

Sema OĞLAK



DERLEME

UZUN SÜRELİ EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE BAKIM SİGORTASI

Öz

Nüfusun yaşlanması, özürllülük ve kronik hastalıklardaki artış, sağlık hizmetlerine olan talebin yükselmesine ve sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) içindeki payının büyümesi bakım gereksinimine olan talebin artırmasına, maliyet açısından da yeni kaynakların ve yöntemlerin aranmasına neden olmuştur. Bununla birlikte; finansman sorunları yanında, mevcut yatak sayısının yetersizliği, hizmetin verimli bir şekilde sağlanmaması ve kalite güvenciliği ile ilgili sorunlar kurumsal bakım hizmetlerine alternatif aramaya yöneltmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin, birey merkezli bakım hizmeti olması yanında, sağlık harcamaları ve maliyetler yönünden de kurumsal bakım hizmetlerine göre birçok üstünlüklerinin olması, bireyler ve hükümetler tarafından tercih nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

Toplumda yaşlanma ve diğer nedenlerle ortaya çıkan bakım gereksiniminde ailenin yetersiz kalması ve aile üzerindeki yükün artması ile uygun ve etkili bakım hizmetlerini daha düşük maliyette, kapsamlı ve aile ile devletin rolü arasında dengeyi sağlayacak olan evde bakım sistemlerini geliştirmek ve politika oluşturmak konusunda çaba gösterildiği görülmektedir.

Türkiye'de de, evde bakım hizmetlerine olan talepte son yıllarda ciddi bir artış olmaktadır. Gerek kamu düzeyinde gerekse özel kuruluş düzeyinde evde bakım hizmetlerine ilginin artması, bu hizmetlerin bakım sigortası kapsamında ele alınması yönünde gelişmeler görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Uzun süreli bakım, Evde bakım Hizmetleri, Bakım sigortası, Yaşlılık, Sosyal güvenlik.



REVIEW ARTICLE

LONG-TERM HOME CARE SERVICES AND CARE INSURANCE

ABSTRACT

The ageing of the population, the increase of disability and chronic sickness caused the increase of demand for the health care services. The fact that portion of the health expenses in the Gross Domestic Product (GDP) increased the demand of the need for care also caused new sources and methods to be searched for in terms of the cost. However, besides the financial problems, insufficiency of the present hospital beds, and that care services cannot be profitably provided, and the problems on quality assurance lead us to search for alternatives for institutional care services in plenty of various aspect come into being as the reason for preference.

Home care services are also the individual-centered care services, and they have a lot of advantages compared with institutional care services in terms of health expenditures and costs, and this proves why those care services are preferred by both individuals and governments.

Although need for care in societies, which happens due to aging, or some other reasons, is under the responsibility of the family many countries seeing recently that the family is being insufficient in meeting the basic care needs of the sick, disabled and elderly, and the family undergoes an increased burden, have been making efforts about developing low costing home care services systems and bringing forth a policy in order to provide overall balance of the role between the government and the family.

Key words: Long-term of home care services, Long-term care insurance, Elderly, Social security.

İletişim (Correspondance)

Sema OĞLAK
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksek Okulu İZMİR
Tlf: (0232) 412 47 20
e-mail: sema.oglak@deu.edu.tr

Geliş Tarihi: 18/11/2006
(Received)

Kabul Tarihi: 06/03/2007
(Accepted)

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksek Okulu İZMİR



GİRİŞ

Evde bakım hizmetleri, genel olarak; bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Sözü edilen bu hizmetler, hem sağlık hem de sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını da sağlamaktadır (1). Bu anlamda evde bakım hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimi azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir (2).

Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastaların yanısıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar da çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedirler. Avusturya'da 1998'de hizmeti alanların %83'ü, Almanya'da %78'i, ABD'de %63'ü, 65 yaş ve üstündekileri oluşturmaktadır (3). Ayrıca, terminal dönemdeki kanserli yetişkin ve çocuk hastaların onur ve saygınlığını korumak, yaşamın son günlerini daha sevgi ve şefkatle geçirilmesini sağlamak amacıyla bakım hizmetleri evde verilebilmektedir. Öte yandan, tedavisi olanaksız ve ilerlemiş olan birçok hastaların ölümüne kadar bakımlarının evlerinde verilmesi tercih edilmektedir (4,5).

Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır. Birincisi; evde bakım, yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamı çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahat dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumundaki verilen hizmetleri içine almaktadır (6). Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım (formal care) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (informal care). Uzmanlık düzeyinde verilen (formal care) evde bakım hizmetleri genel olarak şu hizmetlerden oluşmaktadır (7):

- Hemşirelik hizmetleri:* Bireyin evine düzenli veya belirli aralıklarla uzman hemşirelerin ziyaretleri ve evde hemşirelik hizmetleri
- Destek sağlık hizmetleri:* Psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve meşguliyet tedavisi gibi bireyin hare-

ketini ve evde birine muhtaç olmadan yaşamasına yardım edecek hizmetler

- Gündüz/Gece bakımı:* Gündüz/gece bakım merkezlerinde bakıma muhtaç bireye gereksinimine uygun hizmet
- Kişisel bakım (öz bakım):* Bakıma muhtaç bireyin banyo yaptırılması, giyinmesine yardım vb. gibi günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardımcı olacak hizmetler
- Ev işlerine yardım, ev düzeninin yeniden oluşturulması:* Evin temizlik, ütü ve alışveriş gibi hizmetlerine yardım hizmetleri ile daha güvenli yaşamayı sağlayacak ev düzeni değişikliklerinin yapılmasıdır. Örneğin, kapı, kilit onarımı, çatı onarımı, çıkış rampaları oluşturmak, banyo güvenliği oluşturmak, tekerlekli sandalyenin evde dolaşımındaki engelleri ortadan kaldırmak vb.
- Sosyal destek:* Bireyin alışverişine yardım, randevularına götürülmesi, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesini sağlayacak hizmetler
- Gıda ve beslenme hizmetleri:* Evinde yemek hazırlama ve pişirme işlevini yerine getiremeyenlere evlere yemek dağıtım hizmetleri, sağlık eğitimi vb.
- Danışmanlık hizmetleri:* Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile bireyin istek ve şikayetlerinin ele alındığı hizmetler
- Bakıcılar için destek hizmetleri:* Evde bakımı üstlenen gerek aile bireyleri gerekse para karşılığında hizmet sunan bakıcılara sağlanacak hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler, iki şekilde verilmektedir. Birincisi; *Geçici Bakım (Respite care):* Bakıcıların belirli dönemlerde dinlendirilmesi ya da izinli sayılması durumunda, söz konusu hizmetlerin geçici bir süre için kurumlarda (bakımevi benzeri yerlerde) verilmesidir. İkincisi; *Bakıcı Destek Kuruluşları:* Bu kuruluşlar, bakıcıların daha iyi hizmet vermelerini sağlayacak eğitim, bilgi, danışmanlık ve bakıcı hakları gibi temel konularda bakıcıların desteklenmesini hedeflemektedir.

