciale Luigi Bocconi, 14.Home Care İn Europe, 2008, s;14.

TARRICONE Rosanna and Agis TSOUROS (b); “The solid facts, home care in European. Copenhagen”, The Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2008, 13-14.

TIRYAKI Refik; “Ekonomik Özgürlükler ve Anayasa”, Ankara: Yetkin Yayınları, 2008, s. 187 .

THEOBALD, Hildegard and Kristina KERN ; “The introduction of long-term care policy schemes: policy development, policy transfer and policy change”, Policy and Politics, 39 (3), 2011, s;;325-342.

THOME Bibbi, Anna- Karin DYKES, ve İngalill Rahm HALLBERG.; “Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review”, Journal of Clinical Nursing 12, 2003, s;; 869 .

TRYDEGÅRD, Gun-Britt; “Swedish Elderly Care in Transition: Unchanged National Policy But Substantial Changes in Practice”, Paper for the inaugural ESPAnet conference ‘Changing European Societies-The Role for Social Policy’, November, Organised by the Danish National Institute of Social Research, Copenhagen, s;13-15, 2003
(https://www.researchgate.net/publication/254460998_Social_exclusion_and_care_for_the_elderly_Theoretical_concepts_and_changing_realities_in_European_welfare_states Erişim Tarihi; 01/03/2018).

TUNCAY Tarık; “Sosyal Hizmet Mevzuatı”, Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, (<http://docplayer.biz.tr/13366221-Unite-sosyal-hizmet-mevzuati->

icindekiler-hedefler-yaslilik-mevzuati-doc-dr-tarik-tuncay.html Erişim Tarihi; 15/02/2019).

TUNCEL Nur, Türkan ŞANLI ve Müeyyet PERK; “Halk Sağlığı Hemşireliği”, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 1993.

TURAN Ömer Serkan; “Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması”, T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2008, ANKARA.

TÜRKÖĞLU İrfan; “Sosyal Devlet Bağlamında Türkiye’de Sosyal Yardım ve Sosyal Güvenlik”, Akademik İncelemeler Dergisi (Journal of Academic Inquiries) Cilt/Volume: 8, Sayı/Number: 3, Yıl/Year: 2013.

ULUTÜRK Süleyman ve Kutlu DANE; “ Sosyal Güvenlik Teori, dönüşüm ve Türkiye Uygulaması”, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:8, S:29, ISSN-1304-0278, 2009.

U.S. Department of Health and Human Services (2014a); “Glossary” <http://longtermcare.gov/the-basics/glossary/>

U.S. Department of Health and Human Services (2014b); “Medicaid Long-term Care Services”, <http://longtermcare.gov/medicare-medicaidmore/medicaid/medicaid-long-term-care-services/>

U.S. Department of Health and Human Services (2014c); “General Medicaid Requirements”, <http://longtermcare.gov/medicare-medicaidmore/medicaid/medicaid-eligibility/general-medicaid-requirements/>

YAŞAR K. Esra; “Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, 2009,

İzmir

YILMAZ Mesut ve Diğerleri; “Sağlık Hizmetlerinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı” İstanbul Tıp Dergisi, 2010, Sayı; 11(3), s;125-132

YURDADOĞ Volkan; “Sosyal Güvenliğin Finansman Yöntemleri”, www.canaktan.org/politika/anti_leviathan/diger-yazilar/volkan-sosyalguvenlik.pdf
Ulaşım Tarihi: 11/12/2018

YÜCEL Derya ve Pemra C. ÜNALAN; “Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Sunumu Mevzuatında Güncel Durum” Turkish Family Pyhsician Yıl: 2015 Cilt: 6 Sayı: 2 / e-ISSN 2148-550X

ZORGKANTOOR (2013a); Zelf Zorg İnkopen met een PGB versie 3., Tilburg: CZ.

ZORGKANTOOR (2013b); Zorg in Natura 2013, Tilburg: CZ

Wibberley Gemma; “The problems of a „dirty workplace“ in domiciliary care”, Health and Place, 21, 156–162, 2013

WHO(a); “Home –Based Long – Term Care” WHO Technical Report Series 898, Geneva, 2000

WHO(b); “Long Term Care Laws in Five Developed Countries A Review” WHO Health Organization, 2000.

WHO(c); “Home Care İn Europe”, Edidet By Rosanna TARRİCONE and Agis D TSOUROS, İtaly. 2008

World Health Organization (WHO). (2012); “Defusing the demographic “timebomb” in Germany” Bulletin of the World Health Organization, 90

WORLDBANK (2013); Data the Netherlands, www.worldbank.org Erişim Tarihi;

16.03.2019)

İNTERNET KAYNAKLARI

<http://www.dmy.info/hak-nedir-anlami/> Erişim Tarihi; 11/12/2018)

<http://www.e-akademi.org/makaleler/msen-1.htm> Erişim Tarihi:09/12/2018

<http://www.anayasa.gen.tr/1961anayasasi.htm> Erişim Tarihi:15/01/2019

http://www.turkcebilgi.com/sosyal_devlet Erişim Tarihi; 01.02.2019

<http://www.bakimliyiz.com/kadin-ve-hukuk/73364-sosyal-devlet-nedir.html> Erişim Tarihi; 05/02/2019

<http://canaktan.org/politika/antileviathan/diger-yazilar> Erişim Tarihi; 12/12/2018

<http://www.isgucdergi.org/?p=article&id=217&cilt=6&sayi=2&yil=2004> Erişim Tarihi: 05/12/2018

<http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423905820.pdf> Erişim Tarihi: 05/12/2018

<http://ifsw.org/sosyal-hizmet-nedir/> Erişim Tarihi: 05/12/2018

<http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/araclar.htm> Erişim Tarihi: 15/12/2018

<http://www.journals.istanbul.edu.tr/iuhfm/article/view/1023005148> Erişim Tarihi; 05/12/2018

<http://sedatergenc.blogcu.com/sosyal-guvenlik-hukuku/3766997> Erişim Tarihi: 07/12/2018

<http://www.sosyalsiyaset.net/documents/sg.htm> Erişim Tarihi;15/12/2018

https://www.issa.int/en_GB/topics/social-justice/introduction ‘‘Social justice, human rights and social security’’ Erişim Tarihi; 15/12/2018

<https://docplayer.biz.tr/340504-Sosyal-guvenligin-fi-nansman-yontemleri-ars-gor-volkan-yurdadog.html> Erişim Tarihi; 15/12/2018

<https://stats.oecd.org/> Erişim Tarihi; 28/12/2018

https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG# Erişim Tarihi: 28/012/2018

http://www.sosyalsiyaset.net/documents/sosyal_b_h_kalite.htm Erişim Tarihi; 21/12/2018)

http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yasiliga_bagli_bakim_s.htm Erişim Tarihi; 25/12/2018)

www.yasliliksurasi.gov.tr/assets/.../bakim-hizmetleri-stratejisi-ve-eylem-plani.docx Erişim Tarihi; 21/12/2018)

<http://www.kamu-is.org.tr/pdf/431.pdf> Erişim Tarihi;11/12/2018).

www.sosyalsiyaset.net/documents/danimarka_hollanda.htm Erişim Tarihi; 11/12/2018)

<http://www.onceokuloncesi.com/makale-arastirma-ve-bilimsel-yazilar/toplum-temelli-bakim-anlayisi-25664.html> Erişim Tarihi; 18/12/2018

<http://docplayer.biz.tr/1427632-Somut-gercek-avrupa-da-evde-bakim-hizmetleri.html>
Erişim Tarihi; 11/12/2018

<http://www.sigortacigazetesi.com.tr/uzun-sureli-bakim-sigortasi/> (Erişim Tarihi;
23/12/2018)

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf Erişim
tarihi; 29.01.2019

www.manevibakim.com/bilim_guvencesi/makale_01.asp Erişim Tarihi; 13/01/2018

<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yaslibakim2.html> Erişim Tarihi; 10/01/2019)

[http://www.shcek.gov.tr/userfiles/pdf/2828 Sayılı SHÇEK Kanunu.pdf](http://www.shcek.gov.tr/userfiles/pdf/2828%20Sayılı%20SHÇEK%20Kanunu.pdf) Erişim Tarihi;
10/01/2019)

[http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=42
1:a](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=421:a) Erişim Tarihi; 10/01/2019)

[http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-
hizmetlerinin-u-.html](http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html) Erişim tarihi; 10/01/2019

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf Erişim
tarihi; 29.01.2019

<http://yaslilikplatformu.com/catalog.php> Erişim Tarihi: 20/01/2019

<http://www.aljazeera.com.tr/haber/turkiyede-yasli-nufus-orani-artiyor> Erişim Tarihi;
25/01/2019

http://www.geriatrihernegi.org.tr/pdf/geriatri_gazetesi.pdf Erişim Tarihi; 25/01/2019