Kısa Süreli Evde Bakım Hizmetleri

Sosyal, ekonomik, demografik etkenler, aile yapılarının değişmesi, göçmenlik, kentsel ve kırsal sosyal çevre değişimleri, yoksulluk gibi faktörler, ailelerin birinci derecede görev almalarını giderek zayıflatmaktadır. Söz konusu bakımı yüklenen aile bireylerinin çok yönlü bakım becerilerini başarmaları zor olabildiği gibi, eğer aile bireyleri yeterli bilgi ve donanıma sahip değilse (bakım sorumluluğunu yerine getirmek, basit cihazları kullanabilmek vb gibi), eskisinden daha kötü olabilecek sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle, özellikle evde tıbbi hizmetler günümüzde konusunda bilgi birikimi olan multidisipliner ekip anlayışıyla yerine getirilmektedir (8).



Kısa süreli evde bakım hizmetlerinin temel hedefi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon gibi bireyin en kısa sürede kendi kendine yetebilecek duruma gelmesini sağlayacak hizmetlerin bireyin evinde sağlanmasıdır (9). Bu hizmetler 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 (10).

Kısa süreli evde bakım hizmetleri olarak; hekimlik, hemşirelik hizmetleri, meşguliyet tedavisi, konuşma tedavisi, fizik tedavi, ayak bakımı, beslenme ve sosyal hizmetlerin verilmesini içermektedir. Örneğin, ameliyat sonrası bakım, cerrahi kaynaklı yara bakımı, solunum tedavisi, fiziksel ve meşguliyet tedavisi, konuşma, dil gelişimi tedavisi, hasta ve bakım verenin eğitimi, damar içi ve beslenme tedavisi ile enjeksiyon uygulamaları vb. gibi oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır.

Evde kısa süreli tıbbi bakım, birçok ülkede genellikle sağlık sigortası içinde, kamu kaynaklarıyla finanse edilebilmekte ve düzenlenebilmektedir. Sözü edilen hizmetler; devlet kuruluşları, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve kar amaçlı kuruluşlar tarafından sağlanabilmektedir (11-13).

Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri

Uzun süreli evde bakım hizmetlerinin hedefi, bakım hizmetlerine sürekli olarak gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve özürülerin sağlığını korumak; bakıma muhtaçlık derecelerinin daha da artmasını önlemek; hastalık ve özürülülüğün ortadan kaldırmadığı durumlarda olabildiğince bağımsız yaşamayı sağlayacak eğitim ve beceriler kazandırmak ve profesyonel anlamda kaliteli bakım hizmetlerini sunmaktır (14). Bakıma muhtaçlık; günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı yaşam aktivitelerinden en az birini yardımsız olarak yerine getireme durumudur (15,16). Günlük yaşam aktivitelerinin (ADLs) ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinin (IADLs) yerine getirilmesinde zorluk çekme ve bilişsel yetersizlik, zorunlu gözetim altında tutulma gereksinimi, bakım hizmetlerinden yararlanma koşulu olarak birçok ülkede kullanılmaktadır. Bazı ülkelerde yaşa bağlı oluşabilecek sağlık ve bakım sorunlarından dolayı bakıma muhtaç olanlar da kapsam içine alınmıştır. Bu yaklaşıma benzer şekilde, Qureshi ve arkadaşları da, uzun süreli evde bakımın temel amacını; yaşam kalitesinin korunması, çevresel koşullara uyum, kişisel bakım becerilerinin yeniden kazandırılması, kendisini değerli ve saygın hissetmesi, kültürel, bireysel ve dinsel görüşlerine uygun bakımın sunulması ve ailesinin de bakım planının içinde yer alması olarak belirtmişlerdir (17).

Evde Bakım Hizmetlerinde Aile Bireyi veya Bakıcının Rolü

Kurum ve evde bakım hizmetlerinin giderek artmasına karşın ülkemizde ve dünyada evde bakım, büyük çoğunlukla aile bireyleri tarafından verilmektedir. Bu durum, yalnızca ekonomik nedenlerden değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel nedenlerden ve evde bakımın "ailenin temel bir görevi" olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır. Aile bireylerinin bakımında ise, büyük çoğunluğunun kadınlardan (eş, kız, gelin) oluştuğu görülmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde aile bireyi bakım sıklığı yaklaşık %80-90 arasında değişmektedir (18).

Ancak, çalışma yaşamına kadınların katılmasıyla birlikte bakıma muhtaç bireylerin bakımında aile bireylerinin yerini, belirli bir ücret karşılığında çalışan bakıcılar ya da kurumsal bakım seçeneği almaktadır (19). Gelişmiş ülkeler bakım yükünün, ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkamayacak boyutlara ulaşacağını öngördüklerinden ailenin desteklenmesini hedef alan bakım sigortası kapsamında yasal düzenlemelere sosyal politikaları içinde yer verdikleri görülmektedir (9). Nitekim, Almanya, Avusturya, Hollanda, İsrail ve Japonya'da sosyal güvenlik sistemi içinde "bakım sigortası" uygulamaları yer almaktadır. Bunun yanında, sosyal hizmet uygulamaları içindeki düzenlemeleri içinde İngiltere, Norveç, İsveç, Almanya ve Hollanda'da devletin, bakıcı aile bireylerini destekleyen uygulamaları söz konusudur (20). Birçok ülkenin de, sosyal güvenlik ve mali düzenlemelerle bu grubun haklarını gözetecek, sosyal ve ekonomik avantajlar sağlayacak çabalar içinde oldukları görülmektedir (21).

Ülkemizde de, devletin bakım hizmetleri sağlamadaki yetersizliği ve bakım hizmetlerini veren kuruluşların maddi açıdan getirdiği ek külfet nedeniyle yaşlı, özürü ve kronik hastaların bakımı büyük ölçüde aile üyeleri ve/veya gönüllü bakıcılar tarafından yürütülmektedir (9).

Bakım rolü, bakıcı aile bireyini çok yönlü etkilemektedir. Birincisi; fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir. İkincisi; sosyal yaşamlarını etkilemekte, son olarak da; çalışma hayatları kesintiye uğramaktadır. Ayrıca, emeklilik, sosyal güvenlik hakları çoğu kez bakım verme zorunluluğu nedeniyle kaybedilmektedir. Günümüzde Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), bakım hizmetinin ister aile bireyi, ister resmi bir kurum isterse para karşılığında sağlansın, bakım verme işinin, normal iş gibi kabul görülmesi gerektiğini (ekonomik güvence, tanınma, saygınlık) savunmaktadır (6,9).

Çalışmalar, aile bireyleri olmaksızın uzun süreli evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinin olanaksız olduğunu göstermektedir. Bakım yükünün zorlukları açısından ve bakım verme sorumluluklarının uzun yıllar devam etmesini sağlamak için birçok ülkede uygulanan bakım sigorta sistemleri de bakıma muhtaç olanların uzun süreli bakım gereksinimini tümü-



le karşılayamamaktadır. Kuşkusuz, bakım sigorta sistemlerinin amacı, tümüyle ailenin yerini almak değil, ailenin bakım sorumluluğunu bir ölçüde de olsa azaltabilmeye yöneliktir. Çünkü, bakım rollerinin devam etmesi, bakıma muhtaç bireylerin hastane veya bakım merkezlerine yatışın azaltılmasında önemli bir etken olmaktadır. Bu yüzden, evde bakım hizmetleri ile aile bakımı yanında profesyonel bakım hizmetleri (hekim, hemşire, terapist, sosyal hizmet uzmanı, sosyal bakım çalışanı, bakıcı elaman) birlikte destek sağlanmaktadır. Sözü edilen bu hizmetler, çok farklı ve yapıdaki hizmet seçenekleri sunarak, aile bireylerinin omuzlarındaki baskıyı bir ölçüde azaltılmasında etkili olabilmektedir. Ayrıca, yasal anlamda güvence altına alınmış olduğunun bilinmesi, bakımın devamının sağlanmasında aile bireylerine büyük güvenlik duygusu vermektedir.

BAKIM SİGORTASI İÇİNDE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Evde bakım hizmetleri, sağlık ve sosyal hizmetlere olan talebin hızla artması yanında bazı hastalıklarda sağlık harcamalarını azaltan, birey memnuniyetini sağlayan, insanların özellikle tercih ettikleri bir hizmet olarak birçok ülkede ciddi anlamda yataklı tedavi kurumlarına alternatif olarak görülmekte ve bakım sigortası düzenlemeleri içinde evde bakım hizmetleri uygulamalarına yer verilmektedir. Bilindiği gibi, dünya nüfusunun yaşlanması, ailenin küçülmesi ve kadının çalışma hayatına katılması, uzun süreli bakımın finansmanını zorlamakta ve mevcut sosyal güvenlik sistemi yetersiz kalmaktadır. Bu bağlamda, bakım sigortası günümüzde çok daha fazla önemli hale gelmiştir. Bu konuda öncü olan ülkelerin gerek finansman kaynağı, gerekse uygulama açısından alabileceği birçok deneyim ve örnekler bulunmaktadır (6,22).

Örneğin, Avusturya; 1994 yılında Federal Bakım Parası Yasası ile mental, fiziksel ve duygusal anlamda bakıma muhtaç özürhükümlülerin sürekli bakıma muhtaç olması ve bu durumun 6 ay sürmesi ve bakım gereksiniminin ayda 50 saatten fazla olması durumunda bakım parası ödenmekte ve bunun finansmanı da tümüyle vergilerle karşılanmaktadır. Almanya'da ise, 1995 yılında yürürlüğe giren Bakım Sigortası Yasasının finansmanı yapısı, zorunlu sosyal sigorta primlerine dayandırılmaktadır. Japonya'da ise, 2000 yılında yürürlüğe giren Bakım Sigortası Yasası'nın finansmanı, %50'si çalışan ve emeklilerden kesilen sosyal sigorta primleri ile %50'si vergilerden oluşan karma bir yapıya sahiptir. Danimarka ise, bakıma muhtaçlar için bakımı tümüyle vergilerden karşılamaktadır.

Bakım Hizmetinden Yararlanma; Uzun süreli evde bakım hizmetlerinde, bakıma muhtaçlık derecesi esas alınmaktadır. Birçok ülkede, ulusal düzeyde tek bir değerlendirme ölçeği kullanılmaktadır veya bu yönde olağanüstü çaba göster-

ilmektedir. Tek tip değerlendirme sistemi, derecelendirme süreçlerinin standardize edilmesine de yardımcı olabilmektedir. Bakım hizmetlerinden yararlanmada en az 6 ay devam eden bir bakım gereksinimi dikkate alınmaktadır. Kısa süren bakım hizmetleri, bakım sigortası kapsamında değerlendirilmemektedir. Hemen her ülkede, bireyin bakıma muhtaç olup olmadığına ve bakım hizmeti alma gereksiniminde, bakım derecelendirme sistemi uygulanmaktadır. Buna göre, bireyin başkalarının yardımına günlük, haftalık ya da aylık olmak üzere hangi sıklıkta gereksinim duyacağı bakım saati saptanmaktadır. Bireyin gereksinim duyacağı olası bakımın saat sayısı, bakıma muhtaçlık derecesini belirlemektedir.