<http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=21507> Erişim Tarihi; 26/01/2019

http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yasliliga_bagli_bakim_s.htm Erişim Tarihi; 25/12/2018

<http://www.kamu-is.org.tr/pdf/431.pdf> Erişim Tarihi;26/12/2018

<https://biruni.tuik.gov.tr/secilmisgostergeler/sorguSayfa.do?target=degisken> Erişim Tarihi; 26/01/2019

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=bhGhX4vQL85HGFrYmpq8K11wBJQy2QvtQJCGB1rlyRzq6dFGlghw!-1045778888?id=21507> Erişim Tarihi; 26/01/2019

<http://docplayer.biz.tr/13366221-Unite-sosyal-hizmet-mevzuati-icindekiler-hedefler-yaslilik-mevzuati-doc-dr-tarik-tuncay.html> Erişim Tarihi; 15/02/2019

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/10/20071023-10.htm> Erişim Tarihi; 15/02/2019

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/07/20060730-2.htm> Erişim Tarihi; 15/02/2019

<https://docplayer.biz.tr/18099359-T-c-aile-ve-sosyal-politikalar-bakanligi-engelli-ve-yasli-hizmetleri-genel-mudurlugu-teskilat-ve-gorevlerine-iliskin-yonerge.html> Erişim Tarihi; 15/02/2019

<https://docplayer.biz.tr/978327-Bakim-hizmeti-uygulama-rehberi.html> Erişim Tarihi; 15/02/2019).

<http://www.kahramaneroglu.com/index.php/about-us/21-yerel-yonetimlerde-sosyal-hizmetler> Erişim Tarihi; 15/02/2019

<http://hakanaydiin.blogcu.com/yerel-yonetimler-ve-sosyal-hizmetler/6293978> Erişim Tarihi:15/02/2019

http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yerel_ozurluler_politikasi.htm Erişim Tarihi:15/02/2019

<http://slideplayer.biz.tr/slide/2656574/> Erişim Tarihi: 16/02/2019

<http://www.kamuajans.com/kultur-sanat/evde-bakim-maasi-ne-kadar-evde-bakim-maasi-hangi-sartlarda-baglanir-h508548.html> Erişim Tarihi; 19/02/2019

https://hessen.aok.de/fileadmin/user_upload/AOK-Hessen/05-Content-PDF/Pflege_tuerkisch_1-18_b_online.pdf Erişim Tarihi; 11/03/2019

<https://www.faziletbozkurt.com/almanyada-2017-yilinda-yeni-bakim-sigortasi-kanunu-yueruerluege-girdi> Erişim Tarihi: 12/03/2019

https://hessen.aok.de/fileadmin/user_upload/AOK-Hessen/05-Content-PDF/Pflege_tuerkisch_1-18_b_online.pdf Erişim Tarihi; 11/04/2019

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26158640> Erişim Tarihi; 21/04/2019

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.2007.00098.x/pdf> Erişim Tarihi; 21/04/2019

<https://www.medicare.gov/coverage/home-health-services.html> Erişim Tarihi; 21/04/2019

<https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/index.html>Erişim Tarihi; 21/04/2019

<https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/index.html> Erişim Tarihi; 21/04/2019

<http://www.medicare.gov/glossary/m.html> Erişim Tarihi; 21/04/2019

<http://longtermcare.gov/medicare-medicaidmore/medicaid/medicaid-long-term-care-services/> Erişim Tarihi; 21/04/2019

<http://longtermcare.gov/medicare-medicaidmore/medicaid/medicaid-eligibility/general-medicaid-requirements> Erişim Tarihi; 21/04/2019

<https://tr.euronews.com/2018/09/30/dunyada-her-8-kisiden-biri-60-yas-ve-ustunde> Erişim Tarihi; 21/04/2019

Seyyar Ali ; “Sosyal Siyaset Ekseninde Yerel Özürlüler Politikası”, http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yerel_ozurluler_politikasi.htm Erişim Tarihi;15/02/2019)

World Health Organization Europe, Home Care in Europe, s.1, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf Erişim tarihi; 29.01.2019).

Seyyar ve Oğlak, www.sosyalsiyaset.net/documents/danimarka_hollanda.htm Erişim Tarihi; 11/12/2018)

Danış, “Toplum Temelli Bakım Anlayışı”, <http://www.onceokuloncesi.com/makale-arastirma-ve-bilimsel-yazilar/toplum-temelli-bakim-anlayisi-25664.html> Erişim Tarihi; 18/12/2018)

<https://www.dmy.info/hak-nedir-anlami> Erişim Tarihi;20/06/2019