Bakım Sigortasının Kapsamı; Bakım hizmetlerinden yararlanmada, bakıma muhtaç olunan saat esas alınmaktadır. Örneğin, Almanya ve İsrail'de günde en fazla 2 saat ev hemşirelik hizmetleri karşılanırken, Hollanda'da en fazla 3 saat olabilmektedir. Almanya bakım sigortasında, en alt düzeyde sunulan bakım, gereksinim duyulan bakımın %37'sini oluştururken, en yoğun bakım gereksiniminde de bu sayı, %44'ü olabilmektedir. İsrail'de 1.derecede bakım için, haftada 17.5 saat gerekmesine karşın yalnızca haftada 10 saat sunulmaktadır. Buna göre yaklaşık %57'si bakım sigortası tarafından karşılanmaktadır. Bazı durumlarda gereksinimin %35'i bakım sigortası tarafından karşılanmaktadır. Avusturya'da en yoğun bakım gereksiniminin %16'sı karşılanmakta, en az bakım gereksinimi durumunda da (ayda 180 saatten fazla) 40 saat hemşirelik bakımı ve 80 saat ev yardımları olmak üzere %44'ü karşılanmaktadır. Japonya'da bakım gereksiniminin karşılanmasında kapsam geniş tutulmuştur.

Önemle vurgulanması gereken bir diğer nokta ise, birçok ülkede kısa süreli evde bakım genel olarak sağlık sigortası içinde yer alırken, uzun süreli evde bakım, sağlık ve sosyal hizmetlerin bir bölümü veya farklı bir program olarak sunulabilmektedir.

Ayrıca, bakım sigortası kapsamı içinde; hizmet sunumu, bakım parası ve evde bakımı kolaylaştırıcı cihaz ve teknolojik hizmetlerden yararlanma durumu sözkonusudur. Bakım parası, hem doğrudan hem de dolaylı şekilde ödenebilmektedir. Doğrudan ödeme, bakım hizmeti alan bireye ya da bakıcısına yapılabildiği gibi, belirli giderlerde vergiden muaf tutulma, vergi indirimi veya ulaşım giderlerinde belirli indirim yapılması gibi, dolaylı ödemeler şeklinde de olabilmektedir (23,24).

Genel olarak ülkelere bakıldığında, bakım parası, aylık sunulan hizmetin parasal değerine göre daha düşüktür. Örneğin Almanya'da bakım parası, hizmet değerinin %45-53'ü arasındadır. İsrail'de bakım parası ancak, gereksinim duyulan hizmetin sunulmaması durumunda tercih edilmekte ve hizmet değerinin yaklaşık %80'ine karşılık gelmektedir (6).



Bakıma Muhtaçlığı Değerlendirme Sorumluluğu;

Sigorta kuruluşları tarafından yapılabildiği gibi bağımsız bir kurum/kuruluş da yapabilmektedir. Bu hizmetlerden yararlanmada objektif, özerk ve tek değerlendirme ölçütleri kullanılmaktadır. Ülkelerde, bakıma muhtaçlığın değerlendirilmesinde hekim, hemşire ve sosyal hizmet uzmanı gibi kendi alanında uzmanlara yer verilebildiği gibi, birçok meslek uzmanlarından oluşmuş bakım ekibi de olabilmektedir. Söz konusu değerlendirme, çok yönlü ve birey gereksinimine uygun olarak yapılmaktadır.

Aile Bireylerinin Bakımı (informal care); Kuşkusuz ki, bakım sigorta yasaları, bakıma muhtaç olanların uzun süreli bakım gereksinimini tümüyle karşılayamamaktadır. Bu nedenle, bireyin bakımında ailesi, bakımın sunumunda ve finansmanında sorumlu olmaktadır. Bakım sigorta yasasının amacı, tümüyle ailenin yerini almak değil, ailenin bakım sorumluluğunu bir ölçüde de olsa azaltabilmektir. Bakım sigortasında çeşitli şekillerde sunulacak olan profesyonel bakım yanında aile bakımını destekleyen vergi indirim, emeklilik ve ücret ödeme vb uygulamalar mevcuttur.

Finansman; Gelişmiş ülkelerde bakıma muhtaçlık riski ve bunun gerçekleşmesi sonucunda oluşabilecek sorunların çözümünde sosyal güvenlik sistemi içinde bakımı güvenceye alan sistemler geliştirilmektedir. Bakım sigortası, bakıma muhtaç bireyin bakım hizmetleri gereksinimini, sosyal güvenlik sistemleri içinde çözüm bulmaya çalışan bir uygulamadır. Bir başka deyişle, uzun süreli bakımı tümüyle ailenin sorumluluğuna bırakmayan, bakımı için toplumsal dayanışma anlayışı çerçevesinde sosyal ve maddi desteğin verilmesinin kaçınılmaz olduğu görüşüne dayanmaktadır (14,25). Sözü edilen uygulama ile bakıma muhtaç bireye sunulan evde veya kurumsal bakım hizmetlerinin gider artışları ve gelir kayıpları oluşacak finansman sorunlarına bir çözüm getirilmek istenmektedir.

Uzun süreli 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.

Bakım sigortasını finansmanı, tüm ülkeler için önemli bir konudur. Devletin katkı düzeyi, özel sigortaların rolü ve sosyal sigorta prim ödemeleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir (26). Ülkeler, bakım sigortasının finansman politikalarının oluşturulmasında beş temel soru üzerinde durmaktadırlar (27).

- Bakım hizmetlerinden kimler yararlanacak?
- Hizmetlerden yararlanma hakkı nasıl belirlenecek?

- Finansmanı hangi kaynaklardan sağlanacak?
- Bu hizmetler nasıl sunulacak (Hizmet sunum stratejileri ve yöntemleri)?
- Bakım hizmetleri sistemi içinde sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu nasıl sağlanacak?

Tüm bunları içine alabilen kapsamlı ve bakıma muhtaçlara sunulacak hizmetlerin yüksek kaliteli, ailenin finansal, fiziksel ve duygusal yükünü hafifletecek uygulamaların tercih edilmesinin kamu sorumluluğu açısından önemli olduğu savunulmaktadır (28).

Bunun yanında, bakım sigortasının finansmanında, ülkelerin ekonomik yapıları, siyasal tercihleri ve sosyal hedeflerle ilişkileri kadar, sosyo-kültürel değerler ve kurumsal yapılar açısından da birtakım farklılıklar önemli rol oynamaktadır (29). Bu nedenle finansman kaynağında da birbirinden farklı bir yapı ortaya çıkabilmektedir. Aşağıda, finansman kaynağı olarak beş yaklaşımın esas alındığı görülmektedir (24,28,30).

- Vergiye dayalı (genel vergilerden finanse edilen)
- Sosyal sigorta: (primler yoluyla finanse edilmektedir, gereksinime ve prim oranına göre hizmet ya da bakım parası verilmektedir.)
- Özel sigorta: (gönüllülük temelinde bakım sigortası)
- Kamu destekli özel sigorta: (devletin para yardımı, vergi teşvikleri veya ortaklık düzenlemeleri gibi)
- Özel tasarruflar (cepten ödeme): (bireyin yükleneceği tam risk)

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 anlayışı içeren karma uygulamalar da 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 (30,31).

TÜRKİYE'DE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLERDE MEVCUT DURUM

Ülkemiz henüz genç ve dinamik bir nüfus yapısına sahip olmasına karşın yapılan öngörüler gelecekte çok hızlı bir şekilde yaşlanacağını ortaya koymaktadır (32). 2005 yılı verilerine göre, 72 milyon olan Türkiye nüfusunun gelecek 10-15 yılda değişerek bugünün gelişmiş ülkelerindeki benzer bir dağılıma ulaşacağını göstermekte ve %5.9 olan 65 yaş üstündeki nüfusun toplam, 2025 yılında %9'a olacağı öngörülmektedir (33-35). 2002'de gerçekleştirilen Türkiye Özürlüler Araştırması verilerine göre, %12.29 olan özürlü nüfusun içinde kronik hastalıklara bağlı özürlülük sıklığı %9.7'dir (36).



Türkiye'nin doğuştan beklenen ortalama yaşam süresi 2003 yılı için 68.7'dir. OECD ülkeleri ile kıyaslandığında ortalama beklenen yaşam süresi en kısa olmasına rağmen 2045-2050 yılları için ortalama 78 yıl olacağı varsayılmaktadır (37,38).

Ülkemizde kişi başına düşen yatak sayısının yanında bakım ve hemşire sayısının da OECD ülkeleri ortalamasının altında kalması yan sıra, yatakların büyük bir bölümü de etkin ve verimli kullanılmamaktadır (39-41). Ayrıca, etkin taburculuk planlamasının yetersizliği ve evlerine gidecek hastaların ve diğer bakıma muhtaç bireylerin bakımının evde devam edebilmesi olanaklarının yokluğu/yetersizliği, hastane kalış süresini uzatan faktörlerden birini oluşturmaktadır. Taburcu olduktan sonra bakımının sürdürülmesine ilişkin sistematik yaklaşımın olmaması ve hastane dışında bakım hizmetlerinin sağlık sigortası tarafından karşılanmaması, bakım gereksinimi olanların söz konusu hizmetleri ya özel sağlık sigortası ya da kendi kişisel harcamalarıyla karşılamak zorunda kalmalarına neden olmaktadır (42).

1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Yasa ile, daha çok koruyucu hizmetler anlamında anne ve çocuk sağlığı ve eğitimi yönünden evde bakım hizmetine yer verilmiş olmakla birlikte, evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmetleri içindeki yeri bugünkü anlamıyla yer almadığı görülmektedir. Günümüzde, Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürürlükte olan sağlık hizmetleri, yatarak veya ayakta tedaviyi kapsamakla birlikte evde bakım hizmetlerine yer verilmemiştir. Maliye Bakanlığı Bütçe Uygulama Talimatlarında da, sağlık hizmetleri sunumunda evde bakım hizmetlerinin ücretlerinin ödemesine ilişkin uygulama henüz oluşturulmamıştır.

Son yıllarda evde bakım hizmetlerine talebinin artması, özel evde bakım kuruluşlarının sayısında artış meydana getirmiştir. Ülkemizde evde bakım hizmetlerin sunumunda ve denetiminde boşluk olması, Sağlık Bakanlığı tarafından sözü edilen kuruluşların açılma koşulları, çalışma şekli ve denetlenmesi ile ilgili olarak 2005 yılında "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" yürürlüğe konulmuştur (43).

Öte yandan, Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Bağ-Kur gibi sosyal sigorta kurumlarının sağlık sigortası içinde evde bakıma olanak tanıyan ve bu hizmetlerin finansmanını sağlayan bir yapılanma oluşturulmamıştır. Mevcut sağlık sigortası, yalnızca ayakta yatarak tedavi ve ilaç harcamalarını karşılamaktadır.

Son yıllarda nüfus yapısının değişmesi ile aktüeryal dengenin bozulması, mevcut sosyal güvenlik sisteminin tıkanması, gelir dağılım dengesizliği, SSK, Bağ-Kur ile Emekli Sandığı'nın finansman açıklarının ekonomiyi olumsuz etkilemesi ve tüm ülkeyi kapsayacak şekilde bir sosyal güvenlik sisteminin yokluğu gibi temel nedenler mevcut sosyal güvenlik sisteminin

yeniden yapılandırılması gereğini ortaya çıkarmıştır (54). Reformun temel amacı, yoksullukla mücadelede daha etkin, mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal koruma sistemini yaratmaktır. Bu bağlamda, sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortası (GSS) gibi temel düzenlemeler yapılmış ve 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı, "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası" olarak kabul edilmiştir. 01.07.2007 tarihinde yürürlüğe girecek olan yasada da GSS içinde de evde bakım hizmetlerinin finansmanına yönelik uygulama yer almamıştır.

Sosyal yardım ve sosyal hizmetler sistemimiz açısından bakıldığında da, durum o kadar yüz güldürücü değildir. Toplam yatak kapasitesi 19.073 olan 232 huzurevi ve bakımevinin, bugün ve gelecek yıllarda ülkemizdeki yaşlıların uzun süreli kurum bakımına yanıt verecek düzeyde olmadığı açıktır (45). aşı ve özürünün bakımı denildiğinde çoğu kez birçok yaşlının aynı çatı altında yaşamlarını sürdürdükleri kurum ağırlıklı bakımı ifade etmektedir. Öte yandan, yaşlılar kurumlarda, kendilerini işe yaramaz, kimsesiz ve terk edilmiş hissetmektedirler. Yaşlı ve diğer bakıma muhtaçları, yaşadığı çevreden soyutlamadan, değişik yaş gruplarındaki bireylerle iletişim içinde ve aileleri ile birlikte olabilecekleri koşulların yaratılması, onların yaşam kalitesi ve onurlu yaşamları için son derece önemlidir (46,47).

Bakım sorunu ile ilgili diğer bir olgu da, ülkemizde aile yapısının değişmesi, kadınların çalışma yaşamında daha fazla yer alması ile söz konusu grupların bakımı, gelecek yıllarda daha da sorun olacağıdır. Bakım taleplerinin kurum bakımı yoluyla karşılanmasının ülkemiz altyapı ve finansal gerçeği ölçüsünde zor olması, bireyleri kendi evlerinde, aile bireyi tarafından veya ücretli bakıcı bireyler tarafından bakılmasına neden olmaktadır.

Bakıma muhtaç özürüleriyle ilgili, son yıllarda özürüleri alanında yapılan etkili sosyal politikalar sayesinde sosyal hizmetler kapsamı içinde belirli bir düzeyde önemli sayılabilecek çözümler üretilmiş olduğu görülmektedir. Özürüli bakım hizmetlerine yeni bir boyut kazandıran ve 01.07.2005 tarihli ve 5378 sayılı "Özürüleri Yasası" (48) ile ilk kez bakıma muhtaç özürüli evde bakım hizmeti olanağı sağlanmış, 30.07.2006 tarihli ve 26244 sayılı üç ayrı yönetmelikle de, bakım hizmetlerine, ücret ve ödemelerle ilgili usul ve esaslar belirlenmiştir (49). Ancak, bu düzenlemeden yararlanmada; sosyal güvenlik kurumlarına tabi olmayan, ailesini kaybetmiş olanlar ile ailesi ekonomik veya sosyal yoksunluk içerisinde bulunan bakıma muhtaç özürüli evde ve kurumda ücretsiz olarak yararlanabilecekleri bir yapıya kavuşturulmuştur. Bu açıdan bakıldığında, bakım hizmetinden yararlanacak bakıma muhtaç özürüli sayısı oldukça daraltılmıştır. Primsiz sistem içinde getirilen evde bakım güvencesinin, sosyal sigorta (prim-



li) bakım güvencesi içinde diğer bakıma muhtaç özürllüleri de kapsayacak şekilde yer verilmesi gerekmektedir. Çünkü, bakıma muhtaçlık kendi başına bir sosyal risk olması nedeniyle gelir durumundan bağımsız olarak bütün bakıma muhtaçlar, sosyal bakım güvence çatısı altında olmalıdırlar.

EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE BAKIM SİGORTASINA YÖNELİK ÖNERİLER

Ülkemizde "bakım sigortası" uygulamasından söz edildiğinde ilk akla gelen konunun, bu hizmetlerin nasıl finanse edilebileceği ile ilgili olmaktadır. Evde bakım, halihazırda yalnızca özel bakım sigortası olan veya bu hizmetlerin bedelini ödeme gücüne sahip olanlar tarafından alınabilen bir hizmettir. Sözü edilen hizmetlerin kamu temelli ve sosyal güvenlik sistemi içinde yer alması, hem sosyal devlet ilkesi, hem de sosyal adalet anlayışının bir sonucu olduğu kabul edilmektedir. Büyüyen özel bakım sigortasının zorlukları yanı sıra, uzun süreli bakım hizmeti için önemli oranlarda para ödenmesinin bireyi ve ailesini daha da yoksullaştırabileceği inancı, bu hizmetlerin herkese kamu tarafından sosyal güvenlik kapsamında verilmesi düşüncesini kuvvetlendirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de, bakım hizmetinin geniş bir kitleye verilmesine ve sosyal korumanın, sosyal güvenlik yoluyla sağlanmasına işaret etmektedir. En önemlisi de, bakıma muhtaçlığı bir "normal yaşam riski" olarak değerlendirilmesi üzerinde durmaktadır (30).

Evde bakım hizmetlerinin kamu kaynaklarıyla finanse edilmesi, sağlık giderlerini denetim altına alması ve özellikle yataklı tedavi giderlerini azaltması açısından sağlık sisteminde önemli bir seçenek olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Gerçekten de, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde evde bakım hizmetlerinin hastane ve diğer kurum bakım hizmetlerine göre sosyal ve ekonomik avantajları ile ilgili çok sayıda çalışma mevcuttur (50-52). Ülkemizde de, henüz yeni sayılabilecek bir hizmet sektörü olması ve az sayıda yapılmış çalışmalarda da, evde bakımın maliyet ve bireyin yaşam kalitesine yönelik pozitif bulgular olduğu görülmektedir. Evde bakım hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemenin yürürlüğe girmesi ve bakım sigortası ile tüm vatandaşları kapsamaması halinde, özellikle de yaşlılar ve kronik hastaların hastane yataklarını gereksiz kullanımını azaltacaktır.

Türkiye'de oluşturulacak uzun süreli bakım hizmetlerinin verilebileceği bakım sigortasının; tek başına sosyal sigorta primleri ya da vergilerle finanse edilmesi, ülkemiz gerçeği açısından gerçekçi görülmemektedir. Bu nedenle, sosyal sigorta primleri, vergiler ve hizmetin kullanımı durumunda belirli katkı payı ödemesi uygulamasına yer verildiği karma bir model daha etkili olacaktır. Özel bakım sigortası da uzun süreli bakım hizmetleri açısından desteklenmelidir.

SONUÇ

Çağımızda yaşlanma ve beraberinde ortaya çıkan kronik hastalık ve özürllülüğün artması, sosyal politikalar üzerinde büyük bir baskı unsuru oluşturmaya başlamıştır. Çünkü bu artış, ortalama yaşam süresinin uzaması ile birlikte bakıma muhtaçlığın artmasına, sağlık harcamalarının tahmin edilenin ötesine çıkmasına ve alternatif bakım sistemlerinin geliştirilmesine neden olmuştur.

Tüm dünya ülkeleri tarafından, bakıma muhtaçların temel gereksinimlerini karşılayacak, uygun ve etkili bakım hizmetlerini daha düşük maliyette, etkili, kapsamlı ve aile ile devletin rolü arasında uygun dengeyi sağlayacak olan kısa ve uzun süreli evde bakım hizmetlerini geliştirme ve politika oluşturma konusunda çaba gösterilmektedir. Bireye uygun bakım sistemi olduğu kabul edilen evde bakım hizmetleri, tüm gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla kurum bakım sisteminin yerini almaya başlamıştır. Tüm bu gelişmeler de, sosyal politikalar üzerinde çok önemli etki yapmaya başlamış ve sağlık ve sosyal gereksinimlerle ilgili yasal düzenlemelerin yeniden gözden geçirilmesine ve bakım sigortası ile ilgili uygulamaların yürürlüğe konulmasına neden olmuştur.

Ülkemizde de yaşlılık, özürllülük ve kronik hastalıkların artması ve hastane sonrası bakım hizmetlerine olan talebin yükselmesi, gelecek yıllarda sağlık harcamalarında ciddi bir artış olacağını işaretlerini vermektedir. Türkiye'de kamu tarafından desteklenen gerek kısa süreli gerekse uzun süreli evde bakım hizmetlerine yönelik tüm vatandaşları içine alan yasal düzenleme ve organizasyon oluşturulmamıştır. Bakıma muhtaçları sosyal korumayı amaçlayan mevcut yasal düzenlemelerin işleyişi, kısa süreli ve uzun süreli evde bakım alması bakımından yetersizdir. Öte yandan, bakıma muhtaç özürllülere yönelik 5378 sayılı yasa ile özürllülerin evde bakım hizmetleri, bakım güvence sisteminin sosyal güvenlik sistemi içinde sosyal yardım ve sosyal hizmetler çerçevesinde ele alınması, ülkemiz açısından başlangıç olarak sevindirici olmakla birlikte, kapsamı açısından yeterli görülmemektedir. Sosyal güvenlik sistemi açısından bakıma muhtaçlık bir sosyal risk olarak algılanmadığı için, özürllüler dışında kalan bakıma muhtaç bireylerin bakımını güvence altına alınmamıştır. Bu durum, özellikle sosyal bakım güvence kapsamı dışında kalan aile bireylerini sosyal ve ekonomik yönden etkilemeye devam edecektir.

Gelişmiş ülkelerin, bakım sigortası uygulamalarının, yalnızca gelir düzeyi düşük olanlara değil, gelir durumu iyi olanları da içine alacak şekilde oluşturulmaya doğru bir çaba içinde oldukları görülmektedir. Ülkemizin AB'ye aday ülke olma sürecinde, bu ülkelerde örneklerini gördüğümüz gibi, kamu temeline dayanan ve sosyal güvenlik sistemi içinde bir bakım sigortasının yer alması, sosyal refah anlayışının bir sonucudur.



Hangi nedenden dolayı olursa olsun, bakıma muhtaç duruma düşmüş bireylerin sosyal koruma altına alınması ve bir sosyal hak olarak ülkelerin kendi şartlarına uygun olarak oluşturmaları bakım sigortası sistemi içinde yer almaları, sosyal güvenliğin temel hedeflerindedir.

KAYNAKLAR

1. Havens B. Home Care Issues at the Approach of the 21st Century from a World Health Organization Perspective, An Annotated Bibliography. World Health Organization, Canada, 1999.
2. World Health Organization. Home-Based and Long-Term Care, Home Care Issues and Evidence, Edited by; Havens, B. 1999.p.2
3. Thome B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to Definition, Care Recipients, Content and Outcome: Systematic Literature Review. Journal of Clinical Nursing, 2003;12:860-872.
4. Nahcivan, Ö.N. Evde Bakım Sürecinde Hastada Gelişen Tehlike Belirtilerinin Değerlendirilmesi, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi. 24-26 Eylül 1998. İstanbul, pp. 213-214.
5. Aksayan S, Cimete G. Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri, I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Tıp Fakültesi. 24-26 Eylül 1998. İstanbul, pp. 79.
6. Brodsky J, Habib J, Mizrahi I. Long-Term Care Laws in Five Developed Countries, A Review. JDC Brookdale Institute of Gerontology and Human Development, Jerusalem, World Health Organization, 2000.
7. Australian Government Department of Health and Ageing; Community Care For Older People and People with Disabilities: Explaining the Home and Community Care Program, Erişim: 17.04.2005, http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/hacc-pub_commcare.htm
8. Robinson R. The Finance and Provision of Long Term Care for Elderly People in the UK: Recent Trends, Current Policy and Future Prospects. Journal of Population and Social Security, Social Security Study. 2002; 1:2.
9. World Health Organization; Current and Future Long-Term Care Needs, 2002. www.who.int./ncd/Long-term-care, Erişim; 12.05.2005
10. Home Care & Palliative Care; Recommendations to Increase Awareness, Access and Integration, A Review of Provincial/Territorial Programs. Executive Summary. Canadian Home Care Association. 2003;Ottawa. Ontario. March
11. World Health Organization, Current and Future Long-Term Care Needs, 2002. www.who.int./ncd/Long-term-care, Erişim; 12.05.2005
12. Algera M, Francke LA, Kerkstra A, et al. Home Care Needs of Patients with Long-Term Conditions: Literature Review. Journal of Advanced Nursing.2004;46 (4): 417-429.
13. Horfmarcher M.M, Riedel M. Development of Age Structure in the EU: The EU is ageing:even when expanding eastward. Focus: Acute care and long-term care: An interface according to analysis or chance?, Health System Watch, Supplement of the Journal Social Security by the Institute for Advanced Studies, IHS Health Econ, Edited by the Federation of Austrian Social Security Institutions. 2001.
14. Seyyar A. Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorunlarına Çözüm Olarak Sosyal Politikalar. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü ve ISAV (İslamî İlimler Araştırma Vakfı); Aile Sempozyumu; İstanbul; 02.-04.12.2005
15. Joel ME, Dufour-KS. Financing systems of care for older persons in Europe, Aging Clinical and Experimental Research. 2002;14:293-299.
16. Feder J, Komisar L, H Niefeld M. Long-term care in the United States; An Overview. Health Affairs, 2000; 19(3):40-56.
17. Qureshi H, Nicholas E. A new conception of social care outcomes and its practical use in assessment with older people. Research Policy and Planning, 2001;19(2):11-25.
18. Hilman L. Maximum impact-looking to the future. Canadian Home Care Association 12. Annual Conference, 2002; November 22-23, Vancouver-B.C, pp18.
19. Picard L, Comas-HA, Font CJ, et al. Modelling an entitlement to long-term care in Europe: Projections for long-term care Expenditure to 2050. 6th. European Sociological Association Conference, Murcia,Spain, 2003; September 23-27, Research Network on Ageing in Europe, pp1-52.
20. Hurst J, et al. Trends in long-term care in OECD countries: evidence from recent OECD studies and preliminary findings from a study of 19 countries. AARP International Long-Term Care. 2003;October 22, Washington DC.
21. World Health Organization; Lessons for Long-Term Care Policy, 2002 WHO/NMH/CCL/02.1.
22. Jacobzone, S. Ageing and Care For Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives. Labour Market and Social Policy - Occasional Papers No:38, 1999. OECD 40.
23. Pijl M. When Private Care Goes Public, Payment For Care, A Comparative Overview, (Evers A, Pijl M, Ungerson C [eds]), European Centre Vienna, Avebury.1994, pp7-12.
24. Seyyar A. Bakıma muhtaçların sosyal güvenliği. Sakarya Üniversitesi Basımevi. Yayın No: 35. Adapazarı, 1999, pp130-131.
25. Commonwealth of Australia; Review of Pricing Arrangements in Residential Aged Care, Long Term Aged Care, International Perspectives, Background Paper, 2003;(3):127.



26. Bergman H, Beland F, Perrault A. The Global Challenge of Understanding and Meeting the Needs of the Frail Older Population. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2002; 14:223-225.
27. Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M, Siegel B. Care of the frail elderly in developed and developing countries: The experience and the challenges. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2002;14:279-286.
28. İkegami N, Campbell CJ. Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems. *Social policy and administration*, 2002;36(7):719-739.
29. Devlet Planlama Teşkilatı; Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Yayın No:DPT:2561-ÖİK:577. Ankara. 2001; s.118-119
30. Gibson JM, Gregory RS, Pandya MS. Long-term care in developed nations: A brief Overview. AARP Public Policy Institute 2003.
31. Commission of the European Communities. Europe's Response to World Ageing Promoting Economic and Social Progress in an Ageing World a Contribution of the European Commission to the 2. World Assembly on Ageing. 2002; COM143 final
32. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı; a.g.e., pp15.
33. Savas B. Serdar et al. Health Care Systems in Transition: Turkey In: Thomson S. Mossialos E (eds). *European Observatory on Health Care Systems*, Copenhagen; 2002:4(4).
34. TÜBİTAK Vizyon2023 Teknolojik Öngörüsü Projesi, Sağlık ve İlaç Paneli Sağlık Hizmetleri Altgrubu Rapor-1, Ankara, 2003;pp2.
35. American Health Association, "Issues of Cost-Effectiveness for Home and Community-Based Services for Long-Term Care" Health Services Research and Evaluation, August 26, 2003, pp1-3.
36. Devlet İstatistik Enstitüsü, www.die.gov.tr/yillik/05_saglik.pdf.
37. Devlet İstatistik Enstitüsü, www.die.gov.tr.
38. OECD Health Data 2005, www.oecd.org, Erişim:10.09.2005
39. Devlet İstatistik Enstitüsü, www.die.gov.tr; OECD Health Data 2005, www.oecd.org, Erişim:10.09.2005.
40. Yıldırım S. Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No: 2350, 1994, pp16-17.
41. Morlock L, Waters H, Lyles A, Özsan H, Aktulay G. Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, Yayın No: TÜSIAD-T/2004-09/380, Eylül 2004, pp65.
42. Tanlı S. Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi" İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996, pp 40.
43. T.C.Sağlık Bakanlığı, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete. www.saglik.gov.tr.
44. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu; (2005) Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, www.calisma.gov.tr; Erişim: 17.04.2005
45. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, <http://www.shcek.gov.tr>.
46. Kahramanoğlu E. Yaşlılık ve Sağlıklı Sosyal Çevre, Yaşam Boyu Sosyal Hizmet, Prof. Dr. Sema Kut'a Armağan, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No:4, Ankara, 1999, pp 290-293.
47. Ersoy AF, Arpacı F. Evde tek başına yaşayan yaşlının bakım gereksinimlerini karşılama durumlarının incelenmesi. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, Denizli Belediyesi, Pamukkale Üniversitesi, Yaşlı Sorunları araştırma Derneği, 9-12 Nisan 2003, Denizli, pp 237-239.
48. Özürlüler Kanunu (Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun), Kanun No: 5378, Kabul Tarihi: 01.07.2005, www.ozida.gov.tr.
49. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü; Özürlüler Kanunu, Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tesbiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği, Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği; www.ozida.gov.tr.
50. Coast J, Richards HS, Peters JT, et al. Hospital at Home or Acute Hospital Care? A Cost Minimisation Analysis, *British Medical Journal* 1998;316(7147):1801-1806.
51. Melin Anna-L, Hakansson S, Bygren OL The cost-effectiveness of rehabilitation in the home: a study of Swedish elderly, *American Journal of Public Health*, 1993;83(3):356-362.
52. Jones J, Wilson A, Parker H, Wynn A, et al. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial, *British Medical Journal*; 319:1547-1550.